

**INSTITUTO DE EDUCACIÓN SUPERIOR EN DESARROLLO
HUMANO SUSTENTABLE**

CLAVE: 07PSU0190N

RVOE: ACUERDO NÚMERO PSU- 152/2017 VIGENTE A PARTIR DEL 30 DE JUNIO DEL 2017

TESIS:

**MÁS ALLÁ DE HORMONAS Y LUBRICANTES: PROPUESTA
PSICOTERAPÉUTICA HUMANISTA PARA EL MANEJO DE LOS
MALESTARES DEL CLIMATERIO DEBIDO A LOS MANDATOS DE
GÉNERO.**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

DOCTORADO EN SEXOLOGÍA HUMANISTA

PRESENTA:

MARTHA CERVANTES NEGRETE

ASESOR:

DR. ROBERTO HERNÁNDEZ UGALDE

SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS. JULIO 2026.



"Fortalecer las capacidades individuales y colectivas a través de procesos formativos, materiales educativos y servicios integrales, que promuevan la equidad en la diversidad y la participación social, para lograr acciones que transformen el entorno socio – ambiental."

<http://www.iesdhs.edu.mx>

San Cristóbal de las Casas, Chiapas a 12 de junio del 2026.

Asunto: Dictamen

C. MARTHA CERVANTES NEGRETE.
PRESENTE.

La directora del Instituto de Educación Superior para el Desarrollo Humano Sustentable, hace constar que como resultado del proceso de Titulación con la opción tesis:

**MÁS ALLÁ DE HORMONAS Y LUBRICANTES: PROPUESTA PSICOTERAPÉUTICA
HUMANISTA PARA EL MANEJO DE LOS MALESTARES DEL CLIMATERIO DEBIDO A
LOS MANDATOS DE GÉNERO.**

Por acuerdo del Consejo de Titulación, manifiesto a Ud. que reúne pertinentemente los requisitos académicos para presentar su examen profesional el día trece de julio de 2026 a las 10:00hrs. en el aula "IK" del Instituto de Educación Superior en Desarrollo Humano Sustentable, en San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

DR. ROBERTO HERNÁNDEZ UGALDE
ASESOR

Instituto de Educación Superior en Desarrollo Humano Sustentable
Clave: 07PSU0190N
Periférico Norte No. 4, Col. Ojo de Agua. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. 29210
967 165 07 77

DEDICATORIA

A las mujeres quienes formaron parte de mi ejercicio profesional permitiéndome ver más allá de sus malestares físicos, entrar en sus mundos, sus vivencias, sus alegrías y sufrimientos por el hecho de ser mujeres, lo que me motivó para hacer esta investigación en un afán de encontrar una forma más de bienestar en esa temporalidad que es el climaterio.

AGRADECIMIENTOS

Ahora lo difícil sería dar gracias solo a unas cuantas personas, porque no es así, reconociendo que una es consecuencia de sus relaciones sociales del día a día.

Así, desde la más querida y entrañable, mi hija Tania, su siempre estar con su cariño, su sabiduría y mostrarme cosas que me mantienen abierta a las diversidades, luego resto de la familia, mis amistades del café, del baile, del tenis, de la lectura y más, con quienes la cotidianidad de las netas y experiencias vividas me enriquecen.

A mis colegas y docentes del Doctorado quienes estuvieron presente en mi formación académica y fueron mi compañía y espejo en los más desconocidos secretos de mi forma de ser.

Muchas gracias.

Tabla de contenido

Tabla de contenido	5
1. Introducción	11
1.1 Contexto y Justificación	11
1.1.2 Objetivos Secundarios	13
1.2 Metodología General.....	14
1.2.1 Ética en el uso de tecnologías.....	17
1.2.2 Justificación de la Propuesta Psicoterapéutica para el Manejo de Malestares por Mandatos de Género en la Mujer Menopáusica.....	18
1.2.3 Relevancia Social y Epistemológica de la Intervención	19
1.2.4 Fundamentación Teórica: Feminismo, Autonomía y Psicoterapia Transformadora.....	20
1.2.5 Pertinencia Clínica: Nombrar el Malestar, Reconstruir el Sentido	20
1.2.6 Aplicabilidad Profesional e Innovación Metodológica	21
1.2.7 Comparación con otras Terapias.....	21
1.3 Fundamentos del Modelo Psicoterapéutico Humanista Feminista Raíces Humanistas: Globalidad, Autonomía y Sentido	22
1.3.1 Prácticas Distintivas: Dispositivos Simbólicos, Trabajo Grupal y Resignificación del Cuerpo	23
1.3.2 Epistemología: La pluralidad de voces como decisión metodológica.....	23
1.3.3 Las otras terapias: Terapia de reemplazo hormonal (TRH), Herbolaria y terapia conductivo conductual (TCC)	24
1.3.4 Sensibilidad hacia los Mandatos de Género: Una Dimensión Crítica	27
1.4 Profundización: Aportes Únicos del Modelo Humanista Feminista	28
1.4.1 Dispositivos Simbólicos: Ritualizar el Duelo y la Renovación	28
1.4.2 Trabajo Grupal: Poder Sororal y Validación Colectiva	28
1.4.3 Resignificación del Cuerpo, Sexualidad y Deseo	29
1.5 Crítica y Desmontaje de Dispositivos Patriarcales	29
1.6 Tipo de investigación	31
1.6.1 Justificación metodológica	31
1.6.2 Enfoque epistemológico.....	32
1.6.3 Estrategia metodológica	32
1.6.4 Población destinataria y criterios de adaptabilidad	33
2. Revisión de la Literatura.....	34
2.1 De la Ciencia Infinita a la realidad práctica.....	34
2.1.2 Hablemos de los Tratamientos para manejo de molestias del climaterio.....	40
2.1.3 Terapia Psicológica. Psicoterapia.....	43
2.2 Impacto Psicológico y Social del Climaterio	46

2.3 ¿Qué hay de las políticas públicas sobre la menopausia?	52
2.4 Medicalización del climaterio	57
2.5 Mandatos de Género: Concepto y Teorías.	61
2.6 Terapias Humanistas. Principios y Aplicaciones.....	77
2.6.1 Terapia Centrada en la Persona o Rogeriana	79
2.6.2 Terapia Narrativa	82
2.6.3 Uso de la Fotobiografía	85
2.6.4 La Terapia del “Buentrato” de Fina Sanz.....	88
2.6.5 Técnicas de Respiración: El Puente entre lo Biológico y lo Simbólico	90
2.6.6 Terapia Cognitivo Conductual	91
3. Marco Teórico	95
3.1 Bases filosóficas del humanismo	95
3.1.1 Principios filosóficos fundamentales.....	97
3.1.2 La Fenomenología y su influencia en la Psicología Humanista	97
3.1.3 Existencialismo y conexiones con la psicología humanista	99
3.2 Principios fundamentales de la Psicología Humanista.....	100
3.2.1 Teoría de la Motivación y Autorrealización: Abraham Maslow.....	102
3.2.2 Psicoterapia Existencial y Análisis del Sentido: Rollo May	103
3.2.3 Otros autores relevantes	103
3.2.4 Fundamentos epistemológicos y metodológicos de Psicología Humanista.....	104
3.2.5 Relación entre Filosofía y Práctica Clínica	105
3.3 Teoría Feminista y Perspectiva de Género	105
3.4 Hacia una Ginecología Humanista: Integración de una Psicología Humanista con Perspectiva de Género.....	118
4. Desarrollo de la Propuesta Psicoterapéutica.....	126
4.1 Encontrando la Punta del Iceberg: visión hegemónica	126
4.1.2 El cuerpo de mujer como campo de estudio físico.....	128
4.1.3 Los Mandatos de Género, su importancia.	129
4.1.4 Terapias humanistas.....	131
4.2 Justificación de la elección de Terapias Humanistas.....	132
4.2.1 Metodología de Implementación Propuesta de Plan Terapéutico.	133
4.3 Integración de Enfoques	144
4.3.1 Sinergias y Beneficios combinados	144
5. Resultados Esperados	150
5.1 Impacto Esperado en la Calidad de Vida de las Mujeres	150
5.1.2 Potenciales Beneficios Emocionales y Físicos	152

5.3 Limitaciones y consideraciones éticas.....	156
6. Sugerencias para Investigaciones Futuras	158
7. Conclusiones y Recomendaciones	162
7.1 Conclusiones del Estudio	162
7.2 Cierre	164
7.2.1 Cierre de Objetivos Especificos	165
7.3 Recomendaciones para la Implementación del modelo	166
psicoterapéutico humanista-feminista en mujeres en etapa climaterio	166
8. Referencias Bibliográficas	168
9. Anexos.....	179
9.1 Anexo 1 Sobre la propuesta psicoterapéutica desarrollada.....	179
9.1.1 Ejemplo de protocolo terapéutico propuesto	180
9.1.2 Marco Ético del Modelo Grupal del taller: “Narrar(se) en el cuerpo que cambia, resignificar el climaterio desde la autonomía”	181
9.1.3 Metodología Taller “Narrar(se) en el cuerpo que cambia: resignificar el climaterio desde la autonomía”	182
9.1.4 Fichas de Sesión (Resumen, actividades y material psicopedagógico) Taller “Narrar(se) en el cuerpo que cambia: resignificar el climaterio desde la autonomía”	184
Ficha Sesión 1: “¿Quién me ha dicho cómo debo ser? “Los mandatos que (me) construyen”	184
Ficha Sesión 2: “Mi cuerpo como territorio de significación”	188
Ficha Sesión 3: “Habitando el cuerpo desde la anatomía del cambio”	192
Ficha Sesión 4: “La voz que callé, la historia que quiero contar”	196
Ficha Sesión 5: “Reconstruyendo el deseo”	201
Ficha Sesión 6: “Mis límites, mis rituales”	203
Ficha Sesión 7: “Integrar para seguir”	206
9.1.5 Metodología de Evaluación del taller	212
9.2. Anexo 2 Propuestas de Investigación	214
ANEXO 2. Revisión Biomédica de la Menopausia	217
Anexo 2.1 Definición, fisiología y tratamientos del Climaterio y la Menopausia ...	217
Anexo 2.2 Cómo afecta la Menopausia al cuerpo	223
Anexo 2.3 ¿Cómo se diagnostica la Menopausia y el climaterio?	241
Anexo 2.4 Tratamiento de la Menopausia	245
ANEXO 3. Técnicas de Respiración.....	272

II Índice de Tablas, Gráficos, Esquemas, Láminas, Cuestionarios, Flujogramas y Algoritmos

Tabla 1 Envejecimiento reproductivo según STRAW (Stage of Reproductive Aging Workshop)	222
Tabla 2 Fases del ciclo menstrual	225
Tabla 3. Datos alarmantes de una encuesta sobre tratamiento en la menopausia	250
Tablas de Medicamentos para manejo de la menopausia	257.258,259
Tablas de Medicamentos control de bochornos en la menopausia	
Tabla 4 Resumen del manejo hormonal vaginal en la menopausia	271
Tabla 5 que muestra prevención y manejo de osteoporosis	272
Tabla Resumen del dispositivo terapéutico propuesto “Narrar(se) en el cuerpo que cambia: resignificar el climaterio desde la autonomía	210-211

Gráficos

Gráfico 1Eje hipotálamo-ovario-útero	224
Gráfico 2 Esquema de variaciones de los niveles hormonales en la fase lútea y folicular	225
Gráfico 3 Diagrama del flujo hormonal durante la menopausia	226
Gráfica 4 Cambios hormonales en la etapa reproductiva y menopausia	227
Gráfica 5. Consejos para optimizar la salud cerebral modificando factores de riesgo modificables para la prevención de la demencia	233

Esquemas

Esquema 1. Efecto directo de los estrógenos	235
Esquema 2. Esquema de los mecanismos propuesto para el aumento de riesgo cardiovascular en la menopausia	236
Esquema 3. Esquema sobre el efecto de la disminución de los estrógenos en el músculo.	237
Esquema 4. Modelo cíclico biopsicosocial de la respuesta sexual femenina de Basson	242
Lámina Romper el mandato, elegir la autonomía (el Hilo Rojo)	189
Lámina anatómica simbólica el cuerpo menopáusico: conocimiento, dignidad y reconexión	197
Lámina con frases para el espacio grupal sobre la voz que callé	199

Cuestionarios

Cuestionario MRS (Menopause Rating Scale)	246
Cuestionario calidad de vida en la menopausia	247
Anexo 1 APGAR familiar de Smilkstein	255
Escala de transformación simbólica	214

Flujogramas y Algoritmos

Flujograma 1. Flujograma del climaterio y la menopausia del Consejo Chileno de Obstetricia	251
Flujograma 2. Elección de la terapia hormonal en la menopausia	253
Flujograma 3. Seguimiento mujeres en control del climaterio	254
Algoritmo 1. Atención del Climaterio y Menopausia	257
Algoritmo 2. Esquemas de terapia para Menopausia	258

1. Introducción

1.1 Contexto y Justificación

Hay oficios y profesiones, que no solo tratan dolencias físicas, sino que también exploran las profundidades emocionales y espirituales del individuo. Así pues, ahí me encuentro yo, desde mi profesión ginecóloga, pudiendo observar lo que puede expresar una persona, más específico, una mujer entre 40 y 60 años, esas que son nombradas como “climatéricas” según clasificaciones médicas, y ahí yo también, como una señora afectada por esa situación, reclamando una investigación más humana al respecto. Como señora, mujer común que conversa con otras señoras, mujeres que sin protagonizar sus grados académicos o profesionales, se reúnen sin más fin que platicar de su día a día, ya sea en una mesa tomando café, o en cualquier sitio, porque ningún espacio les limita, conversaciones simples y llanas, hasta secretos del alma, yendo desde un simple saludo, el cómo te va, qué novedades cuentas, que si los hijos, la casa, la soltería, la pareja, las relaciones sexuales, los proyectos, etcétera, etcétera, y más etcéteras, que de temas hay millones, pero un tema en especial me va sonando más frecuente, más recurrente, me ha atrapado desde hace años, la menopausia, pudiendo ser un parteaguas en la vida de una mujer: La menopausia o el climaterio como también se nombra indistintamente, es una etapa que puede marcar un cambio drástico en el estilo de vida de la mujer.

Ahora, con una bata blanca puesta, soy la ginecóloga, que detrás de un escritorio, ha podido ver el correr del tiempo en muchas mujeres, cómo han cambiado, algunas las que conozco desde niñas, jóvenes y adultas, he seguido parte de sus vidas, y de éstas últimas, se acercan a mí porque “no se siente bien” o “para cerciorarse que esto que les pasa es normal”, “porque hay trastornos de su regla”, “porque ya no hay intimidad”, “ya no tienen ilusiones”, “porque se me reseca la piel y demás”, “porque

ya estoy vieja” etc. He trabajado como médica desde hace más de 35 años y hace 6 años como sexóloga y psicoterapeuta humanista, y de las muchas causas por lo cual consultan son los cambios que se van presentando la mujer adulta mayor durante el climaterio. Claro que abunda la literatura científica al respecto: se describen cambios hormonales, alteraciones en el ciclo menstrual hasta ausencia total de ésta, sus consecuencias en los huesos, en el metabolismo, en los músculos, en la grasa corporal, en el cerebro, en todo el cuerpo, hay mucha, mucha información y tratamientos desde hormonas sexuales, vasodilatadores, lubricantes, y por qué no, tranquilizantes, ansiolíticos y antidepresivos, por aquello de los cambios de humor, de histeria y depresión. Pero más allá de dichos cambios fisiológicos, si, más allá también de tratamientos con hormonas y lubricantes, ¿qué se sabe de las experiencias de una mujer climatérica en cuanto a su imagen corporal, su sexualidad, su calidad de vida, su identidad y su bienestar general, esas exigencias llamadas mandatos de género? De eso, hay poco científicamente escrito, y en la literatura común se habla de ello o como una parte invisible, o bien, cual mitos o temas tabú, leyendas urbanas de la vida de mujeres maduras que pueden llegar hasta lo estereotipado, lo dictado por la mercadotecnia, olvidando que aún en este tiempo las mujeres siguen moldeadas por los mandatos de género perpetuando roles tradicionales y patologizando el envejecimiento femenino.

Los mandatos de género, especialmente en el siglo XXI, han seguido influyendo en la vida de las mujeres, moldeando sus experiencias y oportunidades. Durante el climaterio, aunque es una fase natural de la vida de la mujer, marcada por el final de su capacidad reproductiva y caracterizada por cambios fisiológicos y emocionales, se convierte en una etapa crítica debido a los efectos más pronunciados de estos mandatos amplificando los malestares.

Eliminar malestares, buscar el bienestar, implica hacer sentirse bien consigo mismo y con la vida en general, logrando un equilibrio entre el trabajo, el ocio y las relaciones personales, entre la pareja, los hijos, los amigos y demás vínculos.

Por ello, considero importante proponer un abordaje psico-terapéutico que incida sobre los mandatos de género vividos por las mujeres durante el climaterio a fin de lograr mayor bienestar en ellas. Si, las experiencias vividas que reportan las mujeres en climaterio, ya sea mantener la juventud, ser bella, lo que se siente perder su capacidad reproductiva, ser abnegada, mantener su rol de cuidadora, estar para los otros, no disponer de su sexualidad, de las parejas, del deber de ser madre, así y más de lo que se platican sin tapujos en los cafés, en las reuniones y la vida diaria en general en cuanto a vivirse como mujer climatérica con esos cambios en su cuerpo, su sexualidad, su identidad, que provocados normalmente por la edad, pero acentuados por el deber ser mujer que determinan los mandatos de género.

Por todo lo anterior, surge la pregunta ¿Qué elementos teóricos y metodológicos debe de integrar un modelo psicoterapéutico humanista-feminista para atender los malestares del climaterio derivado de los malestares de género? y se desprenden los siguientes objetivos.

1.1.1 Objetivo Principal

Desarrollar un modelo psicoterapéutico humanista con perspectiva de género que aborde los mandatos de género que influyen en los malestares del climaterio.

1.1.2 Objetivos Secundarios

1. Identificar los mandatos de género femenino que manifiestan las mujeres climatéricas.
2. Describir los cambios fisiológicos, corporales y psicológicos en la mujer climatérica.
3. Identificar de esos cambios cuáles se manifiestan como malestar en la mujer

climatérica.

4. Explorar algunas terapias farmacológicas y de terapia cognitivo conductual existentes para la mujer climatérica.
5. Argumentar teóricamente la pertinencia y potencial eficacia del modelo psicoterapéutico humanista en el bienestar de mujeres climatéricas.
6. Ofrecer recomendaciones prácticas para la implementación de esta propuesta en entornos clínicos y futuras investigaciones.

1.2 Metodología General

“En investigación, lo que no está escrito no existe y menos aún si no está disponible en la web” (Murillo, 2017)

Mis observaciones como ginecóloga y sexóloga agregan a la visión de la menopausia una perspectiva de género, puedo informar mi experiencia profesional de 35 años a ese respecto, sin embargo, no habiendo aplicado instrumentos de medición a las experiencias de mis pacientes y consultantes, solo serán consideradas como observaciones personales, con mínimo valor en los niveles de evidencia en el ámbito de la salud (Manterola, 2014).

Por ello, para desarrollar esta tesis, recurro a una revisión narrativa donde conjunto los cambios naturales en el cuerpo de la mujer más el impacto que tienen los mandatos de género en el periodo climatérico bajo la perspectiva de género desarrollada por la Dra. Marcela Lagarde y de los Ríos con sus claves feministas para el poderío y la autoestima de mujeres, ya que es una feminista mexicana ampliamente reconocida por sus estudios y defensa en favor de la mujer mexicana.

Finalmente, resaltaré la necesidad de un tratamiento con enfoque psicoterapéutico humanista el cual aborde tanto los aspectos emocionales como los socioculturales de los malestares en mujeres climatéricas creando un protocolo de una terapia que combine herramientas de la psicoterapia humanista con la terapia

del Buentrato de Fina Sanz considerando que ofrecen una vía prometedora para mejorar el bienestar de las mujeres en climaterio.

Marcela Lagarde define los mandatos de género como normas socioculturales que dictan el comportamiento esperado de mujeres y hombres. En el contexto del climaterio, estos mandatos pueden influir negativamente en la percepción y manejo de los cambios físicos y emocionales. Marcela Lagarde, en su obra "Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas" (2015), describe cómo los mandatos de género imponen roles y expectativas en las mujeres, lo que puede llevar a una serie de malestares emocionales y físicos, especialmente durante el climaterio. Lagarde destaca la importancia de reconocer y cuestionar estos mandatos para mejorar el bienestar de las mujeres.

Pérez y López (2019), en su revisión publicada en "Clinical Psychology Review", evaluaron la eficacia de la terapia del Buentrato en mejorar el bienestar emocional de mujeres en climaterio. Los resultados mostraron mejoras significativas en el bienestar y una reducción de los malestares emocionales asociados con los mandatos de género.

La psicoterapia humanista, centrada en la comprensión y aceptación del individuo, ofrece un enfoque adecuado para abordar estos malestares emocionales. Carl Rogers, en su libro "On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy" (1961), presenta la psicoterapia centrada en la persona, que se basa en la empatía, la autenticidad y la congruencia en la relación terapéutica. Esta metodología ha demostrado ser efectiva para abordar los malestares emocionales en diversas poblaciones, incluyendo mujeres en climaterio.

Greenberg y Watson (2006), en "Emotion-Focused Therapy for Depression", discuten cómo la terapia centrada en las emociones puede ser beneficiosa para tratar la depresión y otros trastornos emocionales. Este enfoque resalta la importancia de

validar y trabajar con las emociones del cliente, Greenberg propone ser más intervencionista en el sentido de facilitar un procesamiento emocional activo, intervención donde se trabaja activamente con la emoción como el eje central para reestructurar el malestar.

La terapia del Buentrato de Fina Sanz complementa esta perspectiva al promover relaciones de respeto y cuidado. Sanz, en su obra "Terapia del Buentrato" (2016), propone un enfoque terapéutico que promueve la autocompasión, el cuidado personal y la construcción de relaciones saludables. Sanz argumenta que el Buentrato no solo se refiere a cómo nos relacionamos con los demás, sino también a cómo nos tratamos a nosotras mismas.

Otro estudio más, reporta que la menopausia "es percibida y experimentada como una etapa de ansiedad, desasosiego, tristeza y desesperanza, por el poco acompañamiento, deficiente educación y preparación de la mujer... Se necesitan espacios de análisis, reflexión y acompañamiento desde edades tempranas, para deconstruir el concepto de menopausia y climaterio como problema de salud, y abordarlo como evento vital y de renacimiento, como apertura a una forma de vivir, con estilos de vida saludable "(Fernández-Rincón C.A., 2023).

Así, la integración de las estrategias psicoterapéuticas humanistas con la perspectiva de género y la terapia del Buentrato proporcionan un abordaje holístico para el manejo de los malestares en mujeres climatéricas. Es fundamental reconocer la influencia de los mandatos de género y trabajar hacia su deconstrucción en el contexto terapéutico. Los hallazgos sugieren que este enfoque puede mejorar significativamente la calidad de vida y el bienestar emocional de las mujeres en esta etapa.

Se vuelve un punto importante mencionar que las mujeres pasan aproximadamente del 30 al 40% de sus vidas en la posmenopausia, de 20 a 30 años.

1.2.1 Ética en el uso de tecnologías

Declaración de Autoría y Uso de Inteligencia Artificial

En coherencia con la apertura a la evolución científica y tecnológica que caracteriza el contexto actual, quien suscribe, Martha Cervantes Negrete, autora de la tesis doctoral “Más allá de hormonas y lubricantes: Propuesta Psicoterapéutica Humanista para el manejo de los malestares del Climaterio debido a los mandatos de Género”, declaro de manera explícita el uso de herramientas de Inteligencia Artificial (IA) como apoyo en el proceso de investigación y diseño metodológico en la construcción de este trabajo.

Esta decisión no sustituye el criterio clínico ni la sensibilidad humanista de la autora, sino que se emplea bajo las siguientes premisas metodológicas:

1. Refinamiento y articulación de métodos: La IA fue utilizada como un instrumento de síntesis y co-creación para refinar la estructura de las dinámicas y asegurar la coherencia entre los fundamentos teóricos y las fichas de sesión integrando la pluralidad de enfoques (humanista rogeriano, gestáltico, narrativo y la Terapia del Buentrato).
2. Refinamiento de Dispositivos Simbólicos: La IA apoyó la estructuración técnica de los rituales propuestos (como el "hilo rojo" y las "semillas de tránsito"), ayudando a articular los fundamentos de la Terapia de Reencuentro y la Psicoterapia Humanista en fichas de sesión claras y replicables. Se empleó tecnología para refinar la coherencia entre los múltiples enfoques teóricos (Rogeriano, Gestalt, Narrativo y Feminismo Crítico), una integración fluida de los conceptos de autoras como Marcela Lagarde y Fina Sanz, y”, obteniendo que el contenido generado fuera filtrado por la ética de la escucha, el bientratar y la perspectiva de género, evitando así la "deshumanización mecanicista" que suele criticarse en los modelos tecnocráticos.

3. Apoyo en la visualización y didáctica: Tal como se especifica en el desarrollo de la propuesta, se recurrió a la IA para asistir en la síntesis de la revisión biomédica, con el fin de transformar tecnicismos médicos complejos en un lenguaje accesible reduciendo la carga cognitiva sin perder el rigor científico, así como en la generación de esquemas y recursos gráficos que facilitan la comprensión de los cambios sincronizados del ciclo ovárico y uterino.

4. Gestión bibliográfica: El estilo de citación y la organización de las referencias finales se apoyaron en herramientas de procesamiento para garantizar el cumplimiento estricto de las normas APA 7.^a edición. Se realizó un cotejo manual de los datos científicos y citas textuales para asegurar que la información correspondiera fielmente a las fuentes originales de organismos internacionales (OMS, IMS) y autores de referencia citadas en la bibliografía.

Como "ginecóloga enculturada" y psicoterapeuta, verifiqué que cada dinámica respetara los principios de empatía, autenticidad y aceptación incondicional, garantizando que el modelo permaneciera estrictamente "centrado en la persona".

Conclusión: El uso de la IA en esta tesis ha sido estrictamente instrumental y complementario. La autoría de las reflexiones, la interpretación fenomenológica de las experiencias y el compromiso ético-político con la salud de las mujeres son producto íntegro del proceso de investigación y la trayectoria profesional de la autora.

1.2.2 Justificación de la Propuesta Psicoterapéutica para el Manejo de Malestares por Mandatos de Género en la Mujer Menopáusica.

Planteamiento del Problema: El Climaterio y los Mandatos de Género como Dispositivos Simbólicos

La menopausia ha sido históricamente concebida desde una perspectiva biomédica que la asocia con el deterioro físico, el cese de la función reproductiva y el

“declive” de la femineidad (López, 2019). Esta visión patologizante contribuye a una experiencia subjetiva atravesada por el silencio, la vergüenza y la pérdida de valor social. En paralelo, los mandatos de género operan como normas culturales internalizadas que dictan cómo debe vivirse el cuerpo y la emocionalidad femenina, especialmente en etapas consideradas “no productivas” desde el punto de vista reproductivo y estético (Lagarde, 2005).

En mujeres que atraviesan el climaterio, estas prescripciones se traducen en sentimientos de inutilidad, frustración, inseguridad y disconformidad consigo mismas, configurando un malestar psíquico que no encuentra espacios de validación ni de resignificación. La vivencia menopáusica se encuentra, así, doblemente condicionada: por los efectos fisiológicos del ciclo vital y por los discursos sociales que la interpretan como carencia o falla.

1.2.3 Relevancia Social y Epistemológica de la Intervención

A pesar de los avances en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, el climaterio permanece como una etapa poco explorada desde una perspectiva interdisciplinaria que incluya la dimensión simbólica y afectiva del mandato de género. Diversos estudios muestran que las mujeres menopáusicas enfrentan diagnósticos y tratamientos que responden más a la normatividad que a sus necesidades reales (Rodríguez & Díaz, 2020). Existe, por tanto, una deuda epistemológica y práctica en el abordaje de la salud mental en este grupo poblacional.

La propuesta que aquí se formula atiende esta omisión al plantear una metodología centrada en el reconocimiento del contexto sociocultural, el cuerpo como territorio de significación, y la narrativa personal como espacio de transformación. Ofrece además una alternativa a la medicalización del malestar, posicionando al deseo, la autonomía y la resignificación como ejes de intervención clínica.

1.2.4 Fundamentación Teórica: Feminismo, Autonomía y Psicoterapia Transformadora

La teoría feminista contemporánea ha contribuido a la comprensión de los mandatos de género como dispositivos de control subjetivo y simbólico. Autoras como Lagarde (2015) señalan que estos mandatos condicionan la vivencia femenina en distintos momentos del ciclo vital, limitando la posibilidad de agencia y desarrollo autónomo. El enfoque de Fina Sanz (2005), por su parte, aporta una mirada integradora sobre el cuerpo, la afectividad y la espiritualidad, proponiendo procesos terapéuticos de reconciliación y empoderamiento.

Desde la psicoterapia humanista y el enfoque centrado en la persona, se valora la experiencia subjetiva como fuente de verdad y se promueve un espacio de escucha activa, donde la mujer pueda explorar sus propias narrativas y resignificarlas. La propuesta metodológica de esta tesis articula estas corrientes, permitiendo una intervención situada, empática y transformadora.

1.2.5 Pertinencia Clínica: Nombrar el Malestar, Reconstruir el Sentido

El acompañamiento psicoterapéutico tradicional ha tendido a interpretar los malestares de mujeres menopáusicas como síntomas individuales, sin considerar el entramado cultural que los produce. Esta propuesta se inscribe en una ética de la escucha crítica, donde la terapeuta asume un rol de facilitadora para el desmontaje de discursos patriarcales y la construcción de nuevas narrativas identitarias.

Nombrar el malestar desde una perspectiva colectiva y simbólica permite que las mujeres se reconozcan en sus vivencias sin culpabilización ni patologización. El dispositivo terapéutico se convierte entonces en un espacio de reescritura subjetiva, donde la resignificación del cuerpo, del deseo y del vínculo se toman actos de resistencia y emancipación.

1.2.6 Aplicabilidad Profesional e Innovación Metodológica

La presente propuesta no solo busca dar respuesta a una necesidad clínica, sino también ofrecer una herramienta replicable para psicoterapeutas, educadoras, acompañantes comunitarias y profesionales vinculadas con el trabajo psicosocial. Su carácter interdisciplinario y flexible la hace adaptable a contextos diversos, siempre que se mantengan los principios éticos de escucha sensible, perspectiva de género y compromiso con la transformación social.

Además, este modelo abre la posibilidad de formar parte de proyectos colectivos, talleres grupales y espacios de investigación aplicada que promuevan la autonomía y la salud integral de las mujeres menopáusicas. Su originalidad radica en el cruce entre epistemologías feministas, prácticas psicoterapéuticas y metodologías participativas.

1.2.7 Comparación con otras Terapias

La menopausia y el climaterio configuran momentos críticos en la vida de millones de mujeres, en los que los cambios biológicos se entrelazan indisolublemente con vivencias corporales, emocionales, biográficas y culturales. Si bien estas transiciones forman parte del ciclo vital femenino, la experiencia del malestar climatérico está modelada no sólo por factores orgánicos, sino también por los mandatos de género y los discursos sociales sobre el envejecimiento, la sexualidad y la feminidad. La medicalización predominante ha situado a la terapia de reemplazo hormonal (TRH) y a la herbolaria como respuestas habituales, mientras una gama de abordajes psicoterapéuticos -desde la terapia cognitivo-conductual hasta la psicoterapia psicodinámica o las terapias corporales- complementan el manejo. En contraste, el modelo psicoterapéutico humanista feminista, especialmente en grupos terapéuticos, introduce una perspectiva crítica y transformadora en el abordaje del malestar menopáusico, enfatizando el trabajo simbólico, la resignificación del cuerpo y el

deseo y la deconstrucción de los discursos patriarcales.

El objetivo de este extenso análisis comparativo es desglosar los fundamentos, las prácticas y los aportes de cada enfoque, con atención a la sensibilidad respecto a los mandatos de género y la experiencia subjetiva de las mujeres climáticas.

1.3 Fundamentos del Modelo Psicoterapéutico Humanista Feminista **Raíces Humanistas: Globalidad, Autonomía y Sentido**

El modelo humanista se fundamenta en una visión holística y sistémica del ser humano, donde la subjetividad, la libertad de elección, el potencial de autorrealización y la búsqueda de sentido constituyen ejes centrales. A diferencia de los paradigmas reduccionistas, niega que los malestares humanos sean simples respuestas mecánicas ante estímulos biológicos o productos de conflictos inconscientes centrales en los modelos médicos y psicoanalíticos, respectivamente. Defiende que la experiencia inmediata, las emociones presentes y el contexto existencial son el único marco comprensible y legítimo para abordar el malestar.

Las terapias humanistas, en su pluralidad técnica, comparten al menos tres características clave: la meta de crecimiento personal/autorrealización, la priorización de la relación terapéutica y la apertura creativa frente a las técnicas. El acento no reside sólo en la superación de síntomas, sino en la recuperación de la agencia subjetiva y la integración de las dimensiones física, emocional, cognitiva y social.

Perspectiva Feminista: Crítica al Patriarcado y Resignificación de la Subjetividad

El giro feminista de los modelos humanistas radicaliza su crítica, introduciendo la deconstrucción activa de los dispositivos de género y del sistema patriarcal como factores persistentes en el sufrimiento de las mujeres. El feminismo terapéutico parte del reconocimiento de que la subjetividad femenina está históricamente modelada, desde la infancia, por la socialización diferencial de género y los mandatos que dictan los cuerpos, los deseos y los roles sociales de las mujeres. Identifica así la tendencia

a sentir culpa, vergüenza o decrepitud como hechos culturalmente producidos y no meramente biológicos.

En la praxis, la psicoterapia humanista feminista se compromete éticamente con la igualdad, incorpora competencias específicas para identificar y cuestionar situaciones de desigualdad y violencia de género, y entiende el malestar climatérico en relación directa con los estereotipos y prohibiciones culturales sobre el envejecimiento femenino, la sexualidad y la productividad reproductiva.

1.3.1 Prácticas Distintivas: Dispositivos Simbólicos, Trabajo Grupal y Resignificación del Cuerpo

Uno de los mayores aportes del modelo se encuentra en su énfasis en los dispositivos simbólicos y el trabajo grupal para resignificar el cuerpo y el deseo. Ceremonias, rituales y símbolos ayudan a transitar el “duelo” de la fertilidad y permiten resignificar el cuerpo no ya como sede de la decadencia, sino como fuente legítima de placer, poder y autonomía. El trabajo grupal, por su parte, crea círculos de confianza y apoyo donde las mujeres pueden compartir, sin vergüenza ni juicio, sus vivencias y disputar colectivamente los discursos dominantes.

1.3.2 Epistemología: La pluralidad de voces como decisión metodológica

Esta tesis asume una estructura narrativa polifónica que rompe con la tradición del texto científico aséptico y lineal. La convivencia de diferentes personas gramaticales y estilos no es una inconsistencia, sino una decisión epistemológica situada (Haraway, 1995) que responde a la naturaleza compleja del objeto de estudio. Así “yo”, como “señora” y como “ginecóloga enculturada” no hablo desde una neutralidad inexistente, sino desde un cuerpo que también transita el climaterio y que reconoce sus propios temores y confrontaciones frente a los mandatos médicos. Así “yo” soy una herramienta política para humanizar la medicina y validar mi experiencia subjetiva como fuente legítima de verdad, más allá de meras estadísticas.

En diversos apartados, especialmente en los referentes a la práctica clínica y los resultados esperados, se emplea la primera persona del plural ("nosotros"). Esto responde a la convicción de que el cuidado es una práctica relacional y política que requiere la presencia de un "nosotros" hacia la "otredad". En el marco del trabajo grupal y la sororidad, el malestar deja de ser individual para convertirse en un saber compartido; el "nosotros" representa la red de acompañamiento y la validación colectiva fundamental en el modelo humanista-feminista.

Finalmente, se reconoce el uso de Inteligencia Artificial (IA) como una herramienta de apoyo en la construcción de secciones técnicas y la simplificación narrativa de la revisión biomédica. El estilo más estandarizado o "académico" de estas fracciones obedece a un esfuerzo de síntesis y mediación, buscando que la información científica sea "más poderosa y tranquilizante" para las mujeres al reducir la carga cognitiva de los tecnicismos. La IA actúa aquí como un colaborador en la "evolución científica", pero siempre bajo la supervisión de la mirada humana, garantizando que el modelo permanezca centrado en la persona y no pierda su esencia ética frente al vertiginoso desarrollo tecnológico.

1.3.3 Las otras terapias: Terapia de reemplazo hormonal (TRH), Herbolaria y terapia conductivo conductual (TCC)

Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH): Base Biomédica y Perspectiva de Género

La TRH, todavía considerada el estándar de oro para el tratamiento de síntomas vasomotores severos, se fundamenta en una visión esencialmente biologicista de la menopausia, interpretando sus malestares como respuesta directa al déficit estrogénico y proponiendo su corrección farmacológica. Sus beneficios están documentados sobre sofocos, sudores nocturnos, sequedad vaginal y atrofia urogenital, y en la prevención de osteoporosis. Sin embargo, ha sido objeto de críticas ante la evidencia de aumento de riesgos cardiovasculares, tromboembólicos y de

cáncer de mama y endometrio, especialmente si se usa a largo plazo o se inicia tardíamente.

Aunque la TRH puede mejorar algunos aspectos emocionales indirectamente (por ejemplo, mejorando el sueño y reduciendo el malestar físico), carece estructuralmente de sensibilidad a la dimensión de género o a la resignificación de la experiencia climática. La medicalización inherente a la TRH refuerza la percepción de la menopausia como deficiencia, patologiza el envejecimiento femenino y puede contribuir a la estigmatización de las mujeres que no desean o no pueden acceder a estos tratamientos.

Herbolaria y Fitoestrógenos: Alternativas Naturales, Evidencia y Perspectiva Cultural

El uso de la herbolaria y los fitoestrógenos es un recurso frecuente, y socialmente bien tolerado, para mujeres que buscan un abordaje menos medicalizado. Plantas como el cohosh negro, el trébol rojo, la salvia, la valeriana o la manzanilla han sido estudiadas para el alivio de sofocos, insomnio, ansiedad y malestar general. Si bien la evidencia es variable y no siempre concluyente, hay datos que apoyan cierto beneficio para síntomas leves y moderados, especialmente en mujeres que prefieren evitar la medicación hormonal.

No obstante, la herbolaria reproduce en gran parte el paradigma biologicista de la TRH, orientando su acción a la regulación hormonal sin atender al contexto subjetivo y cultural que configura el malestar climático. La aceptación de la herbolaria, además, está mediada por representaciones culturales variables sobre lo “natural” y la relación con el cuerpo, pero usualmente no implica una resignificación simbólica del mismo ni una crítica al mandato social del rendimiento y la juventud.

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC): Abordaje Basado en Evidencia y Foco en el Afrontamiento

La TCC constituye la terapia psicológica con mayor respaldo empírico para el alivio de síntomas psicológicos asociados a la menopausia, como insuficiente sueño, ansiedad, depresión y estrés, así como para el manejo de los sofocos y la adaptación a los cambios. Defiende una aproximación activa y estructurada centrada en identificar y modificar pensamientos y conductas disfuncionales, enseñando estrategias de afrontamiento, reestructuración cognitiva y técnicas de relajación.

Entre sus ventajas destaca la capacidad para mejorar el bienestar percibido y reducir la vivencia catastrófica de los síntomas. Sin embargo, se ha señalado que, aunque la TCC puede incorporar perspectiva de género, no necesariamente lo hace de forma sistemática y suele tratar los problemas desde una lógica adaptativa individual más que desde un cuestionamiento estructural de los mandatos sociales sobre el cuerpo femenino, la sexualidad y la edad.

Terapias Corporales: Conciencia, Integración y Trabajo Psico corporal

Las terapias corporales -que engloban prácticas como el yoga, el mindfulness, la bioenergética o la danza movimiento terapia- proponen la integración mente-cuerpo como vía principal para reducir el malestar psicológico y físico del climaterio. Diversos estudios han documentado su utilidad para la reducción de sofocos, mejoría del sueño, alivio de la ansiedad, preservación de masa ósea y aumento de la autopercepción positiva del propio cuerpo.

Su eficacia se relaciona con la capacidad para cultivar la conciencia corporal, corregir posturas, devolver flexibilidad y resiliencia a los músculos y ligamentos, y facilitar la expresión emocional reprimida. Las terapias corporales pueden apoyar una resignificación positiva del cuerpo y la sexualidad, aunque, al igual que la herbolaria y la TCC, sólo logran trascender los discursos de género cuando se aplican desde una perspectiva crítica y contextualizada.

1.3.4 Sensibilidad hacia los Mandatos de Género: Una Dimensión Crítica

Una de las dimensiones más relevantes en la comparación de abordajes reside en la sensibilidad hacia los mandatos de género y la capacidad de las intervenciones de resignificar discursos y prácticas culturales que determinan la vivencia subjetiva del climaterio. La literatura feminista señala que la visión patologizadora de la menopausia y el malestar derivado de esta transición están inscritos en mitos culturales sobre la utilidad social de la mujer, la decrepitud y el cese del deseo sexual. El modelo humanista feminista es el único que integra sistemáticamente estos elementos en su diagnóstico, su crítica y su práctica terapéutica, mientras que el resto de intervenciones tienden, en diferentes grados, a reproducir el paradigma medicalizador y androcéntrico y a priorizar el rendimiento y el ajuste individual.

Podemos resumir que el modelo humanista feminista representa un abordaje integral y profundamente contextualizado, el cual reconoce y problematiza los determinantes sociales y culturales del malestar climatérico. Al poner en el centro la experiencia subjetiva de las mujeres y desnaturalizar la medicalización y los discursos de pérdida inherentes al patriarcado, brinda una respuesta transformadora que va más allá del alivio sintomático y permite reconstruir la vivencia corporal y sexualidad desde el deseo y la autonomía. En contraste, la TRH (terapia de reemplazo hormonal) y la herbolaria intervienen preferentemente a nivel biológico, con mayor fuerza en el alivio sintomático directo, pero menor impacto en la resignificación del cuerpo y la subjetividad. La TCC (terapia conductivo conductual) aporta herramientas valiosas para el afrontamiento de los síntomas y puede mejorar la calidad de vida, pero tiende a mantener un foco adaptativo individual. La psicoterapia psicodinámica puede ser relevante para quienes atraviesan procesos de duelo o conflictos profundos, siendo su eficacia dependiente de la integración de la perspectiva de género y de la apertura a los aspectos culturales. Las terapias corporales, por su parte, complementan el

abordaje emocional y corporal, facilitando la reducción de ansiedad y la aceptación, pero sólo logran pleno potencial transformador si se insertan en un marco crítico y colectivo

1.4 Profundización: Aportes Únicos del Modelo Humanista Feminista

1.4.1 Dispositivos Simbólicos: Ritualizar el Duelo y la Renovación

Uno de los grandes diferenciadores del modelo humanista feminista es la incorporación intencionada de rituales, mitos y dispositivos simbólicos para significar el “pasaje” menopáusico no como un final, sino como una transición hacia una nueva etapa de plenitud, sabiduría y libertad. Inspirándose en tradiciones ancestrales, la resignificación del rito otorga sentido colectivo a la experiencia individual, permitiendo que el malestar deje de ser vivido desde la soledad y la vergüenza y empiece a percibirse como parte de un ciclo vital legítimo.

Trabajo con símbolos, círculos de mujeres, la confección de objetos personales o la deposición ritual de antiguos roles que representan las antiguas identidades, se vuelven formas de nombrar y procesar las pérdidas reales y simbólicas, al tiempo que legitiman el surgimiento de identidades y deseos renovados.

1.4.2 Trabajo Grupal: Poder Sororal y Validación Colectiva

El grupo terapéutico, piedra angular de este modelo, crea una red de acompañamiento, validación y contención. La pertenencia al grupo permite reducir la vergüenza asociada a los malestares, compartir recursos y estrategias y desmontar juntas las creencias internalizadas sobre la decrepitud y la falta de deseo. La solidaridad, la escucha sin juicios y el aprendizaje horizontal son recursos transformadores que han demostrado eficacia en mejorar la autoestima, la resignificación de la sexualidad y el afrontamiento de retos existenciales como el “nido vacío”, el cambio de roles familiares o profesionales y la jubilación.

La evidencia muestra que las terapias grupales, especialmente para mujeres atravesadas por malestares comunes y/o estigmatizados como los menopáusicos, consiguen igual o mayor impacto clínico y emocional que las intervenciones individuales, favoreciendo la reducción del aislamiento y la restauración del empoderamiento colectivo.

1.4.3 Resignificación del Cuerpo, Sexualidad y Deseo

Las prácticas humanistas feministas otorgan valor terapéutico central a la resignificación del cuerpo y del deseo, considerándolos territorios de autonomía, placer y poder, en vez de espacios de declive o vergüenza. Desde ejercicios de autopercepción positiva, trabajo con espejos, danza consciente, exploración de la sexualidad madura o verbalización de fantasías, el cuerpo se rescata como protagonista activo y fuente legítima de identidad.

A diferencia de prácticas que mantienen el paradigma reproductivo o definen el deseo en base a normas externas, el enfoque humanista feminista ayuda a despojar la sexualidad de culpa y de mandato de juventud, abriendo la posibilidad de una vivencia erótica madura, no centrada en la genitalidad ni en el rendimiento físico, sino en la complicidad, la creatividad y el autocuidado consciente.

1.5 Crítica y Desmontaje de Dispositivos Patriarcales

El trabajo psicoterapéutico feminista es crítico frente al patriarcado, identificando y deconstruyendo los mandatos de género que modelan la vivencia individual y colectiva del climaterio. Implica revisar y cuestionar la internalización de ideales de belleza, juventud, productividad reproductiva y disposición sexual impuesta. La narrativa terapéutica posibilita resignificar la menopausia como liberación de cargas y expectativas, e interroga la medicalización excesiva, la patologización y el silenciamiento del dolor femenino en nombre de la “normalidad” androcéntrica.

La resignificación discursiva implica también el reconocimiento de la diversidad de experiencias: no todas las mujeres sufren igual, algunos malestares son leves o incluso se vive la menopausia como alivio. La modelo humanista feminista valida la pluralidad, restaura la agencia y promueve el orgullo menopáusico como derecho y expresión de autonomía.

Una de las dimensiones más relevantes en la comparación de abordajes reside en la sensibilidad hacia los mandatos de género y la capacidad de las intervenciones de resignificar discursos y prácticas culturales que determinan la vivencia subjetiva del climaterio. La literatura feminista señala que la visión patologizadora de la menopausia y el malestar derivado de esta transición están inscritos en mitos culturales sobre la utilidad social de la mujer, la decrepitud y el cese del deseo sexual. El modelo humanista feminista es el único que integra sistemáticamente estos elementos en su diagnóstico, su crítica y su práctica terapéutica, mientras que el resto de intervenciones tienden, en diferentes grados, a reproducir el paradigma medicalizador y androcéntrico y a priorizar el rendimiento y el ajuste individual.

Podemos resumir que el modelo humanista feminista representa un abordaje integral y profundamente contextualizado, el cual reconoce y problematiza los determinantes sociales y culturales del malestar climatérico. Al poner en el centro la experiencia subjetiva de las mujeres y desnaturalizar la medicalización y los discursos de pérdida inherentes al patriarcado, brinda una respuesta transformadora que va más allá del alivio sintomático y permite reconstruir la vivencia corporal y sexualidad desde el deseo y la autonomía. En contraste, la TRH y la herbolaria intervienen preferentemente a nivel biológico, con mayor fuerza en el alivio sintomático directo, pero menor impacto en la resignificación del cuerpo y la subjetividad. La TCC aporta herramientas valiosas para el afrontamiento de los síntomas y puede mejorar la calidad de vida, pero tiende a mantener un foco adaptativo individual. La psicoterapia

psicodinámica puede ser relevante para quienes atraviesan procesos de duelo o conflictos profundos, siendo su eficacia dependiente de la integración de la perspectiva de género y de la apertura a los aspectos culturales. Las terapias corporales, por su parte, complementan el abordaje emocional y corporal, facilitando la reducción de ansiedad y la aceptación, pero sólo logran pleno potencial transformador si se insertan en un marco crítico y colectivo.

1.6Tipo de investigación

La presente tesis se enmarca como investigación teórica-aplicada con enfoque cualitativo. Su objetivo no es la validación empírica de un proceso psicoterapéutico, sino la construcción metodológica de una propuesta de intervención, sustentada en la articulación entre conocimientos científicos sobre el cuerpo menopáusico, teoría feminista sobre los mandatos de género, y enfoque humanista. Esta investigación se ubica en el campo de la investigación conceptual proyectiva al generar una propuesta replicable que responde a una necesidad clínica y sociocultural específica, sin requerir su aplicación para justificar su pertinencia (López-Gopar, 2014).

1.6.1 Justificación metodológica

La elección metodológica responde a las siguientes razones:

1. Rigurosidad conceptual: Se prioriza la elaboración de un marco metodológico sólido que pueda orientar la praxis clínica desde una base interdisciplinaria.
2. Transformación situada: La menopausia se aborda como una experiencia socialmente mediada, cuyo abordaje requiere una mirada terapéutica contextualizada.
3. Propuesta con potencial de implementación: El módulo diseñado tiene estructura, objetivos y técnicas que permiten su aplicación directa en el campo clínico y comunitario.

1.6.2 Enfoque epistemológico

La tesis se desarrolla desde un paradigma feminista crítico, que reconoce la producción de conocimiento como una práctica situada, corporal y política (Haraway, 1995). Este enfoque permite centrar la atención en los dispositivos simbólicos que configuran los malestares en la menopausia y plantea que la psicoterapia debe ser capaz de cuestionarlos y transformarlos.

1.6.3 Estrategia metodológica

La construcción del módulo psicoterapéutico se realizó mediante:

1. Revisión sistemática interdisciplinaria de fuentes biomédicas, psicológicas y feministas.
2. Diseño de actividades terapéuticas con base en modelos humanistas, narrativos y experienciales.
3. Estructuración simbólica del dispositivo: sesiones, técnicas, objetivos, indicadores éticos y materiales de apoyo.
4. Elaboración de instrumentos cualitativos de evaluación proyectiva (escalas, preguntas abiertas, dinámicas simbólicas)

1.6.4 Población destinataria y criterios de adaptabilidad

La propuesta está dirigida a mujeres en etapa climatérica o menopáusica, en contextos clínicos, comunitarios o educativos donde se privilegie la escucha sensible, el trabajo grupal y el abordaje integral de la salud mental.

Si bien no fue aplicada en el desarrollo de esta tesis, se diseñó bajo criterios de viabilidad, replicabilidad y adaptabilidad ética, manteniendo la coherencia entre teoría y práctica.

2.Revisión de la Literatura.

2.1 De la Ciencia Infinita a la realidad práctica

Manifiesto un punto que me es inquietante, mi ser ginecóloga me permite abarcar para esta tesis los más mínimos detalles de los aspectos anatómicos y fisiológicos descritos en una mujer en periodo menopáusico. Entonces así, para quienes no están inmersos en la ginecología médica, puede resultar una lectura muy pesada entendiendo el efecto del exceso de tecnicismos fisiológicos moleculares podrían generar, por un lado, una carga cognitiva alta, así como barreras comunicativas e incomodidad, la revisión biomédica realizada se ubicara en el Anexo 2 “Revisión biomédica de la menopausia” donde se explicita bajo el lente de un microscopio médico los cambios que se van dando en el cuerpo de una mujer en menopausia, tablas de dosificación terapéutica y flujogramas institucionales.

Aquí entonces, como si fuera una ginecóloga en una consulta médica, con palabras sencillas pero basada en esos fundamentos científicos, redacto una simplificación narrativa general, sobre las preguntas más frecuentes de las que hablan las mujeres tanto en el consultorio como en su vida diaria, a manera de mapeo de malestares, los cuales, según mis observaciones personales, con una explicación sencilla a sus dudas específicas podía resultar más poderosa para ellas, más tranquilizantes con mayor comprensión, pues acudían con tantas dudas y confundidas por información obtenida en diferentes plataformas digitales, redes sociales e incluso al leer infografías médicas de cambios fisiológicos llegando a percibir como si se trata de una enfermedad, porque indiscutiblemente existe un descenso hormonal normal que provoca cambios en todo el cuerpo a los que hay que agregar mitos, creencias y mandatos de género (belleza, cuidado, productividad entre otros).

Continuamos con lo científicamente básico, y útil en cuanto al climaterio, menopausia y menstruación.

¿Qué es climaterio y menopausia?

Aunque en ocasiones se usan en forma indistinta mujer climatérica o mujer menopáusica, técnicamente hay diferencias.

El climaterio es el proceso de transición (40-55 años) entre a etapa reproductiva y no reproductiva, marcado por la disminución de las hormonas estrógenos y progesterona. Dentro éste se presenta la menopausia como un punto específico, el cese definitivo de la menstruación confirmado en retrospectiva tras 12 meses consecutivos sin periodo menstrual.

¿Por qué se da el climaterio y menopausia?

Ambos implican cambios físicos y hormonales cronológicos naturales, o sea dados por la edad, que suceden porque la parte funcional del ovario, los folículos ováricos (pequeños sacos que contienen los óvulos inmaduros) van disminuyendo su capacidad de producir estrógenos y progesterona como antes lo hacían por el estímulo de las hormonas folículo estimulante y luteinizante,

¿Por qué se presentan en la menopausia cambios en el ciclo menstrual o amenorrea?

Como ya se mencionó se presentan alteraciones en la producción de hormonas y esto conlleva a alteraciones en el ciclo menstrual e inclusive en todas partes del cuerpo, Esto se origina fluctuaciones en las hormonas y falta de ovulación.

El ciclo menstrual es más que un período, es una cadena de actividades en el cerebro, los ovarios y el útero vinculadas por hormonas, señales químicas enviadas a través de la sangre de una parte del cuerpo a otra (Eje hipotálamo-hipófisis-ovario). Este ciclo consta de dos fases interconectas que se desarrollan en paralelo: el ciclo ovárico marca el patrón del ciclo uterino produciéndose diferentes acontecimientos.

Se describen por separado, pero se van sucediendo simultáneamente por influencia de la acción hormonal.

Un ciclo menstrual inicia el primer día de menstruación y termina un día antes que inicie la siguiente menstruación pudiendo ser de 24 a 38 días, variando de persona a persona, e inclusive no tener una ciclicidad en periodos como los primeros años de menstruación, por la lactancia, por afecciones ováricas, como el síndrome de ovárico poliquístico (SOP) y en climaterio.

Debido a que los niveles hormonales fluctúan a lo largo del ciclo, se pueden notar cambios en la piel, el cabello, estados de ánimo, de la libido sexual, la migraña o exacerbación de enfermedades reumatológicas.

Eje hipotálamo-hipófisis-ovario/útero. En el cerebro la hipófisis libera la hormona estimulante foliculoestimulante y hormona luteinizante para estimular a los folículos ováricos para que se produzca estrógenos, el pico de la hormona luteinizante en el día 14 produce la ovulación, en la fase lútea se produce principalmente progesterona.

Ciclo Ovárico

Son los cambios físicos que se presentan en los ovarios, se describe el más frecuente de 28 días, recordando que pueden ser de 25 a 35 días.

Se distinguen 3 fases: fase folicular, ovulación y fase lútea.

Fase folicular: es el crecimiento y desarrollo de entre 10 a 12 folículos (sacos aplanados que contienen los óvulos), pero solo uno, el llamado folículo dominante, expulsará un óvulo maduro en la ovulación

Fase ovulatoria. Más o menos a mitad de ciclo un día 14 en los ciclos de 28 días, o de 13 a 15 días antes del inicio del ciclo siguiente. El folículo dominante se rompe y expulsa un óvulo que es atrapado por las salpinges o Trompas de Falopio e inicia su camino hacia el útero.

Fase lútea. Aproximadamente del día 14 al 28. El folículo vacío se transforma en

cuerpo lúteo que produce mayormente progesterona y algo de estrógeno. Si el óvulo es fertilizado y se produce embarazo seguirá produciendo progesterona, en caso contrario se atrofia.

Ciclo Uterino

Son los cambios físicos que ocurren en el útero. Se distingue el periodo de menstruación, la fase proliferativa, la fase secretora y la menstruación.

Fase proliferativa. (del día 1 al 14) La capa interna que reviste el útero, de ser plana crece y se engrosa preparándose para un posible embarazo, si el óvulo expulsado es fertilizado por un espermatozoide.

Fase secretora (del día 14 a 28 del ciclo) el endometrio se vuelve más grueso y rico en nutrientes, preparándose para la implantación del óvulo si ha sido fecundado, de no presentarse embarazo iniciará su descamación y salida, o sea la menstruación.

Menstruación: Es la salida del revestimiento uterino a través del cuello uterino y la vagina, una vez que hay deprivación hormonal o falta de embarazo. Puede durar de 2 a 5 -8 días, con un flujo aproximado máximo de 30 ml día. Puede o no presentar dolor cólico por las contracciones uterinas en la expulsión del tejido como sangrado, esa es la menstruación.

El esquema a continuación realizado con IA sólo es para que se vean más gráficos los cambios.

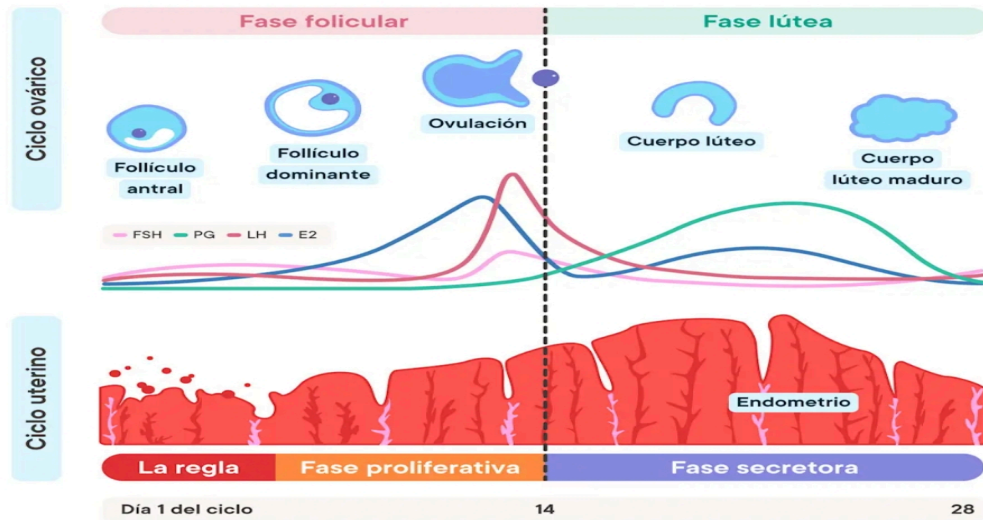


Figura adaptada de Critchley HOD, Maybin JA, Armstrong GM, Williams ARW. Physiology of the Endometrium and Regulation of Menstruation. Physiological Reviews. 2020 Jul;100(3):1149-79.

Esquema 1 Sincronía del ciclo ovárico, ciclo uterino y los respectivos cambios hormonales necesarios para la ovulación. Donde FSH (hormona estimulante del folículo, PG (progesterona) LH (hormona luteinizante y E2 (Estrógenos)

¿Qué es el síndrome climatérico?

El síndrome climatérico es el conjunto de síntomas físicos y psicológicos (bochornos, sudoración, cambios de ánimo, sequedad vaginal, entre otros) que pueden experimentar las mujeres en etapa climatérica.

¿Cuáles son los síntomas o enfermedades más específicamente a abordar en el climaterio / menopausia?

De que afecta todo el cuerpo, es un hecho, pero las molestias o síntomas más frecuentes son:

Síntomas Vasomotores: El desajuste del centro termorregulador en el hipotálamo provoca los sofocos (bochornos), sudoraciones nocturnas y palpitaciones.

Impacto Neuroquímico: La fluctuación de neurotransmisores como la serotonina, dopamina y GABA genera labilidad emocional, ansiedad y depresión.

Función Cognitiva: Aparece la denominada "niebla mental", caracterizada por dificultades de concentración, confusión y olvidos.

Trastornos del Sueño: El insomnio es uno de los síntomas psíquicos de mayor intensidad, derivando en fatiga e irritabilidad.

Cambios psicológicos: en la menopausia disminuyen los niveles de serotonina, un neurotransmisor que se asocia con cambios en el estado de ánimo, labilidad emocional, alteraciones del ciclo de sueño vigilia y disminución de la libido.

Síndrome urogenital de la menopausia (SUGM). Los estrógenos mantienen los tejidos de la vulva, vagina y vejiga elásticos, gruesos y lubricados. Al bajar sus niveles, estos tejidos tienden a atrofiarse (adelgazarse) y por eso hay sequedad, fragilidad y cambios en el pH vaginal. La sequedad vaginal puede provocar dolor durante las relaciones sexuales (disparemia), picazón, infecciones de vías urinarias frecuentes y urgencia para orinar.

Cambios en el Microbioma y pH: Disminuye la presencia de Lactobacilos, lo que eleva el pH vaginal y aumenta la vulnerabilidad a infecciones urinarias y vaginitis.

Disfunción del Suelo Pélvico: La hipotonía muscular puede derivar en incontinencia urinaria de esfuerzo, urgencia miccional y prolapsos.

Osteoporosis: Los estrógenos ayudan a frenar a las células que destruyen hueso (osteoclastos) y ayudan a las que lo forman (osteoblastos). Sin estrógenos, la destrucción supera a la formación, acelerando la pérdida densidad ósea, de osteopenia a osteoporosis. Los huesos son más frágiles y mayor riesgo de fracturas.

Síndrome de distrofia muscular: La deficiencia de estrógenos provoca sarcopenia (pérdida de la masa muscular) debilidad y dolores musculares (mialgias)

Artralgia: Existe una mayor predisposición a dolores articulares crónicos e inflamación debido a la pérdida de colágeno en tendones y ligamentos.

Síndrome metabólico: Hay cambios en el metabolismo del colesterol: ya que en el

hígado la disminución de estrógenos favorece la disminución del colesterol “bueno” de alta densidad ((HDL), aumentando la susceptibilidad a la formación de placas de ateroma en las arterias. También existe una mayor resistencia a la insulina.

Composición Corporal: Se observa un aumento del depósito de tejido adiposo visceral (grasa abdominal) y una reducción del gasto energético en reposo.

Enfermedades cardiovasculares: la pérdida de elasticidad en las fibras arteriales favorece la aparición de hipertensión arterial sistémica.

Piel y Anexos: En la dermis se reduce la síntesis de colágeno, lo que provoca pérdida de firmeza, aparición de arrugas profundas y resequedad cutánea generalizada.

El cambio hormonal puede inducir la caída del cabello (alopecia) o el adelgazamiento capilar de patrón femenino.

2.1.2 Hablemos de los Tratamientos para manejo de molestias del climaterio

¿Cuáles son los tratamientos existentes en el manejo del síndrome climatérico y menopausia?

Esa es la pregunta principal y sobre la cual gira la intención de esta tesis.

1. Recordando que en Medicina, los lineamientos terapéuticos están basados en niveles de evidencia en la investigación, pues enunciamos lo habitual del uso de la terapia de reemplazo hormonal TRH (estrógenos, progestágenos y testosterona) ya descrita previamente en los cartabones de lineamientos médicos institucionales, directrices sanitarias gubernamentales, y en medio privado es muy parecido gracias a la ayuda en investigación de las casas farmacéuticas y los laboratorios médicos, los cuales promueven la continuidad y apego a esas TRH existentes, para evitar el abandono por una carga económica a la paciente o quien la patrocine, además de seguir los efectos secundarios que pudieren provocar.

La Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) se considera el "Estándar de Oro" por ser la más eficaz para controlar los síntomas vasomotores severos (sofocos y sudores nocturnos), resequedad vaginal, la atrofia urogenital y para la prevención de la osteoporosis. Se fundamenta en la reposición de estrógenos y progesterona para compensar el declive ovárico natural.

Se puede administrar por vía sistémica (pastillas, parches, geles, inyecciones) y local (cremas y óvulos) cuando el objetivo es exclusivamente el síndrome genitourinario.

Riesgos y Contraindicaciones: Su uso a largo plazo se asocia con un incremento en el riesgo de eventos cardiovasculares, trombosis venosa y neoplasias (cáncer de mama y endometrio). Por ello, se recomienda la dosis mínima eficaz durante el menor tiempo posible. Está contraindicada en mujeres con antecedentes de cánceres dependientes de estrógenos o mutaciones genéticas específicas (BRCA1/2).

2. Antidepresivos como Alternativa no Hormonal

Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) y de norepinefrina (IRSN) se han consolidado como la primera línea de tratamiento no hormonal para los sofocos en mujeres que tienen contraindicada la TRH o deciden evitarla.

Mecanismo: Actúan modulando neurotransmisores como la serotonina, que influye en el centro termorregulador del hipotálamo.

Fármacos específicos: La paroxetina (en dosis bajas de 7.5 mg) es el único tratamiento no hormonal aprobado específicamente para los sofocos. Otros compuestos como la venlafaxina, citalopram y escitalopram han mostrado eficacia, a diferencia de la fluoxetina y la sertralina, que presentan resultados menos consistentes para este fin específico.

Efectos secundarios: Se reportan frecuentemente náuseas, vómitos, mareos y fatiga.

3. Fitoestrógenos y Herbolaria

Representan un recurso frecuente por ser socialmente tolerados y percibidos como opciones "naturales", aunque operan bajo la misma lógica de regulación hormonal que la TRH. Se derivan de fuentes vegetales; los dos tipos principales son las isoflavonas (soja, lentejas) y los lignanos (linaza, cereales integrales).

Poseen un efecto estrogénico muy débil y la evidencia científica sobre su utilidad es variable y no siempre concluyente para síntomas moderados o severos.

La herbolaria, los fitoestrógenos y demás métodos alternativos tienen poco nivel de evidencia por lo que médicamente se indican mínimamente, a excepción de la herbolaria industrializada, la que viene de los laboratorios, ha tenido un repunte en su prescripción, así como autoprescripción, con el imaginativo popular de que “no hacen daño”.

De las psicoterapias, la Sociedad Mundial de Menopausia ha aceptado la terapia conductivo conductuales (los pensamientos y comportamientos de cada persona individualmente determinan su respuesta emocional), habiéndose reportado éxito en algunos trabajos y tesis publicadas. De las demás psicoterapias hace falta reportes más allá del nivel IV (experiencias personales o estudios sin valoración crítica) por ello, aun conociendo la multitud de técnicas y herramientas existentes y por implementar, incluimos un ejemplo de taller a considerar tanto su aplicación y como las posibles formas de evaluación u otros sobre esas directrices irrumpamos con sus resultados en foros y darle la validez que tiene la psicoterapia humanista con perspectiva de género.

2.1.3 Terapia Psicológica. Psicoterapia

“La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas” Sigmund Freud.

El objetivo de la terapia psicológica es ayudar a la mujer a comprender y aceptar lo que está ocurriendo en su organismo, que tome consciencia sobre este proceso como una fase natural en la vida y no como una enfermedad. Además de invitar a la mujer a informarse al respecto para que entienda que manifestar algunos síntomas de la menopausia no es una situación patológica sino una etapa de cambios. (@PSIGUIDE, 2023)

El hecho que todo lo relacionado con la menopausia, el climaterio y la sexualidad, hayan sido considerados un tema tabú, dificulta que la mujer pueda reconocer o expresar con palabras su problemática e inclusive no se atreva a solicitar psicoterapia.

Cada mujer debería construir su propia representación sobre el climaterio y la sexualidad, siendo crítica con los ideales establecidos culturalmente, con objeto de evitar conflictos relacionados con “su cuerpo, consigo misma y con los otros”.

Se ha normalizado que el estado de ánimo deprimido es una consecuencia de la transición de la menopausia, en lugar de considerar las características de la vida de una mujer que contribuyen a la depresión. Del mismo modo, se ha extendido la idea de que el deseo sexual de la mujer disminuye después de la menopausia, provocando que algunas mujeres temen tener una vida sexual insatisfecha, cuando en realidad se debería contemplarse la relación y comunicación con su pareja, la relación sexual que mantenían antes de esta etapa y las estrategias de afrontamiento con las que cuenta para superar la misma.

En la etapa del climaterio pudieran presentarse acontecimientos familiares y sociales que coinciden con el climaterio que contribuyen a favorecer la percepción de

la mujer sobre un incremento de los síntomas. Pues a los cambios físicos y fisiológicos se suman el aumento de responsabilidades en el cuidado de padres y nietos, en ocasiones lo hacen para demostrar que son útiles, exigiéndose la misma intensidad que en años anteriores. Además de las exigencias laborales, la tensión por llegar a la jubilación y sensación de ser valorada menos.

Agreguemos las pérdidas en este tiempo, muerte de algún ser querido y el abandono del hogar de los hijos (Síndrome del nido vacío).

La terapia psicológica le ayudará a autoevaluarse y cuestionar sus pensamientos negativos, de modo que cuando la paciente se sienta de mal humor o cuando no tenga ánimos de hablar, lo manifieste a través del ejercicio de la escritura, para que exprese de alguna manera las inquietudes de sus propios pensamientos, por ejemplo con estrategias de terapia narrativa.

Existen diferentes corrientes psicoterapéuticas:

Psicoanálisis, una técnica poco utilizada en los casos de menopausia, por su larga duración y altos costos.

Psicoterapia Conductual se basa en la desensibilización del estímulo que produce el estrés. Esta terapia es pertinente para combatir fobias que se desarrollan durante la menopausia y para disminuir el miedo que sienten las mujeres cuando tienen contacto social a causa de las sudoraciones y sofocos.

Psicoterapia cognitiva se basa en cambiar los pensamientos errados sobre la enfermedad o los síntomas que se padecen. Esta terapia es efectiva porque la mayoría de estas ideas o pensamientos son producto de la depresión y además debemos recordar que es la interpretación de la realidad la que afecta a la paciente más que la realidad misma. Ayuda a cambiar el pensamiento, sentimientos y comportamientos que no son saludables. Se mostró que reduce las molestias que los síntomas de la menopausia pueden causar.

Hay terapias más estructuradas para los problemas psico-menopáusicos como las terapias cognitivo conductuales especializadas únicamente en el control de los síntomas que produce la menopausia.

En 2020, una revisión sistémica y metaanálisis que incluyó 14 ensayos controlados aleatorizados, informaron que la terapia Cognitivo-conductual (TCC) fue superior a los grupos de control para reducir los sofocos, las sudoraciones nocturnas, los trastornos del sueño, la depresión, la ansiedad y fatiga y mejoró significativamente la calidad de vida, aunque los efectos fueron generalmente leves a moderados. (Hunter M.S., 2020)

De dichas terapias existen varios esquemas con una estructura muy similar: se deben realizar durante 90 a 120 minutos por semana en un lapso de seis semanas, y usan como herramientas claves la psico-educación, las estrategias de conducta y los ejercicios de relajación.

El modelo de este tratamiento tiene como objetivo aminorar las sofocaciones y sudoraciones nocturnas que experimenta la mujer menopáusica, así como la ansiedad y los pensamientos negativos

La hipnosis es una herramienta útil que ha complementado a terapias individuales y cognitivo conductuales en los últimos años. La terapia de relajación hipnótica es capaz de reducir los sofocos y la depresión y la ansiedad logrando así, mejorar la calidad de vida de la mujer que la padece. (Johan-Dojarquez, López García 2024). En el estudio mencionado, las mujeres recibieron una sesión por semana de hipnosis clínica, a su vez, practicaron la autohipnosis con grabaciones de audio. El experimento indicó que, para la cuarta sesión, los sofocos se redujeron casi al 70% y luego de tres meses, la disminución fue de un 80%, de hecho, en algunas los sofocos desaparecieron por completo. La hipnosis es una de las terapias más económicas y no presenta casi efectos secundarios.

Sin embargo, no hay suficientes reportes aún al respecto.

Factores que condicionan el tratamiento

Como hemos mencionado anteriormente los aspectos socioculturales, creencias previas en cuanto a las representaciones y significado de la menopausia influyen en la magnitud de los síntomas y los resultados del tratamiento.

. El antecedente de adicciones o dependencias, presencia de problemas psicológicos severos previos pueden favorecer que se acentúan los trastornos e incluso llegar a presentar un colapso emocional o desequilibrios mentales, requiriendo además del apoyo psiquiátrico.

2.2 Impacto Psicológico y Social del Climaterio

Como menciona M. Rodríguez, los significados no son naturales ni automáticos. No son intrínsecos ni a las cosas ni a las palabras: son contruidos, así es obligado revisar, aunque someramente, cómo ha sido visto este periodo de envejecimiento reproductivo a través de la historia para comprender la magnitud del impacto psicológico y social que el climaterio conlleva.

Los conceptos de menopausia y climaterio aluden a dos procesos diferentes, aunque muy relacionados e incluso usados como sinónimos como hemos visto en reportes o investigaciones (Lugones Botell, 2008) e inclusive en esta misma tesis, habiendo ya desde la antigüedad menciones históricas, literarias, culturales y científicas al respecto.

Las primeras menciones sobre la mujer en la menopausia se hallan en los papiros egipcios, en donde se señala a las mujeres menopáusicas, como mujeres *blancas* en contraparte con las *rojas* que eran las que menstruaban. Ya en el Papiro egipcio de Ebers, se relaciona a la menopausia con la presencia de calores comparados con sofocos. Durante la Antigüedad, encontramos el pasaje de Abraham y Sara, en el

libro del Génesis, donde se hace alusión a la menopausia como pérdida de fertilidad. Se menciona a Sara como una vieja y posmenopáusica.

Los griegos consideraban la menstruación como un veneno y el cese menstrual como una acumulación de dicha sangre. De ahí la creencia de que las mujeres menopáusicas podían proferir maldiciones, ya que la sangre que quedaba en sus cuerpos era sabia y esto les proporcionaba un poder sobrenatural, que convierte sus palabras en hechos reales. (Vázquez González A.M., 2020)

Hipócrates menciona en sus escritos el cese de las menstruaciones, el *Corpus Hipocraticum* es un tratado donde se refiere de forma ambigua la naturaleza de la mujer. Aristóteles en el año 322 A.C. escribió en su *Historia Animalum* que la menstruación cesa alrededor de los 40 años, en los que las mujeres ya no podían quedar embarazadas, la definió como un estado de “sequedad y frialdad” en las mujeres.

A lo largo de la Edad Media, en la que los ancianos no superan los 40 años, las menciones sobre la menopausia fueron pocas y esporádicas, no existiendo constancia de la utilización del término “menopausia” como tal, ya que se conoce este periodo como el fin de las menstruaciones identificadas por la presencia o ausencia de sangre. En este periodo la desnudez representaba un pecado y la mujer era considerada un objeto sexual para reproducirse, mantener y servir a los hijos.

Tanto en la Edad Media como en el Renacimiento se asigna a la mujer menopáusica el papel de bruja, una “vieja” con poderes maléficos; sin embargo, simultáneamente, se le reconocía sabiduría por sus años y experiencias.

A mediados del siglo XX se relaciona la menopausia con la salud de la mujer. Desde este momento hasta la actualidad, se han venido realizando estudios que

asocian la menopausia exclusivamente a cambios físicos relacionados con la disminución de estrógenos, disminución del deseo sexual, de la capacidad para conseguir el orgasmo y de la frecuencia del coito, así como dispareunia, disminución de la contractilidad vaginal y de la lubricación, siendo medicalizada esta etapa con la terapia de reemplazo hormonal. Sin embargo, son numerosos los factores que afectan a la sexualidad, entre ellos cambios psicológicos, económicos y culturales basados en las diferencias de género. En definitiva, en cada país, cultura y sociedad tienen diferentes perspectivas sobre este periodo. (Vázquez González A.M., 2020)

Así siglo XXI, comenta la autora M. Isabel Santamaría-Pérez, la interpretación y la explicación sobre la menopausia se convertido en un tema de gran interés, no sólo como un proceso individual, sino también como un hecho social, ya que existen posicionamientos antagónicos entre la Medicina que la asocia Menopausia a enfermedad deficitaria o a una patología biológica que requiere atención especializada como medicación o tratamiento, o desde el feminismo que la ve como un proceso natural asociada a la edad sin mayores complicaciones (Santamaría-Pérez, 2023). Eso en sí, verla como enfermedad o como naturalidad, ya conlleva un sesgo de género e ideas sexistas sobre la mujer, y sobre todo cuando se designa “cese o fin de la función reproductora”.

Como podremos observar, existe una preocupación de las autoridades gubernamentales tanto mexicanas como internacionales sobre el reto que representa actualmente los 20 millones de mujeres en etapa de climaterio, existiendo ya planteamientos legales y guías médicas de tratamiento durante la menopausia y climaterio, y por otro, voces que solicitan la capacitación del sector médico para el manejo temprano de la sintomatología climatérica para limitar morbilidades y lograr mantener el bienestar y la calidad de vida de la mujer en esta etapa de climaterio.

Hay que considerar que aún ahora en el siglo XXI, los llamados mandatos de género continúan moldeando la vida de las mujeres, más allá de los cambios físicos y fisiológicos que va experimentando el cuerpo de las mujeres, haciendo necesario la perspectiva de género en los estudios sobre las mujeres en etapa climatérica como parte esencial para abordar de manera integral y equitativa las diversas dimensiones de esta etapa de la vida. No solo mejora la comprensión científica, sino que también Los mandatos de género pueden influir en la percepción y tratamiento de la salud de las mujeres, permitiendo diferenciar entre los cambios biológicos universales del climaterio y las experiencias individuales que están moldeadas por el contexto sociocultural y las expectativas de género. (Couto-Núñez D., 2014) (Vallejo, M. S. 2025). Sobre estas experiencias influyen significativamente cambio de identidad, de roles, el síndrome del nido vacío, o el regreso de los hijos, enfermedad de los padres, cambios laborales, muerte del cónyuge, pérdida de la red de soporte, pérdida de la juventud (equiparada a belleza), creer que la muerte está cerca, desvalorización en general, continuar su misión de cuidadora. (M., 2008)

Se podría argumentar que no es posible estudiar la menopausia únicamente desde un modelo biomédico, ya que las diferencias culturales juegan un papel importante (Pérez M. 2023)

Partiendo de que la menopausia marca el fin del periodo reproductivo de la mujer, da un sentido de pérdida el cual, asociado a la infertilidad, tiene un peso social, físico, emocional y sexual (León Cordero J.J., 2024), pudiendo provocar pérdida de autoestima y seguridad. Comprender multitud de creencias se hace necesario, como el “ya no sirvo como mujer” y “por eso me pueden cambiar por otra más joven”, la teoría de las transiciones, los significados de la menopausia (Fernández-Rincón C.A., 2023)

La menopausia y climaterio no solo afectan la reproducción y la sexualidad de la mujer, los cambios metabólicos pueden afectar la morfología corporal: acumulación de grasa, tendencia a incremento de peso, flacidez de tejidos, piel seca, caída de cabello, son parte del impacto en el cambio físico afectando el mandato de juventud y belleza que debe mantener la mujer. (Pérez M., 2023)

El bochorno es uno de los signos más evidentes de la menopausia y resulta doble carga a la mujer pues además de la incomodidad de presentarlo, se avergüenza de ello; los problemas para dormir, las resequedades y más cambios hacen tanto física como emocional más vulnerable a la mujer durante este período, culminando en pérdida de la calidad de vida y la disminución de la capacidad funcional.

Por lo anterior incluso, laboralmente las mujeres en el climaterio pueden enfrentar discriminación y estereotipos en el lugar de trabajo. La edad y el género pueden convertirse en factores que limitan sus oportunidades de ascenso y desarrollo profesional, productividad y satisfacción laboral (Santamaría-Pérez, 2023).

Mujeres españolas encuestadas asocian la menopausia con emociones negativas (pérdida, miedo, tristeza, falta, cambio) y a estereotipos relacionados con la pérdida de la juventud y de belleza que conducen hacia la senescencia, marcadamente negativa, a pesar de considerarla un proceso biológico natural sin embargo el experimentar la sintomatología puede conllevar a una pérdida en la calidad de vida. (Santamaría-Pérez, 2023)

Es posible que las mujeres no busquen la atención médica que necesitan debido a las expectativas de ser autosuficientes y cuidar de los demás antes que de sí mismas, pero también por falta de consideración de las autoridades: “La falta de conocimiento sobre los procesos de la menopausia es la principal barrera que enfrentan las mujeres en esta etapa inevitable de sus vidas, esto es porque los

sistemas de salud pública están direccionados al apoyo prenatal o hacia la planificación familiar ignorando las diferentes necesidades de la mujer aparte de la reproducción y programas vs. cáncer”

El impacto de la menopausia en la familia se puede producir en diferentes niveles y es necesario prestar atención a cada una de ellas. Refiriéndose a que, debido a los cambios fisiológicos, la mujer puede verse alterada en su rutina familiar tanto en relación con sus hijos, marido, compañeros de trabajo, vecinos, etc. (Couto-Núñez D., 2014)

Estudios psicológicos han evidenciado la relación entre la insatisfacción corporal y el desarrollo de trastornos de conducta alimentaria, dismorfia corporal, ansiedad y depresión. Las presiones por cumplir con estándares estéticos como la delgadez, la juventud y la blanquitud, tienen efectos negativos y duraderos en la salud mental de las personas. (Chapa Romero, 2024), un impacto directo en la calidad de vida y el bienestar de las mujeres.

2.3 ¿Qué hay de las políticas públicas sobre la menopausia?

La etapa climatérica ofrece modalidades variadas en su presentación y modo de vivirla. Sus cambios pueden abarcar y manifestarse directamente en todas las esferas del concepto de salud; el cómo se manifiesta, las mujeres se lo representan y cómo se preparan para transitarlo, depende de características biológicas, psicológicas y socioculturales, en las cuales interviene la individualidad y el estado de bienestar de cada mujer.

El estado de salud de las mujeres mayores de 40 años en México presenta varios desafíos y características importantes. Según la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) de 2021, las enfermedades más comunes en este grupo etario son la hipertensión arterial (43.3%), la diabetes (25.6%) y la artritis (10.7%)¹. Además, el 62.3% de las mujeres de 53 años y más percibían tener un estado de salud (CDH CM, 2021) de regular a malo.

Otro aspecto relevante es el impacto de la pandemia de COVID-19, que ha aumentado la prevalencia de sentimientos de depresión en este grupo. En 2021, el 35.5% de las mujeres de 60 años y más que padecieron COVID-19 reportaron sentimientos de depresión, en comparación con el 26.4% en 2018.

Según el II Consenso de Climaterio y Menopausia, “los síntomas genitourinarios se presentan fundamentalmente durante la etapa tardía de la posmenopausia, con frecuencia entre el 11 y el 30%. El desempeño de los roles de género en general, y las disfunciones en la dinámica familiar y de pareja, en particular, incrementan en más de 2 veces el riesgo de que la mujer sufra de síntomas climatéricos”.

Además, muchas mujeres mayores de 40 años también se encuentran cuidando a otros miembros de la familia, lo que puede añadir estrés y afectar su bienestar.

La Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México (CHCM) ha promovido la concientización sobre la menopausia como asunto de derechos humanos y salud pública, subrayando la necesidad de una mayor concienciación y políticas inclusivas para apoyar a las mujeres durante la menopausia, abordando tanto los aspectos culturales como los mandatos de género que afectan su bienestar.

El 18 de octubre se conmemora el Día Mundial de la Menopausia promovido por la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Internacional de la Menopausia con el objetivo de ayudar a crear conciencia sobre la importancia de la evaluación y prevención en la salud de las mujeres durante este periodo.

El 3 de mayo del 2023, se llevó a cabo el Foro La Menopausia: un desafío de política pública en el Senado de la República Mexicana, discutiendo sobre los impactos de esta etapa de la vida de la mujer puede tener en su vida laboral y social, y sus posibles medidas de mitigación de estos impactos pueden tener para la mujer en sí misma, en el ámbito de la productividad, en la economía de las empresas y en el país. Pues de no realizar cambios en el estilo de vida y otros, son más susceptibles a padecimientos como hipertensión, diabetes mellitus, dislipidemia, infarto agudo de miocardio, osteoporosis, incontinencia urinaria y depresión refractaria. (MENOPAUSIA, 2024)

En este sentido, considerando los casi 20 millones de mexicanas que se encuentran en este período, se hace necesaria una capacitación de los profesionales de salud con enfoque en Atención Primaria para el cuidado integral de la mujer durante el climaterio (Salud, 2023)

La Norma Oficial Mexicana 035-SSA2-2012 para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer formula los criterios para brindar atención médica, coincidiendo con lo comentado en el párrafo

anterior, estima un incremento anual aproximado de 600,000 mujeres mayores de 40 años que demandarán al Sistema Nacional de Salud acciones de la promoción de la salud, prevención de las enfermedades relacionadas con perimenopausia, postmenopausia y atención médica, siendo obligatoria en todo el territorio nacional para el personal de los servicios de salud de los sectores público, social y privado que conforman el Sistema Nacional de Salud. De esta Norma resaltaremos el objetivo 1.1.5 *“Procurar el acceso a la información, consejería y servicios para la prevención y control de las manifestaciones clínicas y las patologías asociadas a la perimenopausia y la postmenopausia, con enfoque de género.”* (Gobernación, 2012)

Así observamos que la preocupación de las autoridades gubernamentales ante la mujer climatérica es que de no cuidar su salud podrían las enfermedades crónicas acentuarse con el envejecimiento más su condición de ser mujer, y acentuar el deterioro en su calidad de vida.

Pero, ¿dónde está la perspectiva de género?

Existen muchos artículos científicos donde intentan pronosticar de qué tamaño sería el problema marcando especialmente el deterioro físico, incluso uno propone medir la presencia de sarcopenia como predictor de riesgo para fracturas óseas, pero no brindan reportes sobre el cómo vive la mujer, cuál es su calidad de vida y bienestar en general.

Otro estudio reporta que el nivel educativo de las mujeres puede ser un factor protector contra el deterioro mental leve por envejecimiento. (Vallejo, 2025)

La World Health Organization (WHO) u OMS (Organización Mundial de la Salud) reporta que la población mundial de mujeres posmenopáusicas va en aumento. En 2021, las mujeres de edad igual o superior a 50 años representaban el 26% de toda la población femenina mundial, mientras que en el 2011 era de 22%. Actualmente la mujer puede vivir en promedio 81 años (MENOPAUSIA, 2024)

Esto ha planteado desafíos de salud pública relacionados con la menopausia:

- a) Existe desinformación hacia la mujer sobre asesoramiento y tratamiento que pudiera seguir, pero también existen mujeres con síntomas menopáusicos se sienten incómodas o avergonzadas exponiendo su experiencia y eviten solicitar ayuda.
- b) En muchos países se pasa por alto el bienestar sexual de las mujeres menopáusicas, siendo desatendidas molestias como sequedad vaginal y dolor durante el coito, la orientación para protección contra infecciones de transmisión sexual y en caso de premenopáusicas la anticoncepción
- c) Incluso los síntomas de trastornos mentales son omnipresentes en las mujeres con menopausia, desafortunadamente no integran la evaluación rutinaria ni son indicación para el inicio de terapias de reemplazo hormonal (F.J., 2024)

Definitivamente hacen falta estudios que incluyan la perspectiva de género para explorar cómo la vida laboral, las responsabilidades domésticas y los roles de cuidado impactan la salud mental y física de las mujeres en el climaterio.

La formación de los médicos debe apuntar hacia una atención holística centrada en la persona, en particular, en la población de mujeres en edad madura, especialmente en los programas de ginecología y obstetricia. (F.J., 2024). Esto debería incluir la sensibilización de los profesionales de la salud sobre las experiencias y necesidades específicas de las mujeres en el climaterio. Así como promover la investigación sobre tratamientos y terapias que consideren las diferencias de género, evitando la homogeneización de los cuidados. alejándose de estigmas y percepciones negativas. Esto es esencial para educar a la sociedad y promover una visión positiva y realista del climaterio, normalizándolo como es, una fase natural de la vida, para reducir el aislamiento y la vergüenza que algunas mujeres pueden sentir. (Durán Rojas, 2019).

Además, se debería fomentar la creación de redes de apoyo y recursos que validen sus experiencias y ofrezcan información y herramientas prácticas, que en realidad es parte muy importante del tratamiento.

Actualmente los movimientos feministas y las redes de apoyo han jugado un papel muy valioso en la concientización y apoyo en las mujeres en el climaterio. Existe inclusive, ya literatura de mujeres para mujeres donde se exponen experiencias de mujeres en esta época redescubriendo intereses personales y desarrollando nuevas habilidades, promoviendo una mayor equidad, comprensión y formas de apoderarse de su ser mujer.

Romero López y Sánchez Miranda (2010) realizan un estudio donde investigan la menopausia desde la perspectiva de las mujeres, utilizando un enfoque cualitativo. El estudio aborda las vivencias personales y la construcción social de la menopausia, resaltando las diferencias en la experiencia según factores como la cultura, la educación y el acceso a servicios de salud. Los autores también discuten la importancia de un enfoque integral y personalizado en el manejo de la menopausia, que tenga en cuenta las necesidades y expectativas de cada mujer.

En otro reporte de Santamaría-Pérez (2023) examina la menopausia desde una perspectiva de género, centrándose en las experiencias y voces de las mujeres. El estudio destaca cómo los mandatos sociales y las expectativas de género influyen en la percepción y manejo de la menopausia. A través de entrevistas y análisis cualitativo, se exploran los desafíos emocionales y físicos que enfrentan las mujeres, así como las estrategias que adoptan para manejar esta etapa de la vida

Otros puntos importantes a considerar es la patologización y medicalización de la menopausia.

2.4 Medicalización del climaterio

El término medicalización, recogido de la Real Academia de la Lengua Española como dar carácter médico a algo, se refiere a tratar como un problema médico a cualquier episodio normal de la vida de una persona, creando de este modo nuevas enfermedades y trastornos. Aunque sea un proceso que afecta a situaciones fisiológicas de la vida y engloba muchas áreas de la misma.

El climaterio es un periodo que está influido por el contexto sociocultural en el que se desarrolla la mujer. En la actualidad, se ha elaborado un discurso que ha contribuido a la desnaturalización de este periodo, convirtiéndolo en un proceso que conlleva numerosos peligros y requiere de tratamiento. A esto también ha contribuido el discurso médico dando por hecho que se trata de una enfermedad (dado que los estudios están enfocados en la patología y sus síntomas) cosificando y comercializando el cuerpo de la mujer (lo que se manifiesta con la prescripción de terapia (recordemos los diagramas y flujogramas de manejo de la mujer climatérica expuestos aquí mismo)).

Así conforme se va incrementando el número de mujeres de más de 40 años, y más discursos médicos, se vuelve una población que demanda atención, aún siendo un periodo fisiológico la necesidad de tratamiento médico se ha generalizado.

Es por eso que las empresas farmacológicas son grandes beneficiarias de esta situación, ofreciendo gran cantidad de remedios y medicamentos para aliviar los síntomas de este proceso. (Vázquez González A.M., 2020)

La Editorial de la revista *Lancet publicada en marzo del 2024* con motivo del Día Internacional de la Mujer, levanta la voz comentando la sobremedicación de la menopausia, la mercadotecnia de laboratorios farmacéuticos con el uso de narrativas

aparentemente feministas orientado al consumo de terapia hormonal de reemplazo como forma de empoderamiento sobre el cuerpo de la mujer, minimizando los riesgos o efectos secundarios de las hormonas, al mismo tiempo patologizando la menopausia al describirla como una enfermedad endocrina por deficiencia de estrógenos que sólo puede aliviarse reemplazando las hormonas faltantes, lo cual alimenta actitudes negativas hacia la menopausia y exacerba el estigma.

En esa misma revista a través de 4 artículos se describe como la experiencia de la menopausia varía enormemente entre las mujeres y no existe un enfoque único para su manejo. Y describe los múltiples tratamientos existentes. De resaltar textualmente lo profundo de los siguientes párrafos:

” ... El acceso fácil a información imparcial (no de quienes comercializan un producto o servicio), tanto antes como durante la transición a la menopausia, así como un médico informado y comprometido que escuche con empatía, son cruciales para facilitar la toma de decisiones compartida.

Históricamente, las mujeres han recibido una atención deficiente, tanto por parte de la comunidad investigadora como de la sociedad. En The Lancet, redoblamos esfuerzos en este sentido al designar a la Mujer y la Salud como una de nuestras áreas de enfoque en 2024, con el objetivo de visibilizar trabajos importantes y promover la equidad de género en la investigación. Una mayor concienciación y defensa de la salud de la mujer son cruciales para revertir los sesgos de género arraigados en la medicina. Sin embargo, la medicalización excesiva de la menopausia y la promoción de la terapia hormonal sustitutiva (THM) como panacea no son útiles y solo contribuyen a dividir aún más las opiniones. Es hora de entablar un diálogo sensato sobre la menopausia para facilitar la toma de decisiones informadas e

individualizadas sobre la gestión óptima de esta transición.

Se necesita una mayor diversidad en la investigación que aborda áreas prioritarias para las mujeres. La escasez de información y educación sobre la menopausia ha llevado a que los síntomas sean ignorados por profesionales de la salud desinformados y a una falta de comprensión en el lugar de trabajo. Tras los intentos fallidos en el Reino Unido de convertir la menopausia, al igual que el embarazo, en una característica protegida por la Ley de Igualdad de 2010, la Comisión de Igualdad y Derechos Humanos publicó recientemente una guía que sugiere que los síntomas de la menopausia podrían considerarse una discapacidad si son lo suficientemente disruptivos como para interferir con las actividades cotidianas, y que los empleadores están obligados legalmente a realizar ajustes razonables. Sin embargo, interpretar la menopausia de forma más amplia como una discapacidad corre el riesgo de alimentar aún más el edadismo y el estigma que ya enfrentan las mujeres mayores. Las mujeres menopáusicas pueden ser fuertes, saludables y felices, como lo destaca la selección de imágenes inspiradoras de mujeres mayores que acompañan a la Serie.

La menopausia también puede ser un momento para que las mujeres reevalúen su identidad, acepten esta nueva etapa de sus vidas y la liberación de la menstruación y el dolor menstrual, y cuestionen las percepciones negativas de las mujeres mayores, tan prevalentes en algunas sociedades. Necesitamos enviar un mensaje realista y equilibrado a las mujeres y a la sociedad: la menopausia no anuncia el inicio de un período de decadencia y declive, sino que es una etapa del desarrollo que se puede superar con éxito este sentido al designar a la Mujer y la Salud como una de nuestras áreas de enfoque en 2024, con el objetivo de visibilizar trabajos importantes y promover la equidad de género en la investigación. Una mayor concienciación y defensa de la salud de la mujer son cruciales para revertir los sesgos

de género arraigados en la medicina. Sin embargo, la medicalización excesiva de la menopausia y la promoción de la terapia hormonal sustitutiva (THM) como panacea no son útiles y solo contribuyen a dividir aún más las opiniones. Es hora de entablar un diálogo sensato sobre la menopausia para facilitar la toma de decisiones informadas e individualizadas sobre la gestión óptima de esta transición.

La menopausia también puede ser un momento para que las mujeres reevalúen su identidad, acepten esta nueva etapa de sus vidas y la liberación de la menstruación y el dolor menstrual, y cuestionen las percepciones negativas de las mujeres mayores, tan prevalentes en algunas sociedades. Necesitamos enviar un mensaje realista y equilibrado a las mujeres y a la sociedad: la menopausia no anuncia el inicio de un período de decadencia y declive, sino que es una etapa del desarrollo que se puede superar con éxito mediante el acceso a información basada en la evidencia, así como al apoyo social y médico adecuado. Las mujeres no merecen menos.”

En entrevista “*“Hay un pánico cultural a la menopausia que se transmite a las mujeres”* la psicóloga feminista Anna Freixas, en periódico español EL PAÍS de febrero 2024, apuntaba a la influencia de la “industria menopáusica”: *“Son todo el conjunto de fuerzas económicas que nos inducen a consumir determinados productos con el fin de evitar algo que todavía no se ha producido o una molestia que puede que nunca llegue a existir. Y que también nos inducen al temor y al miedo, que definen la menopausia como una enfermedad, que prometen lo que no puede dar, que nos enferman y que nos arruinan”*, criticaba Freixas, a la vez que cargaba contra la concepción de esta etapa vital como una enfermedad y critica duramente la terapia hormonal, hay que recordar que ella es autora del libro “Hay vida más allá de la menopausia.” y lo acaba de actualizar, 17 años después con el libro “ *Nuestra Menopausia, una versión no oficial”*

2.5 Mandatos de Género: Concepto y Teorías.

“El cuerpo es el espacio que habitamos, es el territorio que nos sirve para experimentar la vida, para vivir, para sentir, pensar, actuar, para reconocer que estamos vivos o nos acercamos a la muerte” mencionó Marcela Lagarde (Lagarde, 1996), y quiero resaltar, que ese cuerpo es etiquetado desde su nacimiento con una palabra la cual lo marca, forma ideas, construye comportamientos y rige vidas. Hay palabras muy poderosas, por ejemplo “MUJER” u “HOMBRE”, palabras que aún ahora definen siempre sobre los cuerpos y las sexualidades de las personas, una jerarquización y clasificación. Generan desigualdades, racismo, discriminaciones e injusticias que el sistema reproduce en sus instituciones: la familia, amor romántico, sexualidad, iglesia, sistema educativo, estado, etc.

Baste que al nacer una persona y revisan externamente todo su cuerpo, se concentre en la mínima diferencia en la llamada área genital, la presencia de testículos y pene definen “hombre”, y si tiene vulva definen “mujer”, y así inicia todo, con el llamado sexo de asignación.

Algo biológico, como es el cuerpo, va siguiendo su desarrollo evolutivo propio del tiempo que transcurre en él, pero además va siendo moldeado por normas, lineamientos, obligaciones y deberes según los cuales la sociedad, la familia, la religión, estado, en general instituciones o autoridades que ejerzan el poder, definen lo esperado de ese cuerpo, de esa una persona, comportamientos impuestos que variarán además según el lugar geográfico y tiempo histórico, eso es el “género”. Pues entonces no es lo mismo ser una mujer mexicana ahora en el 2025 que de los 40 's, radicada en la ciudad de México o en alguna zona rural mexicana, incluso tal vez con mayores diferencias al ser de la ciudad de Nueva York, Barcelona o Nueva Delhi.

¿Por qué las diferencias? De lo global a lo particular, son los usos y costumbres de cada población, de cada familia, de las personas que se encargaron de nuestra crianza, nos indicaron cómo tenemos que ser, sentir, pensar, actuar, esos marcan, son los llamados “mandatos de género”, más deberes y restricciones sobre la persona, los que rigen consciente o inconscientemente nuestras vidas. Los mandatos de géneros sobre la femineidad y masculinidad son estereotipos prescriptivos a veces difícilmente visibilizados y demuestran la forma individual de cómo debe actuar cada género según los contextos relevantes donde se configuran modelos que rigen la normalidad. Porque la sexualidad constituye al individuo, es decir, lo obliga a la adscripción a grupos socioculturales genéricos, y va estableciendo condiciones a su forma de comportarse, así como a sus capacidades afectivas intelectuales. La sexualidad se convierte en una identidad social una de las primeras que se va asociando a estereotipos de lo que es ser un hombre masculino y una mujer femenina. Las dimensiones que particularmente se imponen o restringen en los procesos de socialización y que tiene que ver con las diferencias de género en contexto específicos. Para M. Lagarde (2005) la feminidad es un cautiverio, “un conjunto de límites materiales y subjetivos, de tabúes, prohibiciones, y obligaciones impuestas por la subordinación del mundo patriarcal”, lo cual más adelante explicaremos ampliamente.

Brevemente se resalta a continuación cómo los cuerpos son categorizados mediante el género que permea en todos los aspectos, atravesando incluso con el concepto médico-científico de menopausia y climaterio descripciones que siguen lineamientos del patriarcado y el capitalismo, que en este caso en la mujer se marcan en los mandatos como son:

1. Mandato de la Belleza: La presión para mantener una apariencia juvenil y atractiva puede aumentar la ansiedad y la insatisfacción con la propia imagen corporal, especialmente cuando se experimentan cambios físicos como incremento o pérdida excesiva de peso y la aparición de arrugas, flacidez de los músculos.

2. Mandato de la Maternidad: Las expectativas sociales sobre la maternidad pueden generar sentimientos de fracaso o pérdida de identidad en mujeres que no han tenido hijos o que han decidido no tener más hijos.

3. Mandato de la Cuidadora: La expectativa de que las mujeres sean las principales cuidadoras de la familia puede llevar a un agotamiento físico y emocional, especialmente cuando se enfrentan a síntomas menopáusicos como los sofocos y la fatiga.

4. Mandato de la Sumisión: La presión para ser sumisas y evitar conflictos puede dificultar que las mujeres expresen sus necesidades y preocupaciones, lo que puede afectar negativamente su bienestar emocional.

5. Mandato de la Feminidad: La expectativa de que las mujeres sean emocionalmente sensibles y delicadas puede limitar su capacidad para manejar el estrés y la ansiedad.

Así las conformaciones de género y las formas de socialización se transforman en los mandatos de género, siendo estas categorías psicosociales, se han propuestos instrumentos de medición de estos mandatos femeninos y masculinos. Los indicadores de mandatos de género, permiten develar los elementos implícitos en las relaciones sexuales y de pareja. Por tanto, son pautas relacionales que se convertirán en acciones al momento de generar vínculos entre las personas, pudiendo hacer notar las formas de socialización heteronormativa en las sexualidades y la dimensión relacional de las personas, pudiendo detectar machismos implícitos en los determinantes sociales que se encuentran cotidianamente en la sociedad, mismos

que impactan en las decisiones de las personas y que incluso pueden encontrarse implicados en la violencia de género, el desempeño sexual, entre múltiples otras formas de relación. (Galán, 2019)

notar las formas de socialización heteronormativa en las sexualidades y la dimensión relacional de las personas, pudiendo detectar machismos implícitos en los determinantes sociales que se encuentran cotidianamente en la sociedad, mismos que impactan en las decisiones de las personas y que incluso pueden encontrarse implicados en la violencia de género, el desempeño sexual, entre múltiples otras formas de relación. (Galán, 2019)

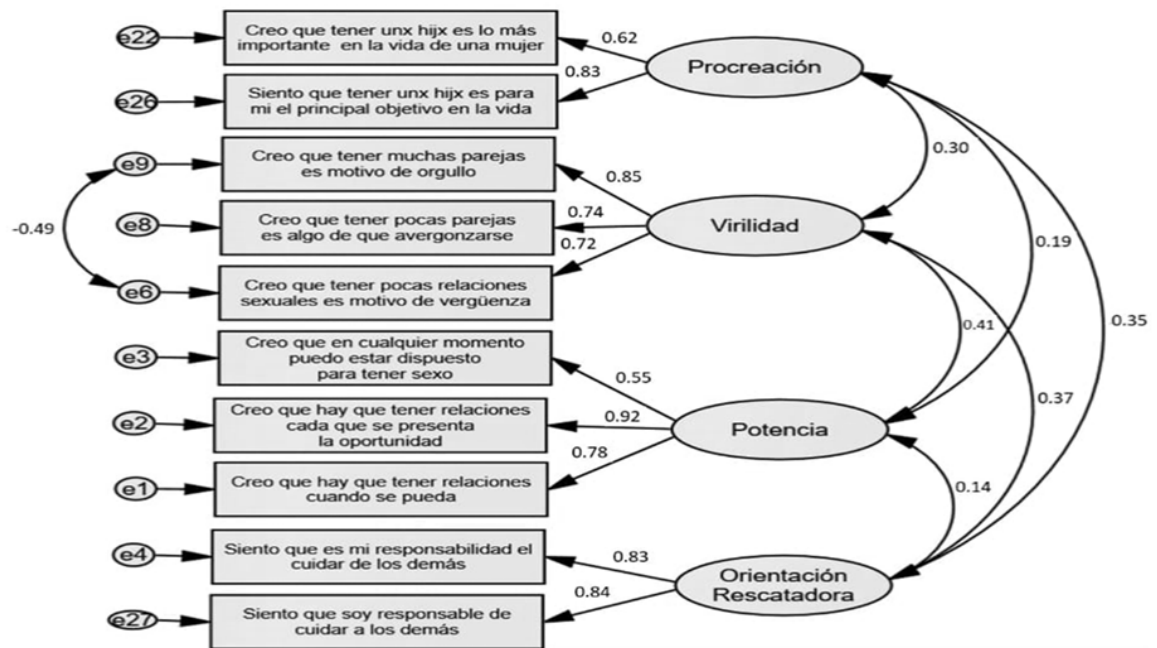
Existe una Escala de Mandatos de Género diseñada por Macías-Valadez-García y Luna y Lara (2019) realizado en una población de jóvenes mexicanos donde se identifican mandatos de género femenino: pasividad (en la sexualidad), predisposición al amor, cuerpo (procuración de la belleza), abnegación. Y los masculino: potencia erótica y virilidad (F: Galán, 201) masculinos: potencia erótica y virilidad. (F. Galán, 2019)

Tabla de los descriptivos por ítem de la escala definitiva de mandatos de género

Descriptivos	Media	DE	Asimetría	Error de asimetría	Curtosis	Error de curtosis
Creo que tener muchas parejas es motivo de orgullo	1.57	0.996	1.924	0.116	3.245	0.231
Creo que tener un hijo(a) es lo más importante en la vida de una mujer	2.32	1.355	1.036	0.116	2.592	0.231
Creo que tener pocas parejas es algo de que avergonzarse	1.47	0.94	2.122	0.116	3.883	0.231
Siento que tener un hijo es para mí el principal objetivo en la vida	1.92	1.184	1.067	0.116	0.022	0.231
Creo que en cualquier momento puedo estar dispuesto para tener sexo	2.5	1.327	0.451	0.116	-0.969	0.231
Creo que tener pocas relaciones sexuales es motivo de vergüenza	1.43	0.858	2.173	0.116	4.38	0.231
Creo que hay que tener relaciones cada que se presenta la oportunidad	2.2	1.233	0.653	0.116	-0.68	0.231
Creo que hay que tener relaciones sexuales cuando se pueda	2.43	1.272	0.458	0.116	-0.855	0.231
Siento que soy responsable de cuidar a los demás	2.07	1.21	0.885	0.116	-0.339	0.231
Siento que es mi responsabilidad el cuidar de los demás	2.07	1.154	0.894	0.116	-0.08	0.231

Galán, F., Valadés Márquez. Análisis factorial confirmatorio de la Escala de Mandatos de Género, Universitas Psychologica, vol. 18, núm. 3, 2019, Pontificia Universidad Javeriana

Modelo factorial confirmatorio definitivo de los Mandatos de género



Galán, F., Valadés Márquez. Análisis factorial confirmatorio de la Escala de Mandatos de Género, Universitas Psychologica, vol. 18, núm. 3, 2019, Pontificia Universidad Javeriana

Cristian A. Castellanos R. realiza un estudio de tesis en mujeres trabajadoras de organizaciones civiles de Querétaro, México en el año 2019 sobre cómo les afectan los mandatos de género. Reportando prácticas de la reproducción de mandatos de género que se expresan en triples hasta cuartas jornadas laborales, precariedad en el cuidado personal, pero enfatizando el cuidado de las y de los otros, eliminado la idea de ser seres para sí para ser seres para los otros, vulnerando su integridad física y mental; y los mandatos de género que más reproducen las mujeres es el de la maternidad, aunque no sean madres y el de cuidadoras, sacrificando su bienestar personal. Además, se identifica que al desarrollar sus labores en el espacio público se encuentran en situación de vulnerabilidad, en el cual no se pueden desarrollar con seguridad por mayor costumbre a lo privado doméstico. Las mujeres participantes

tienen en su mayoría conocimiento de la perspectiva de género e inclusive las asociaciones de pertenencia tienen como temática el género y los derechos humanos; sin embargo, se muestran reproduciendo en su día a día mandatos de género.

“La opresión está en nosotras cuando nuestro cautiverio cuenta con nuestro más firme apoyo, y cuándo aprender, atreverse y experimentar, son acciones que parecen imposibles. Lo es también cuando mantenemos intactas las normas de nuestra cultura” (Lagarde, 2005, p.18).

Montes de Oca y Cols. en un estudio sobre de los mandatos de género en mujeres universitarias de Tejupilco, México, donde se utilizó la Escala de Mandatos de Género de Macías-Valadez-Márquez y Luna-Lara Los resultados indican la presencia de mandatos de género en las mujeres participantes variando según las dimensiones y factores del instrumento. En cuanto a los mandatos de género relacionados con la feminidad, el factor que predominó fue veneración del aspecto físico, y el de menor presencia fue mandatos sexuales femeninos relacionados con la pasividad femenina y los mandatos sexuales masculinos relacionados con la virilidad asocia con las parejas que se pueden llegar a tener. Sin embargo, un porcentaje considerable de mujeres universitarias (38.6%) han reforzado como parte de su identidad ese conjunto de representaciones estereotipadas propias de hombres y mujeres. Este último grupo de mujeres universitarias representan la complejidad en cuanto al estudio de los mandatos de género y su proceso de naturalización, pues, aunque se encuentran cursando un nivel superior de educación y expuestas a ámbitos que fomentan la cultura no sexista, mantienen actitudes y conductas aprendidas en su círculo de origen. En párrafos anteriores se hizo mención de que los mandatos de género están determinados por la socialización, proceso de socialización que se modifica de acuerdo al lugar en el que se radica. En el caso de las participantes del estudio la mayoría procede de comunidades rurales. (Montes de Oca & Cols. 2020).

Haciendo un recorrido antropológico de los trabajos sobre la corporalidad, se destaca el de Mar Douglas (1970) quien retoma el planteo seminal de Mauss sobre la forma en cada sociedad modela las técnicas corporales, pero extendiéndose a la concordancia entre esquemas simbólicos de percepción del cuerpo y de la sociedad. La obra de Foucault (1983) llamó la atención a las formas en que los discursos sociales han ido construyendo y legitimando determinadas representaciones del cuerpo, así como sus formas de disciplinamiento y control. En esta perspectiva, la materialidad del cuerpo y su experiencia práctica están atravesadas por las significantes culturales, por aquellas “palabras sinnúmero pronunciadas por los hombres en las que, al decir de Foucault, *“ha tomado cuerpo un sentido que cae sobre nosotros”* y se inscribe sobre nuestros propios cuerpos”. (Citro, 2004). Dentro de esta línea Martin habla de las representaciones del cuerpo femenino en la biomedicina, hacia los 90’s Bourdieu consideró el cuerpo como locus de la práctica social. Jackson, con una perspectiva más fenomenológica, considera que el cuerpo tiene carácter activo y transformador aún más allá de un objeto.

En una investigación a fin de conocer si la cosificación que ocurre cuando a una persona se la trata como un objeto en lugar de como a una persona puede modificar la percepción que poseen de sí mismas, los resultados mostraron que cuando son cosificadas las mujeres se atribuyen menos capacidad de hacer planes, capacidad de sentir emociones, sociabilidad, competencia y humanidad. En definitiva, las mujeres al sentir que se las valora por su cuerpo y no por su forma de ser, modifican la manera en la que se autoperciben a sí mismas. (Villa Hernández, 2020)

Busquemos los simbolismos y valores que la sociedad asigna a las cosas. El género es una construcción simbólica y contiene el conjunto de atributos asignados a las personas a partir del sexo. Se trata de características biológicas, físicas, económicas, sociales, psicológicas, eróticas, jurídicas, políticas y culturales.

El género implica:

- Las actividades y las creaciones del sujeto, el hacer del sujeto en el mundo.
- La intelectualidad y la afectividad, los lenguajes, las concepciones, los valores, el imaginario y las fantasías, el deseo del sujeto, la subjetividad del sujeto.
- La identidad del sujeto o autoidentidad en tanto ser de género: percepción de sí, de su corporalidad, de sus acciones, sentido del Yo, sentido de pertenencia, de semejanza, de diferencia, de unicidad, estado de la exigencia en el mundo.
- Los bienes del sujeto: materiales y simbólicos, recursos vitales, espacio y lugar en el mundo
- El poder del sujeto (capacidad para vivir, relación con otros, posición jerárquica: prestigio y estatus), condición política, estado de las relaciones de poder del sujeto, oportunidades.
- El sentido de la vida y los límites del sujeto.

El género asentado en el cuerpo, lo está en el cuerpo histórico, y cada quien existe en un cuerpo- vivido (categoría que confirma la historicidad de los cuerpos humanos y la hechura de cada caso de la unidad el sujeto en su cuerpo (Beauvoir, 1985)

La sexualidad, materia del género, es el conjunto de experiencias humanas atribuidas al sexo y definidas por la diferencia sexual y la significación que de ella se hace. Constituye a las personas y las adscribe a grupos bio-socio-psico-culturales genéricos y a condiciones de vida predeterminadas que a su vez condicionan sus posibilidades y sus potencialidades vitales. La sexualidad condensada en el género define:

-Los grupos genéricos

-Los sujetos particulares: las mujeres y los hombres

-Las relaciones sociales definidas en torno al sexo por edades; es decir, las relaciones de género concebidas también de propiedad de bienes y recursos y de la riqueza.

-Las instituciones privadas y públicas, económicas y sociales, jurídicas y políticas.

-La cultura: los símbolos y las representaciones, el imaginario y las fantasías, las concepciones del mundo y de la vida, de cada acontecer; las maneras de pensar y los pensamientos, así como la afectividad, los lenguajes corporales, verbales, escritos y sus correspondientes sustratos, la gestualidad, la palabra y la voz, la escritura, el arte y todas las creaciones efímeras de la vida cotidiana, así como las creaciones materiales más perdurables; valores circunscritos en una eticidad y, desde luego, dimensiones variadas del sentido de la vida. Las identidades personales y grupales, así como las mentalidades individuales y colectivas. La vida de principio a fin de cada persona (Lagarde, 1990:194)

El análisis de género se aplica a la comprensión de la normatividad del contenido de género y de la capacidad de reproducir el orden de género que tienen códigos, leyes, mandatos y mandamientos escritos, memorizados y transmitidos oral.

Para el funcionamiento adecuado de la normatividad es fundamental la vivencia personal y colectiva, la obediencia y el cumplimiento, así como la resistencia y la subversión. Todos los cuerpos normativos laicos y religiosos, científicos, jurídicos, académicos, entre otros, se ocupan de regular el orden de géneros, de establecer deberes, obligaciones y prohibiciones asignadas a los géneros y marcan las formas de relación entre éstos, sus límites y su sentido.

Funciones semejantes tienen las costumbres y las tradiciones y cuentan, además, con el peso de los mandatos de género legitimados en el pasado y en las genealogías.

El análisis del género feminista es detractor del orden patriarcal, contiene de manera explícita una crítica a los aspectos nocivos, destructivos, opresivos y enajenantes que se producen por la organización social basada en la desigualdad, la injusticia y la jerarquización política de las personas basada en el género. (Lagarde, 1996)

Lagarde (2005) agregó la categoría antropológica psicosocial de cautiverio que sintetiza el estado de la mujer en el mundo patriarcal, específicamente el de la privación de su libertad y la relación con el poder. Con base en la dependencia desigual, apuntalada por el dominio de los otros, ésta anula la “posibilidad de construir el deseo propio, el mundo personal, el Yo-misma”. Un cautiverio es “un conjunto de límites materiales y subjetivos, de tabúes, prohibiciones, y obligaciones impuestas a la subordinación”. La feminidad como cautiverio, se origina en los modos de vida y la cultura, se convierte en límites y obligaciones para la mujer que ella reproduce porque “no sabe ser de otra manera, no se atreve a serlo”.

Algunos cautiverios fundamentales son: la ideologización de la relación mujer-naturaleza, la centralidad del erotismo en la ideología de la pareja amorosa (vínculo entre sexo y amor) o su subsunción, y el cuerpo como eje de su sexualidad (cuerpo procreador para otros). Los cautiverios se estructuran en torno a la sexualidad (identidad social) y la relación con los otros (modos de vida, redes sociales y espacios culturales). Hay vigencia en las expectativas, prescripciones (mandatos) y prohibiciones (cautiverios) que se hace a los hombres y a las mujeres. Los mandatos culturales se transforman en mandatos de género (Yago, 2011) que condicionan el comportamiento principalmente en la sexualidad y la relación con los otros, no cumplirlos puede asociarse al miedo a ser rechazadas o no reconocidas por el entorno.

Otros mandatos que acentúan los procesos de socialización como tener una pareja o establecer relaciones sexuales, la maternidad, la belleza estereotípica, la institución del matrimonio, las labores del hogar, el confinamiento al ámbito privado, por mencionar algunos. Briseño (2011) menciona tres mandatos de género femeninos: la maternidad, la abnegación femenina (ser buena y complaciente), y el mandato de la virginidad (no disfrutar de su propio cuerpo). En el caso de las mujeres, “no cumplir con otros mandatos se le sanciona con la amenaza de pérdida del amor”. Bosch (2013) añaden que en la feminidad se exige a la mujer ser cuidadora, encontrarse predispuesta al amor, al rol de madre y su aspecto físico (la belleza como elemento para ser aceptada y valorada). La mujer es representada por características, como la dependencia emocional, la comprensión y el cuidado de los otros, que se pueden englobar en tres dimensiones: expresividad, sensibilidad y responsabilidad (Yago,2011).

Por ello, ante la necesidad de una mirada feminista para realizar esta tesis, fue fundamental apoyarse en una mujer como Marcela Lagarde y de los Ríos, por ser mexicana, representante del feminismo latinoamericano, antropóloga, política, académica, investigadora con esa mirada de especialista en etnología, la cual en sus discursos y libros nos permite descubrir las diferencias en la manera en que se internalizan las normas culturales y cómo estas dirigen las practicas sociales relacionadas con la sexualidad, normatividades (masculinidad y feminidad) que propone el patriarcado acerca de cómo debe comportarse un hombre y una mujer en torno de la sexualidad y la relación de pareja o con otros individuos.

Con esas bases reconocer los mandatos de género que guían consciente o inconscientemente la vida de la mujer en periodo climatérico, que incluso ahora que pasamos recientemente la situación de pandemia por COVID, tenga algunos cambios

debidos al encierro involuntario, a los cambios en la forma de relacionarse con los demás mediante vías remotas a través del Internet y de adquirir conocimientos más globales más interculturales, si bien todo aparentemente cambia, primero es tomar la conciencias sobre algo, darse cuenta de que hay un malestar, nombrarlo, descubrir de dónde viene, y lo más importante sentir y experimentar el cambio.

Desde la ciencia médica, las transformaciones que sufre el cuerpo durante la menopausia y climaterio como son los cambios anatómicos y fisiológicos que se van sucediendo como descenso hormonal de estrógenos, resequedad vaginal, alteraciones en el metabolismo en general, de los huesos, del sistema cardiovascular entre otros, pueden ser descritos hasta con minucias microscópicas y químicas, tratados y congresos recientes abundan al tema con mayores descripciones fenomenológicas de la anatomía y metabolismo, pero el significado de dichos cambios se ha patologizado y medicalizado, hasta convertirlo en un sector de control de laboratorios de estudios clínicos y farmacéuticas secundado por médicos y autoridades sanitarias.

“En la actualidad se discute si existe un síndrome menopáusico formado por síntomas y dolencias somáticos y psicológicos, y apenas se dispone de datos acerca de la distribución por edades de la menopausia o de su importancia sociocultural en los países en desarrollo” Así inicia un informe sobre menopausia de la OMS en 1981, tantos años han transcurrido desde entonces y pocos estudios al respecto en cuanto a una visión de “experiencias sentidas por la mujer climatérica”.

Al respecto existen diferentes hipótesis que tratan de explicar las alteraciones psicosociales del climaterio, más allá de los cambios hormonales y corporales que influyen en el estado de ánimo de la mujer, suponen que factores como el valor que la cultura o el medio social asignen a la fertilidad y la maternidad, así como la belleza

y juventud de la mujer, más antecedentes de enfermedades psicológicas que se exacerban en esta etapa precipitando desde cambios de humor hasta depresión, pero inclusive insatisfacción personal e influir en las relaciones interpersonales, familiares, de pareja, sexuales y laborales. (Couto & Nápoles Méndez, 2014).

“Hablar de salud conlleva siempre una manera concreta de conceptualizar el cuerpo humano, aunque no siempre seamos conscientes de esto en nuestros estudios. Al mismo tiempo, las transformaciones históricas que se producen en las maneras de enfermar o sanar tienen una influencia directa en las corporalidades; pero también al revés, los cuerpos son sujetos de transformación individual, social e histórica o así se entiende desde la teoría social actual del cuerpo” (Esteban, 2007:269-270; en Nogueiras García, 2018)

Inclusive al interseccionar esos conceptos, ahora posicionándose con la ciencia médica especialista en la mujer, vemos que se ha creado un concepto de salud ginecológica ajeno a las experiencias de las mujeres, a pesar de ser sus cuerpos objetos de estudio, análisis e intervención. No se trata de negar los conocimientos científicos sobre la Ginecología, hay en ella una parte objetiva indudable, una descripción del cuerpo donde se sufren los mencionados cambios anatómo-fisiológicos naturales en las mujeres, acotándolo ahora por motivo de esta tesis al periodo de climaterio y menopausia; es más bien, hacer evidentes estos mandatos de género con bases paternalistas, machistas, racistas y heteronormativas que medicalizan y patologizan dichos cambios.

Ser ginecóloga con perspectiva de género, es brindar no solo la atención médica libre de violencia contra la mujer, es acompañar y escuchar sus experiencias, descubrir sus creencias, sus mandatos de género, entender sus malestares y en base al conocimiento humanista dar una psicoterapia adecuada intentando que logren

mayor bienestar, reconociendo que cada mujer es diferente tanto de otra como de sí misma en el transcurso del tiempo, va y puede cambiar, ahí es el punto básico a incidir.

“La autonomía personal es el gran reto para conseguir una mejor salud en las mujeres. La historia de las mujeres se encuentra ligada a una larga cadena de dependencias económicas, sociales, afectivas y biológicas originadas por la reproducción. La falta de espacios propios y, muchas veces, la poca autoestima, han hecho posible que las mujeres se dejen manipular. Conseguir un adelante es el gran reto que tienen las mujeres para poder ser protagonistas de su salud” (Cervera,2008:19; Noguerias García, 2018)

En México, la atención ginecológica con perspectiva de género es algo incipiente, y definitivamente no se da por decreto institucional o gubernamental, como hemos visto, incluso estas políticas están dirigidas a temas de mujeres jóvenes como la salud sexual y reproductiva, asesoramiento para evitar enfermedades de transmisión sexual, así como control obstétrico salud materno-fetal. Carecen incluso de la verdadera perspectiva de género al no ir hacia los aspectos sociopsicológicos, e incluso descuidar las relaciones de poder hacia el consultante, no se puede transmitir lo que no se tiene, la perspectiva de género e incluso ir más allá de conocer qué es la experiencia, hay que sentirla. En ese sentido, aún son escasos los reportes en cuanto a la mujer climatérica.

Cómo las mujeres sienten, experimentan, mueven, expresan, piensan y deciden sobre sus cuerpos son aspectos profundamente marcados por las conceptualizaciones, violencias y limitaciones que el patriarcado ha impuesto sobre ellos. Noguerias refiere que, desde el inicio de la tercera ola feminista, se pone el acento en analizar y visibilizar el malestar de las mujeres relacionándolo con sus

condiciones de vida, determinadas por los roles y mandatos de género, frente a los análisis médicos y sanitarios, que incidían en los aspectos biológicos relacionados con la reproducción.

Psicólogas y psiquiatras feministas desarrollaron las ideas planteadas por Betty Friedman, “el problema que no tiene nombre”, para explicar el malestar de las mujeres y ampliaron los análisis sobre la depresión y el malestar y sus causas, atribuyéndose a las condiciones de vida impuestas a las mujeres por el patriarcado y a la incorporación en la subjetividad de los mandatos patriarcales a través de los procesos de socialización. Se visibilizó la relación entre depresión y el desempeño de los roles de madre y ama de casa, la dedicación al trabajo doméstico y la postergación de los deseos y proyectos propios, el matrimonio como un lugar de sometimiento y esclavitud para las mujeres.

Numerosas autoras han señalado a las políticas de control de cuerpo de las mujeres como una de las formas de violencia patriarcal, con su insistencia en su debilidad y susceptibilidad a la enfermedad, con la consiguiente patologización y posterior medicalización, como sucedió con la menopausia en las últimas décadas según lo expone Mary Luz Esteban se tiene así a la mujer sometida a múltiples estudios y tratamientos, con la invención de “la edad media de la vida” como un momento crítico, de riesgo y vulnerabilidad para todas las mujeres, es otra versión de la preocupación por la menopausia (Esteban, 2000:82)

Por ello, se necesita adquirir una mirada feminista que detecte la categorización de experiencias cruzadas por el género y sus mandatos que vive la mujer climatérica y cómo le afectan en su bienestar físico-psicológico lo cual expondré más adelante.

La perspectiva de género expresa las aspiraciones de las mujeres y sus acciones para salir de la enajenación para actuar cada una como un ser-para-sí y, al hacerlo,

enfrentar la opresión, mejorar sus condiciones de vida, ocuparse de sí misma y convertirse por esa vía en protagonista de su vida. Que se vea el género de las mujeres como un sujeto social y político. Ya que la vida cotidiana está estructurada sobre las normas de género y el desempeño de cada uno, depende de su comportamiento y del manejo de esa normatividad. Así de marcado, no es lo mismo ser mujer que hombre. (Lagarde, 1996). Es decir, después de más de 40 décadas darse cuenta de que vivido para los demás y no para ella, que su agenda depende de los demás, que eso es un peso considerable que puede fragmentar o romper su bienestar, y entonces se hace necesario una nueva identidad, una mujer con agenda propia y decisiones personales conscientes.

“Si una mujer cambia, cambia ella. Si cambiamos todas, cambia el género”

Marcela Lagarde

Se vuelve importante remarcar el concepto de “perspectiva de género” como una referencia académica, ilustrada y científica, que sintetiza la teoría y la filosofía liberadora, creada por las mujeres y forma parte de la cultura feminista, así fue expuesto en 1996 por Marcela Lagarde. Lo que no se mira es que cada mujer es una totalidad y requiere ser tratada así y que la problemática de las mujeres es compleja e integral y requiere, igualmente acciones integrales, complejas, permanente y de largo aliento. De no ser así no habrá buenos resultados. (Lagarde, 1996)

La perspectiva de género tiene como uno de sus fines contribuir a la construcción subjetiva y social de una nueva configuración a partir de la resignificación de la historia, la sociedad, la cultura y la política desde las mujeres y con las mujeres.

El género incluye la cosmovisión cultural, y en una persona pueden converger cosmovisiones de género diversas, ancestrales y modernas, de concepciones valores, religiosas y juicios, lo que nos da un mapa histórico-temporal de la

cosmovisión de género muy amplia, con sincretismos y tensiones o conflictos de aspectos eclécticos de diversas cosmovisiones. Cosmovisiones que van modificándose con el tiempo.

La visión de género feminista permite establecer correlaciones entre las posibilidades de vida de mujeres y hombres y los tipos de sociedad, las épocas históricas, la diversidad cultural y los modelos de desarrollo en que viven.

2.6 Terapias Humanistas. Principios y Aplicaciones

Los modelos psicológicos agrupados bajo el epígrafe "humanístico-existencial" nacen como alternativa al psicoanálisis y al conductismo y por ello se denomina a este movimiento Tercera Fuerza de la Psicología. Engloban una serie de enfoques surgidos de la tradición fenomenológica-existencial europea, con nuevos horizontes conceptuales procedentes de la fenomenología de Edmund Husserl, y por el existencialismo de Sören Kierkegaard y Friedrich Nietzsche y del movimiento norteamericano de la psicología humanista.

Se define este tipo de psicoterapia como *un método de relación interpersonal y de análisis psicológico cuya finalidad es “promover un conocimiento de sí mismo y una autonomía suficiente para asumir y desarrollar libremente la propia existencia”*. La noción central es la de proyecto existencial. El objetivo de la terapia es analizar ese proyecto y su modificación. La terapia no pretende cambiar la realidad externa, física o social, sino la percepción que tiene la persona sobre las cosas. Su objetivo fundamental es recuperar al ser humano para su autoposesión y autodeterminación. Desde esta perspectiva los trastornos y la psicopatología son formas inauténticas de existencia, estancamientos o vacíos existenciales, defensas o negaciones, renunciaciones o pérdidas de libertad.

Los principios básicos que comparten los modelos humanístico-existenciales aparecen recogidos en la declaración con que se constituyó la *American Association of Humanistic Psychology* en el año 1961, donde destacan los aspectos fundamentales de la concepción del ser humano: autonomía personal y responsabilidad social:

-Autorrealización.

-Orientación hacia metas y búsqueda de sentido.

-Los seres humanos son únicos, tanto entre sí como respecto a otros animales por lo que lo aprendido a partir de otras especies es irrelevante para comprender a los primeros.

Concepción global del Ser Humano.

Pese a la confluencia de diferentes posiciones teóricas, técnicas particulares y un número importante de autores (Maslow, Rogers, Kelly, Laing, Perls, May, Berne, Frankl, Lowen, etc.), es posible extraer un determinado número de características comunes y compartidas por estos enfoques:

- La conducta humana es intencional. La búsqueda de sentido y las motivaciones axiológicas (libertad, dignidad), y no solo los materiales, son centrales al ser humano.

- El comportamiento de una persona está determinado principalmente por la percepción que tiene de sí misma y del mundo. Las personas crean la realidad a partir de sus percepciones idiosincrásicas. Solo se puede comprender a una persona si se es capaz de percibir las cosas como ella las percibe (empatía)

- Se concede poca importancia a la historia del cliente. Se hace hincapié en la experiencia inmediata y las emociones. El foco de la terapia rara vez se aleja de lo que está sucediendo durante la sesión. Se considera fundamental el presente que vive la persona (el aquí y ahora)

-Solo se puede comprender a una persona cuando nos podemos situar en su lugar para percibir el mundo desde ella misma. De este modo, se rechaza el concepto de enfermedad mental y las etiquetas diagnósticas, asumiendo que todo comportamiento humano es normal si se mira desde el punto de vista de la persona afectada.

- Se da más importancia a las actitudes del terapeuta que a las técnicas concretas. La relación entre cliente y terapeuta se considera el medio único o fundamental a través del cual se consigue la autorrealización.

- El ser humano es superior a la suma de sus partes y debe ser concebido globalmente.

-La conducta humana se realiza en un contexto interpersonal.

-La persona es considerada en sí misma como un sujeto independiente y pensante, plenamente responsable de sus actos y capaz de planear, elegir y tomar decisiones respecto a su conducta.

-Cada persona posee de forma innata un potencial de crecimiento o una tendencia a desarrollarse y convertirse en un individuo maduro. Este supuesto lleva a definir a la persona como un organismo básicamente bueno y orientado hacia metas positivas.

2.6.1 Terapia Centrada en la Persona o Rogeriana

Aunque desde la época de los 1930, Carl Rogers inicia su sistema terapéutico, en 1950 lanza su manual terapéutico “Terapia centrada en el cliente” y en 1957 publicó su famoso artículo sobre “Las condiciones necesarias y suficientes para el cambio terapéutico: la comprensión empática, la consideración”. Rogers defendía la importancia de cómo el terapeuta es en sesión por encima de lo que hace. Lo que determina la efectividad terapéutica, por tanto, no es la técnica, orientación o experiencia del clínico, argumentaba, sino una actitud de cara a su cliente que es tanto comunicada como percibida.

Para Rogers, el desequilibrio psicológico surge cuando la persona no permite el paso a la consciencia de una cantidad significativa de sus experiencias vitales. En otras palabras: la psicopatología es un desajuste entre experiencia y consciencia.

El sistema rogeriano sigue proponiendo una visión radical: que las personas tienen el potencial de desarrollar sus potencialidades (de actualizarse), que la función de la psicoterapia es la de proporcionar una relación interpersonal donde este crecimiento sea posible, y que el terapeuta no tiene por qué patologizar o medicalizar el sufrimiento humano para ayudar al cliente a cambiar.

A medida que crece el porcentaje de las experiencias de la persona (pensamientos, sensaciones, emociones, etc.) que no están presentes en su consciencia (sea porque son distorsionadas, sea porque se les deniega el acceso), se produce una alienación de la experiencia vital. Se crea una distancia creciente entre el organismo completo, por un lado, y el autoconcepto, por el otro, causando la tensión psicológica que se manifiesta como ansiedad o angustia. Con el tiempo, este desajuste puede interrumpir la capacidad de la persona para evaluar su entorno cambiante (el “proceso de valoración orgánica”) y, con ello, su capacidad inherente de crecimiento (la “tendencia actualizadora”). Al distorsionar o suprimir

Si se dan las siguientes condiciones

1. Un cliente vulnerable o ansioso
2. Está en contacto con un terapeuta que es
3. Congruente o auténtico en la relación
4. Que acepta al cliente incondicionalmente y
5. Que comprende su experiencia de forma empática

siendo las condiciones 4-5 percibidas por el cliente (al menos en un grado mínimo).

Entonces el cambio terapéutico tendrá lugar progresivamente, por lo que el cliente. Se hará más congruente, más abierto a sus experiencias internas, menos defensivo. Aumentará su ajuste psicológico, reduciendo su tensión psicológica y aumentando su autoestima. Tendrá una visión más realista del mundo, por lo que será más efectivo en la resolución de problemas. Aumentará la congruencia entre su experiencia vs. su autoconcepto, así como su responsabilidad frente a sus propias acciones o reacciones. Sentirá más aceptación hacia otros, y será más auténtico en su relación con ellos.

El entorno facilitador al que Rogers se refiere está definido por sus “seis condiciones necesarias y suficientes para el cambio”.

Rogers destacó la consideración positiva incondicional, entre las demás condiciones, como el agente de cambio fundamental, una priorización aceptada, sobre las tres condiciones centrales, sin embargo, están interconectadas, puesto que ninguna tiene sentido sin las de más: el terapeuta no puede aceptar incondicionalmente lo que no comprende de forma empática, y su aceptación incondicional no tiene valor alguno si no es auténtica.

Es importante recordar el hecho de que la terapia centrada en la persona prioriza el aprendizaje de una forma de ser en relación, en lugar de hacer en sesión. El terapeuta personifica una forma de relacionarse con el otro en sesión, frente a su cliente, pero también frente a sí mismo. Las tres condiciones centrales son características que cultivar, en lugar de técnicas que implementar mecánicamente, como Rogers nunca dejó de insistir.

El objetivo final e ideal de la psicoterapia, el crecimiento personal, Rogers destacó tres cualidades: (a) la apertura total a, y la consciencia plena de, las experiencias internas, sin necesidad de reprimirlas o distorsionarlas; (b) la capacidad de adaptarse a un entorno eternamente cambiante, encontrando “la conducta más satisfactoria en

cada situación vital; y (c) la confianza en las capacidades del organismo para alcanzar esta doble meta al crecimiento.

Es esta confianza en la capacidad de autocuración de la persona lo que subyace a la no-directividad de la psicoterapia rogeriana, sino de proporcionar el entorno de aceptación en donde los clientes puedan hacerlo por sí mismos. El terapeuta no tiene la respuesta al problema, pero sí la capacidad de ofrecer una relación terapéutica donde el cliente pueda encontrarla dentro de sí mismo. El objetivo terapéutico, por tanto, se dirige a facilitar la tendencia actualizadora en lugar de curar un trastorno, educar al cliente o enseñar técnicas de autocuidado. La consideración positiva incondicional es la manifestación “minuto a minuto” de la confianza del terapeuta en la tendencia actualizadora del cliente.

2.6.2 Terapia Narrativa

La *Terapia Narrativa* (White, y Epston, 1993), busca desarrollar específicamente un espacio terapéutico en donde sea posible compartir un relato que permita entender la historia personal del cliente, conocer los dominios de esta historia y hacer emerger desde el mismo relato aquellos aspectos alternativos propios pero desconocidos en la “*narrativa dominante*”.

Desde un punto de vista teórico y de forma sintética, el proceso de la Terapia Narrativa y su modelo de cambio puede ser explicado de la siguiente manera: la persona, pareja, familia o grupo que consulta acude a terapia contando una historia, la denominada ‘historia saturada de problemas’, ya que los eventos que se relatan en esta historia sólo dan cuenta de experiencias en las que los problemas que los llevan a consultar están presentes. Esta historia margina otras experiencias de vida no vinculadas a los problemas, que de ser tomadas en cuenta permitirían la construcción de múltiples relatos alternativos desde donde las personas pueden

definirse y actuar de forma más satisfactoria para sí mismos y sus otros significativos. La 'historia saturada de problemas' ejerce una relación de poder sobre quienes consultan, puesto que domina la vida de las personas como un única voz o relato a través del cual definirse, posicionarse y actuar en el mundo (por eso también se le llama 'relato dominante'). La Terapia Narrativa busca que las experiencias que han sido marginadas por el relato dominante comienzan a sobresalir y a tener voz, de manera de conectarlas dentro de una misma historia, cuya trama nos hablará de unas personas diferentes a las personas saturadas de problemas, personas con conocimientos, posibilidades, sueños y esperanzas para sus vidas, los que antes no eran posibles (Payne, 2002).

Este proceso se va dando a través de las diversas conversaciones que va teniendo el terapeuta con los consultantes a lo largo de las sesiones. Los logros extraordinarios o las excepciones al problema comienzan a ser conectadas en múltiples nuevas historias que dan cuenta de las identidades preferidas de los consultantes (historias que hablan de la persona que les gusta o les gustaría ser). Esto toma lugar a través de las preguntas que va haciendo el terapeuta en la conversación, buscando enriquecer las historias que van emergiendo desde la 'voz' o perspectiva de otros significativos que aparecen en estas historias. El terapeuta asume una postura 'descentrada pero influyente', es decir, por un lado, es consciente de la influencia que él como terapeuta tiene sobre la vida de los consultantes, pero por otro, está atento a que sean los propios consultantes quienes determinen en qué medida y en qué ámbitos de su vida esta influencia tendrá efectos (White, 2002).

En la terapia narrativa se atraviesa un espacio hipotético que habría entre 'lo conocido y familiar', lo que habitualmente se da en la vida de los consultantes, la historia saturada de problemas, y 'lo posible de conocer', las historias alternativas

de conocimientos y posibilidades que pueden surgir en la conversación. La distancia que hay entre una historia y otra es la zona de desarrollo proximal que el terapeuta ayuda a atravesar a los consultantes por medio de sus preguntas (White, 2016). Una vez que las historias alternativas han surgido y la historia saturada de problemas se ha deconstruido, los consultantes son invitados a re-narrar estas historias alternativas vinculándolas a sus historias preferidas de identidad (Payne, 2002). El terapeuta va preguntando por los sentimientos, pensamientos y actuaciones de la persona en el pasado, presente y futuro, y desde la perspectiva de otros significativos.

¿Cómo funciona la terapia narrativa? A través de este proceso las personas reflexionan sobre su experiencia con mayor perspectiva, construyéndose una identidad más rica que sienta las bases para el afrontamiento de nuevos desafíos futuros. Cuando ya se ha llegado al final de la terapia, las personas son invitadas a celebrar sus logros con otros significativos que ellos deseen invitar, con el objetivo de que las nuevas historias que han emergido circulen en una comunidad de soporte que les de reconocimiento. Al lograr objetivos, como terapeutas podríamos hacer unos documentos tipo diplomas o regalos simbólicos que hagan alusión y/o resumen al proceso terapéutico, los logros alcanzados y las habilidades utilizadas para ello, y así los consultantes se 'lleven algo' de la terapia, que podrán leer y consultar en un futuro, e inclusive ser un refuerzo a futuro (White y Epston, 1993).

De los ejercicios posibles a realizar son la reescritura de historias, documentos de logros (diplomas y regalos simbólicos), cartas terapéuticas entre otros, buscando que las narrativas sean más reflexivas, emponderantes, que reconozcan y valoren sus propias fortalezas y éxitos.

2.6.3 Uso de la Fotobiografía

“Una imagen vale más que mil palabras”

La fotografía puede ser considerada un documento biográfico ya que por medio de la captación de las imágenes plasma vivencias en un tiempo y espacio que dan testimonio de la persona en su contexto. Así, al permitir un relato propio del entramado relacional y de identidad, pues al mirarla el sujeto puede construir una narrativa propia con sus representaciones mentales, simbólicas y emocionales de sí misma de manera integrada.

El uso de la fotografía ha contribuido al desarrollo del espacio vincular intersubjetivo dotándolo de mayor intimidad y confianza, contexto facilitador del cambio. (Martínez Azumendi, 2016).

Se han descrito, en salud mental, usos con fines diagnósticos, como instrumentos terapéuticos, como orientaciones ocupacionales o como sublimación de impulsos, con grandes potencialidades de aplicación se puede usar como herramienta para despertar recuerdos junto a los sentimientos acompañantes, para posteriormente profundizar en vivencias y re-elaborarlas, dentro de un proceso integral psicoterapéutico, en abordajes individuales o grupales.

Cabau, en 1993, comienza a trabajar en biografías fotográficas, en un trabajo similar al que realiza Fina Sanz, denominándolo “Fotobiografía”, aumentando el autoconocimiento a través de la fotografía personal y familiar. Lo define como un método basado en el estudio de las fotos de la persona, a través de las cuales el paciente narra su vida y se muestra como protagonista, cómo el paciente se ubica en el mundo y cómo se vincula. Estas fotos nos acercarán a las historias de vida, grandes aliadas para ganar conciencia sobre dinámicas psíquicas que permanecen

ocultas al pensamiento consciente y que se revelan en forma de comportamientos o sentimientos (Sanz, 2008). Sirve para visualizar los sentimientos, haciendo más consciente y presente aquello que a priori permanece oculto al lenguaje verbal. Podemos mirarlas, hablar sobre lo que vemos, compartir historias y hacer fotografías para contar aquello que nos interese. Permite la exploración de los sentimientos y pensamientos. Se pueden recuperar recuerdos, o recordar vivencias o experiencias, que han permitido el acceso a estados emocionales, ligados a un contexto concreto. Además, la persona, puede al ver la fotografía tener como una forma de experiencia, desencadenando un proceso de simbolización, de aproximación a una realidad social. En lo esencial, es una aproximación a una forma de pensamiento, de conectar con conceptos, ideas, sensaciones y emociones. En definitiva, es usar la imagen como forma de conocimiento del ser, y el diálogo en torno a las imágenes es también un medio de conocimiento y de transformación.

Fina Sanz al trabajar la fotobiografía pide a la paciente que seleccione y traiga a la terapia un número determinado de fotos que le generen emociones -positivas o negativas-, de su infancia, adolescencia y juventud, para narrar su historia de vida a través de dichas imágenes. Tras analizar cada foto se hace un resumen-conclusión y perspectiva de pasado, presente y futuro, volviendo a colocarlas en una panorámica global, que permite acercarnos a estas preguntas: qué emergentes han surgido, qué es lo que se ha vivido, cómo se ha vivido con la familia de origen, cómo se construye la afectividad, qué emoción subyace al lenguaje del cuerpo de los personajes, qué mitos, ritos o símbolos aparecen, cómo se expresa el conflicto. Y finalmente sobre lo que ha podido develar o entender de sí misma, dónde se encuentra emocionalmente la persona en ese momento y qué quiere hacer a partir de ahora. Funciona como una integración y toma de consciencia del proceso (Sanz, 2007).

Para Judy Weiser la fototerapia sería un conjunto de técnicas de psicoterapia que sirven para visualizar los sentimientos, haciendo más consciente y presente aquello que a priori permanece oculto al lenguaje verbal, con el objetivo de conseguir mayor efectividad terapéutica en la ayuda ofrecida a los pacientes.

Para el psicoanalista y fotógrafo francés Tisseron, al visualizar una fotografía, se abre un acceso al inconsciente, para mostrar aspectos desapercibidos y profundos sobre uno mismo, modo privilegiado de introyectar emociones. Imágenes usadas como evocadoras de palabras que dotan de significado a las experiencias a revisar. Se da un proceso de comunicación analógica -lo que la persona ve de la foto-, la cual permite la construcción de significados relacionados con las emociones, considerando la subjetividad de la persona.

En resumen, la fotobiografía podría ayudar a afinar la realidad de las experiencias pasadas y presentes, apoyando en la rememoración de recuerdos, revisión de experiencias vitales, activación de recuerdos desconocidos, reconocimiento de momentos de cambio vital, descubrimiento de la complejidad relacional del entorno, evocación de estados emocionales, fomento de la creatividad y su expresión, autoconfrontación, generación de respuestas verbales y no verbales (Martínez Azumendi, 2016).

Un punto importante a considerar es el efecto que la publicidad y la mercadotecnia determinan sobre la cultura, la política o los movimientos sociales influyendo en la constitución de nuestras imágenes internas, en los distintos imaginarios colectivos. Porque en las imágenes que pasan a formar parte del imaginario colectivo entra en juego el trabajo simbólico y la creatividad. La aceptación de lo social como aspecto que determina el curso psicológico de una persona es el primer aspecto relevante para conectar a la psicoterapia con la fotografía. La fotografía es un medio de

influencia, comunicación y transformación social que gana su mayor significado en un marco terapéutico, dado dicho marco acepta y utiliza las posibilidades epistemológicas que puede aportar la fotografía

2.6.4 La Terapia del “Buentrato” de Fina Sanz

La terapia "Del Buentrato" de Fina Sanz Ramón es un enfoque que propone un cambio de perspectiva en la convivencia humana, centrándose en el respeto, la cooperación y la solidaridad. En lugar de centrarse únicamente en el maltrato, esta terapia se enfoca en promover relaciones saludables y armoniosas en diferentes ámbitos de la vida.

Basada en su Terapia de Reencuentro con una metodología para prevenir la violencia y promover el Buentrato. Se enfoca en la integración de las dimensiones corporal, emocional, mental, sexual, espiritual y social de la persona, y cómo estas contribuyen a relaciones de paz y bienestar.

Principios Clave de la Terapia "Del Buentrato"

- Respeto a la Diferencia: Fomentar la aceptación y el respeto por las diferencias individuales, evitando la discriminación y la exclusión.
- Cooperación y Solidaridad: Promover valores de cooperación y apoyo mutuo en lugar de competencia y conflicto.
- Armonía y Paz: Crear un entorno donde prevalezca la armonía y la paz, tanto en las relaciones personales como en las interacciones sociales y con la naturaleza.
- Abandono de creencias antiguas: identificar y dejar atrás creencias, valores y comportamientos que perpetúan el maltrato, consciente o inconscientemente.
- Desarrollo Personal y Relacional: Fomentar el desarrollo personal y la creación de relaciones humanas saludables y significativas.

La terapia "Del Buentrato" se puede aplicar en diversos contextos, como el hogar, el trabajo y la comunidad. Algunas estrategias incluyen:

- Educación y Sensibilización: Realizar talleres y programas educativos para promover el buen trato y la prevención del maltrato.
- Intervenciones Terapéuticas: Utilizar técnicas terapéuticas para ayudar a las personas a desarrollar habilidades de comunicación respetuosa y resolución de conflictos.
- Creación de Espacios Seguros: Fomentar la creación de espacios donde las personas se sientan seguras y valoradas, promoviendo la inclusión y la igualdad.

Este enfoque terapéutico busca transformar la manera en que nos relacionamos con los demás y con nosotros mismos, creando un entorno más saludable y respetuoso para todos.

Dentro de sus estrategias está el desarrollo del guion de vida y el Buentrato como categorías centrales que buscan desarrollar habilidades, conocimientos, prácticas, cuidados y actitudes para asumir con conciencia el tratarse bien y el reconocimiento del amor.

La Terapia de Reencuentro

En la Terapia de Reencuentro, el guion de vida, es decir los patrones de comportamiento y decisiones que una persona adopta desde la infancia en respuesta a las experiencias y mensajes recibidos de las figuras de autoridad, como los padres, tutores, etc. se trabaja para ayudar a las personas a reconocer y modificar estos patrones, promoviendo el autoconocimiento y el cambio personal. La idea es que, al tomar conciencia de estos guiones, las personas puedan reescribirlos y vivir de manera más auténtica y plena.

El Buentrato

El Buentrato se refiere a la capacidad de reconocer y satisfacer nuestras propias necesidades, así como las de los demás, con respeto y empatía. En la Terapia de Reencuentro, el Buentrato es fundamental para el desarrollo personal y las relaciones saludables. Implica cuidar de uno mismo y de los demás, estableciendo relaciones basadas en el respeto, la igualdad y la paz.

El Buentrato también se relaciona con la capacidad de manifestar nuestras necesidades y valorar las de los demás, promoviendo la empatía y la flexibilidad en nuestras interacciones. Es un enfoque integral que considera las dimensiones físicas, emocionales, mentales, sexuales, espirituales y sociales de la persona.

2.6.5 Técnicas de Respiración: El Puente entre lo Biológico y lo Simbólico

La respiración consciente se integra en este modelo como una herramienta fundamental de la psicoterapia Gestalt, orientada a aumentar la consciencia corporal y facilitar la transición de las sensaciones físicas al plano de las emociones. Más allá de un ejercicio de relajación, se propone como un dispositivo para traer al presente sensaciones y emociones frecuentemente reprimidas por los mandatos de género.

1. Fundamento Fisiológico y Sistémico La técnica de respiración manejada a voluntad estimula el nervio vago, produciendo un efecto sistémico inmediato que reduce la presión arterial y disminuye los latidos cardiacos. La evidencia científica sostiene que su eficacia en la reducción del estrés y la ansiedad es comparable a la relajación muscular progresiva e incluso a ciertos fármacos ansiolíticos, lo que resulta vital para el manejo no farmacológico de los sofocos (bochornos) y el insomnio en el climaterio.

2. Modalidades Técnicas en el Modelo El modelo prioriza tres modalidades que permiten a la mujer recuperar la regulación organísmica y el contacto con el "aquí y ahora":

- Respiración Diafragmática: Optimiza el volumen de oxígeno y la eliminación de CO₂, produciendo una distensión muscular y psíquica profunda.
- Respiración Cuadrada y Alterna: Utilizadas para equilibrar el sistema nervioso autónomo y fortalecer la presencia y el equilibrio entre hemisferios cerebrales.
- Respiración Visualizada: Técnica que integra la relajación con la imaginación guiada para facilitar el cuidado corporal y la reconexión con el "yo-misma".

3. Bajo la mirada de la Ginecología Humanista, la respiración consciente deja de ser un proceso automático para transformarse en un acto de buentrato y soberanía corporal. Al practicarla, la mujer climatérica puede identificar contracturas o dolores inscritos por el estrés de los mandatos de cuidado (ser-para-otros), permitiéndole establecer una base de calma necesaria para la toma de decisiones autónomas y la construcción de su propia narrativa de plenopausia.

Se agrega detalles de un artículo con el desarrollo técnico y la guía didáctica de los ejercicios respiratorios en el Anexo 3 para su réplica en entornos clínicos).

2.6.6 Terapia Cognitivo Conductual

La terapia cognitivo-conductual (TCC) se basa en la premisa que los pensamientos y comportamientos de cada persona en forma individual tienen un papel importante en la determinación de las respuestas emocionales, es un tratamiento psicológico estructurado de duración limitada, que ayudan a las personas a desarrollar formas prácticas de manejar problemas y proporcionan nuevas habilidades de afrontamiento y estrategias útiles, para responder por medio del comportamiento social en forma favorable. Puede ser efectivo para reducir los síntomas de una gama de condiciones

de salud mental y relacionadas con la salud que incluyen ansiedad y estrés, estado de ánimo deprimido, sofocos y sudores nocturnos, problemas para dormir y fatiga (Conklin et al., 2020).

Múltiples estudios desarrollados en la última década sobre las TCC demuestran que los reforzamientos de dichas terapéuticas presentan tendencia a la estabilidad de los síntomas desarrollados en el cuadro menopáusico (Larroy and Gutiérrez, 2011; Green et al., 2013), incluso es recomendada como parte del tratamiento por la Sociedad Internacional de Menopausia en 2016, y esto es en parte debido a que dentro de las recomendaciones de nivel 1 (demostradas mediante ensayos clínicos aleatorios de buena calidad) se encuentran únicamente la terapia cognitivo-conductual y la hipnosis. (Belardo & Col., 2025)

Larroy García y Gutiérrez Carrancedo (2020) efectuaron la búsqueda de artículos científicos introduciendo las palabras clave en las bases de datos EBSCO, PubMed, Science Direct y en el buscador Google Académico. Seleccionaron y revisaron artículos publicados entre 2017 y 2022. Revisaron cinco artículos, cuatro ensayos controlados aleatorizados (ECA) y un estudio cuasiexperimental. Concluyeron que intervenciones cognitivo-conductuales han probado ser efectivas para disminuir y controlar la sintomatología de la menopausia, como los sofocos y sudores nocturnos, así mismo, mejoran los síntomas de depresión, insomnio, somnolencia e insatisfacción sexual en mujeres en etapa de menopausia.

Uso de la Terapia Cognitivo Conductual en los malestares de la Menopausia provocados por los Mandatos de Género

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) podría ser también una herramienta efectiva para abordar los malestares de la menopausia provocados por los mandatos de género, en términos generales efectuando una reestructuración cognitiva de los

pensamientos, identificar patrones de pensamiento negativo, desarrollando habilidades de afrontamiento (relajación, respiración, manejo de tiempo), exposición gradual, registro de pensamiento.

Por ejemplo, una mujer cuya mayor molestia es que sufre bochornos, se puede iniciar con técnicas de relajación y respiración, con ello se logra primeramente disminuya su stress, se tranquilice. Otra técnica sería apoyarla a reconocer pensamientos automáticos negativos sobre la menopausia y reemplazarlos con pensamientos más realistas y positivos. Tal vez se estará diciendo "Estoy fracasando porque no puedo controlar mis sofocos" que los cambie por un pensamiento más positivo como "Los sofocos son un síntoma temporal y puedo manejarlos con técnicas de relajación". Se puede ir haciendo un entrenamiento de exposición gradual para reducir la evitación y el miedo a los síntomas menopáusicos., se ayuda a las mujeres a enfrentar gradualmente los síntomas que temen, como los sofocos o los sudores nocturnos, a través de la exposición controlada y la práctica de técnicas de afrontamiento. Se puede ir enfrentando a situaciones de sofoco e ir notando como puede mediante la respiración y relajación como las puede ir controlando. Otra técnica sería registrar sus pensamientos, que estaba haciendo, pensando y sintiendo cuando se le presentó el bochorno, antes y después. Mismas estrategias para el insomnio.

Aplicando las técnicas de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en el manejo de los malestares provocados por los mandatos de género en mujeres menopáusicas, es importante abordar cada mandato específico de manera sistemática y adaptada a las necesidades individuales de cada mujer identificando y modificando pensamientos negativos y distorsionados.

Mandato de la Belleza

Cambiar pensamientos negativos relacionados con la apariencia física. ¿Cuáles son sus pensamientos automáticos? Tal vez: "no soy atractiva porque tengo arrugas" intentar cambiar por pensamiento más positivo, como "La belleza no se define solo por la juventud; tengo muchas otras cualidades atractivas". Aplicar también técnicas de relajación para reducir el estrés relacionado con la presión para mantener una apariencia

Mandato de la Maternidad

Identificar y desafiar creencias irracionales sobre la maternidad. Tiene pensamientos como "Solo siendo madre puedo estar realizada". Lo analiza, hace una reevaluación racional buscando alternativas como "Puedo encontrar realización en muchas áreas diferentes de mi vida". Otro método sería que se expusiera gradualmente conforme vaya controlando a situaciones en la que se sienta juzgada por no ser madre.

Mandato de Sumisión

Desafiar creencias sobre la sumisión, identificación de creencias irracionales: "debo ser obediente y evitar conflictos" Cambiar estos pensamientos a algo más equilibrado, como "es importante expresar mis necesidades y preocupaciones de manera asertiva". Practicar expresar sus necesidades en situaciones cada vez más complicadas.

Mandato de la Femenidad

¿Qué es ser femenina? Se identifica con pensamiento como "debo ser siempre sensible y delicada" hace una reevaluación racional aceptando la diversidad de la feminidad con un pensamiento más equilibrado "puedo ser fuerte y asertiva y aún ser femenina"

Mandato de la Perfección

“Yo soy mujer multitask todo lo hago rápido y perfecto” Identificar una lista de expectativas en diferentes áreas de su vida, para reevaluar cuáles son realistas y ajustar las que no son. Es bueno que lleve un registro de pensamientos negativos sobre la perfección y trabajar en cambiarlos por pensamientos más realistas y positivos.

Mandato de la Dependencia

“No puedo yo solita” Hay que fomentar la autonomía económica y emocional. Búsqueda de ideas irracionales sobre la independencia “como mujer necesito que siempre me apoyen” cambio a pensamientos más positivos “Puedo ser capaz de decidir en “X” situación”. Desde practicar la toma de decisiones en situaciones especiales, hasta fomentar la autonomía económica y emocional sugiriéndole recibir educación financiera mediante talleres, cursos, que ya el tomarlos de hecho es un avance.

Los ejercicios de respiración profunda y meditación le ayudarán a sentirse más segura y empoderada.

3. Marco Teórico

3.1 Bases filosóficas del humanismo

“El primer humanismo, el romano y todas las especies de humanismo que hasta ahora han aparecido, suponen como sobreentendida “la esencia” general del hombre. El hombre es considerado como animal rationalis... todo humanismo o se funda en una metafísica o se convierte a sí mismo en el fundamento de un humanismo” (Heidegger, 1990)

El humanismo, como corriente filosófica, intelectual y cultural, tiene sus raíces en la Antigüedad clásica, especialmente en el pensamiento griego y romano, donde filósofos como Sócrates, Platón, Aristóteles, Cicerón y Séneca ya colocaban al ser humano en el centro de la reflexión ética y epistemológica. Sin embargo, el humanismo moderno surge con fuerza durante el Renacimiento europeo (siglos XIV-XV), marcando una transición entre la Edad Media y la modernidad. Este movimiento se caracterizó por el redescubrimiento de los valores de la dignidad humana, la autonomía, la razón y el potencial de autodescubrimiento, desplazando el foco del teocentrismo medieval hacia un antropocentrismo que privilegiaba el estudio de las humanidades y la experiencia humana.

Durante la Ilustración, el humanismo se consolidó como una filosofía que defendía la autonomía del individuo, el uso de la razón y la libertad de pensamiento como herramientas para el progreso humano. Filósofos como Kant y Voltaire promovieron la idea de que la moralidad y la verdad podían ser determinadas por la razón, y no por la autoridad religiosa o la tradición.

“El desarrollo cada vez más tecnificado de las sociedades a través de la ciencia y la tecnología fue ahondando a través del tiempo estos desvelos sobre los sentidos de la vida, la función social y espiritual del ser humano, así como los modos de relación entre sí y con la naturaleza” Esto haciendo referencia a la Revolución Industrial de mediados del siglo XVIII la cual marcó más el desosiego sobre la existencia humana y social, en búsqueda de un nuevo tipo de emancipación, valorando y respondiendo a irracionalidades como: el trabajo infantil, las desigualdades sociales, el hacinamiento humano.

El contexto sociocultural del siglo XX, marcado por las guerras mundiales, la crisis de valores y el desencanto con los modelos científicos reduccionistas, propició la emergencia de una nueva visión del ser humano. La psicología humanista surge así

como una respuesta a la deshumanización percibida en el conductismo y el psicoanálisis, reivindicando la subjetividad, la libertad y la búsqueda de sentido como ejes centrales de la experiencia humana

3.11 Principios filosóficos fundamentales

El humanismo filosófico se caracteriza por varios principios esenciales:

- Antropocentrismo: El ser humano es el eje de la reflexión filosófica, ética y científica. Se privilegia la experiencia, la dignidad y el valor intrínseco de la persona sobre cualquier dogma o sistema externo.
- Libertad y responsabilidad: El individuo es libre y responsable de sus elecciones y de la construcción de su propio sentido vital.
- Racionalidad y autonomía: La razón es la herramienta fundamental para la búsqueda de la verdad y la construcción de valores. La autonomía moral y existencial es un ideal central.
- Pluralidad y creatividad: El humanismo valora la diversidad de perspectivas, la creatividad y la capacidad de autotransformación del ser humano³.
- Ética del respeto y la dignidad: El respeto por la libertad y la dignidad de la persona es la base de todos los derechos y valores humanos.

Estos principios se entrelazan en la historia de la tradición humanista y constituyen el fundamento ontológico y epistemológico de la psicología humanista contemporánea.

3.1.2 La Fenomenología y su influencia en la Psicología Humanista

La fenomenología, fundada por Edmund Husserl (1859-1938), es una corriente filosófica que propone el estudio riguroso de la experiencia subjetiva como punto de partida para el conocimiento. Husserl desarrolló el método fenomenológico con el

objetivo de describir las vivencias tal como se presentan a la conciencia, sin prejuicios ni teorías previas, siguiendo la máxima “¡A las cosas mismas! (zu den Sachen selbst).

La fenomenología se caracteriza por los siguientes elementos:

-Intencionalidad: Todo acto de conciencia está dirigido hacia algo; la conciencia es siempre “conciencia de algo”. Todo acto mental está dirigido hacia un objetivo, ya sea real, imaginario o idea. Este concepto, heredado de Franz Brentano, implica que la mente no es un recipiente pasivo, sino que está activamente comprometida en la interpretación y el sentido del entorno.

-Epoché y reducción fenomenológica: Husserl propuso la suspensión de juicios y presuposiciones (Epoché) para acceder a la experiencia vivida de manera imparcial. La reducción fenomenológica permite identificar las esencias de las vivencias, es decir, aquello que es común a todas las experiencias de un fenómeno.

-Descripción eidética (Análisis de la esencia): La fenomenología busca captar las esencias y relaciones existentes en la experiencia, evitando explicaciones causales o juicios de valor. Captar la estructura universal o esencial de lo que percibe (qué hace que algo sea lo que es).

-Relacionalidad y co-construcción de la realidad: La realidad es entendida como una co-construcción entre el observador y lo observado, superando el dualismo sujeto-objeto.

-Reducción fenomenológica: el proceso de reducir el mundo a fenómenos, enfocándose únicamente en la vivencia interna y la esencia del objeto, no en su realidad física.

La fenomenología influyó profundamente en la psicología humanista, proporcionando un marco epistemológico que privilegia la experiencia subjetiva, la

descripción detallada de los fenómenos y la comprensión empática de la vivencia del otro.

En el ámbito clínico, la fenomenología se traduce en una actitud de apertura y atención plena a la experiencia presente del paciente. El psicoterapeuta fenomenológico aprende a poner entre paréntesis sus propias presuposiciones, desarrollando una confianza plena en la experiencia inmediata tanto propia como del paciente. La exploración fenomenológica de los fenómenos humanos y psicológicos permite una comprensión más profunda de la existencia y la experiencia consciente del individuo.

Carl Rogers y otros terapeutas gestálticos integraron la fenomenología en la práctica clínica, enfatizando la importancia de la empatía, la auto-revelación y el encuentro existencial entre terapeuta y cliente. La fenomenología existencial, desarrollada por Husserl, Heidegger, Merleau-Ponty y otros, ha sido fundamental para el desarrollo de la psicoterapia humanista-existencial.

3.1.3 Existencialismo y conexiones con la psicología humanista

El existencialismo es una corriente filosófica que surge en el siglo XIX y se consolida en el XX, con figuras como Søren Kierkegaard, Friedrich Nietzsche, Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre, Simone de Beauvoir, Albert Camus y Gabriel Marcel. Sus principales aportes al pensamiento humanista son:

-La existencia precede a la esencia: El ser humano no está determinado por una naturaleza fija, sino que se define a través de sus elecciones y acciones. La libertad radical implica la responsabilidad de construir el propio sentido de la vida.

-Angustia y autenticidad: La libertad conlleva la angustia existencial, el vértigo de la posibilidad y la necesidad de tomar decisiones auténticas. La vida auténtica implica asumir la responsabilidad de la propia existencia y enfrentar la finitud y la muerte.

-Búsqueda de sentido: El ser humano es un proyecto abierto, arrojado al mundo, que debe encontrar o crear un sentido para su existencia. La búsqueda de sentido es central en la experiencia humana y en la psicoterapia existencial.

-Relacionalidad e intersubjetividad: La existencia es siempre ser-en-el-mundo y ser-con-otros. La relación Yo-Tú, propuesta por Martin Buber, destaca la importancia del encuentro genuino y la reciprocidad en la construcción de la identidad y el sentido.

La psicología humanista integra los aportes del existencialismo al enfatizar la libertad, la responsabilidad, la autenticidad y la búsqueda de sentido como ejes centrales del desarrollo humano y la salud mental. Autores como Rollo May y Viktor Frankl han desarrollado enfoques psicoterapéuticos que abordan las preocupaciones existenciales fundamentales: el significado, la muerte, la libertad, la ansiedad, el amor y la responsabilidad.

La logoterapia de V. Frankl, por ejemplo, se basa en la idea de que la búsqueda de sentido es la motivación principal del ser humano, y que incluso en las condiciones más extremas es posible encontrar un propósito que permita trascender el sufrimiento. Rollo May, por su parte, ha destacado la importancia de la ansiedad existencial como motor de crecimiento y la necesidad de integrar el amor y la voluntad en la experiencia humana.

3.2 Principios fundamentales de la Psicología Humanista

La psicología humanista, conocida como la “tercera fuerza” en la psicología, se establece como una alternativa filosófica y metodológica a las corrientes dominantes del conductismo y el psicoanálisis. Sus principios fundamentales incluyen:

-Holismo: El ser humano es una totalidad integrada (mente, cuerpo, espíritu) que no puede ser comprendida adecuadamente mediante el análisis de sus partes aisladas.

-Experiencia subjetiva: Se privilegia la experiencia subjetiva, la conciencia y la intencionalidad como aspectos cruciales de la existencia humana.

-Tendencia a la autorrealización: Todo individuo posee una tendencia innata hacia el crecimiento, la salud psicológica y la realización plena de su potencial.

-Libertad y responsabilidad: El ser humano es libre para tomar decisiones significativas y responsable de su propio desarrollo y sentido vital.

-Búsqueda de sentido y propósito: La salud mental se define por la participación activa en el proceso de autorrealización y la búsqueda de un propósito vital, más allá de la mera ausencia de síntomas patológicos.

- Relación terapéutica auténtica: La relación entre terapeuta y cliente se basa en la empatía, la autenticidad y la aceptación incondicional, creando un clima psicológico que facilita el crecimiento y la integración de la experiencia¹²¹³²³.

Estos principios han revolucionado la psicología, dirigiendo el foco hacia las fortalezas, las virtudes y el potencial de trascendencia se basa en la creencia fundamental de que cada persona posee una “tendencia actualizante”, es decir, una capacidad inherente y los recursos necesarios para el crecimiento, la curación y la solución de sus propios problemas. El rol del terapeuta es el de facilitador, creando las condiciones óptimas para que este potencial innato se libere.

Rogers también desarrolló el concepto de la Persona Plenamente Funcional, equivalente a la persona autorrealizada de Maslow. Esta persona está completamente abierta a la experiencia, vive existencialmente en el presente, confía en sus propios juicios y sentimientos internos, y se mueve con una sensación creciente de libertad y creatividad.

3.2.1 Teoría de la Motivación y Autorrealización: Abraham Maslow

Abraham Maslow (1908-1970) es conocido por su teoría de la Jerarquía de Necesidades, popularmente representada como la Pirámide de Maslow. Esta teoría organiza las necesidades humanas desde las más básicas y biológicas hasta las más elevadas y psicológicas:

1. Necesidades fisiológicas: Alimentación, sueño, refugio, etc.
2. Necesidades de seguridad: Estabilidad, protección, orden. Necesidades de pertenencia y amor: Afecto, amistad, integración social.
4. Necesidades de estima: Logro, competencia, respeto propio y reconocimiento.
5. Necesidad de autorrealización: Impulso de convertirse en la persona que uno es capaz de ser, alcanzar el máximo potencial y expresar plenamente las capacidades únicas.

Maslow agrupó los cuatro primeros niveles bajo el término “necesidades de déficit” (D-needs), que se activan por carencia y buscan restaurar el equilibrio. La autorrealización, en cambio, es una “necesidad de ser” (B-need), orientada al crecimiento y la trascendencia.

La autorrealización es el concepto central y unificador de la psicología humanista, representa la motivación intrínseca que guía a los seres humanos hacia el desarrollo completo de sus capacidades y la dedicación a valores superiores. Maslow estudió a individuos autorrealizados, como Eleanor Roosevelt y Albert Einstein, identificando características comunes como la aceptación de sí mismos y de los demás, la espontaneidad, el sentido del humor filosófico y la frecuente experimentación de “experiencias cumbre”.

3.2.2 Psicoterapia Existencial y Análisis del Sentido: Rollo May

Rollo May (1909-1994) es una figura central en la integración de la filosofía existencial con la psicología humanista. Su obra se centra en las preocupaciones existenciales fundamentales: el significado, la libertad, la ansiedad, la muerte, el amor y la responsabilidad. May propuso una psicoterapia que ayuda al individuo a confrontar creativamente los dilemas de la existencia, en lugar de eliminar los síntomas sin abordar su raíz experiencial.

Uno de los temas más desarrollados en su obra es la ansiedad existencial, entendida como una experiencia natural e inevitable, asociada a la libertad y la toma de decisiones. La ansiedad no debe ser suprimida, sino reconocida y enfrentada como parte del proceso de crecimiento. May también analizó la relación entre amor y voluntad, destacando la importancia de integrar ambas dimensiones para una vida auténtica y comprometida.

3.2.3 Otros autores relevantes

Erich Fromm: Desarrolló un enfoque humanista que integra la psicología, la filosofía y el análisis social, destacando la importancia del amor, la libertad y la creatividad en la realización personal y la crítica al consumismo y la alienación de la sociedad moderna.

Fritz Perls: Fundador de la terapia gestáltica, que enfatiza la experiencia presente, la conciencia corporal y la integración de las polaridades internas.

Kurt Goldstein: Pionero en el estudio de la autorrealización y el potencial humano, influyó en la teoría de Maslow y en la psicología de la Gestalt.

Karen Horney, Harry Stack Sullivan, Gordon Allport: Contribuyeron desde la psicología interpersonal y neofreudiana, enfatizando la importancia de las relaciones sociales y la experiencia subjetiva.

Eugene Gendlin: Desarrolló la Filosofía de lo Implícito y el Focusing, técnicas que permiten acceder a la sabiduría corporal y al significado implícito en la experiencia.

3.2.4 Fundamentos epistemológicos y metodológicos de la Psicología Humanista

La psicología humanista se caracteriza por una crítica al positivismo metodológico y al reduccionismo científico que predominaban en la psicología del siglo XX. Se cuestiona la posibilidad y la conveniencia de un acercamiento neutro y mecanicista al estudio del ser humano, proponiendo en su lugar una ciencia que valore la experiencia subjetiva, la creatividad y la pluralidad de perspectivas.

El conocimiento experiencial es considerado prioritario respecto al conocimiento verbal-conceptual, aunque ambos deben integrarse en una comprensión más densa y sustancial de la realidad humana. La investigación cualitativa, la fenomenología y la hermenéutica son los métodos preferidos para explorar la complejidad de la experiencia vivida.

La psicología humanista se inscribe en el paradigma histórico-hermenéutico y crítico-social, que privilegia la comprensión, la emancipación y la transformación personal y social. El método fenomenológico, inspirado en Husserl y Heidegger, es central para la investigación y la práctica clínica humanista.

La investigación cooperativa, la implicación del investigador o terapeuta, como co-sujeto y la integración de diferentes formas de conocimiento (experiencial, práctico, presentacional y proposicional) son principios metodológicos clave en la psicología humanista.

3.2.5 Relación entre Filosofía (Fenomenología, Existencialismo) y Práctica Clínica

La psicología humanista integra los aportes de la fenomenología y el existencialismo en la práctica clínica, enfatizando la importancia de la experiencia presente, la autenticidad, la empatía y la búsqueda de sentido. El terapeuta humanista adopta una actitud fenomenológica, poniendo entre paréntesis sus propios prejuicios y teorías para comprender la vivencia del cliente en sus propios términos.

La relación terapéutica se concibe como un encuentro existencial entre dos personas que comparten sus respectivos mundos experienciales, en un diálogo horizontal y auténtico. El significado se construye en la interacción, y el proceso terapéutico se orienta a facilitar la integración y la simbolización de las experiencias.

3.3 Teoría Feminista y Perspectiva de Género

El pensamiento feminista es el conjunto plural de conocimientos, saberes y posicionamientos políticos-intelectuales críticos, y a veces contrapuestos, que busca entender, analizar y transformar el orden cultural de género. Entendiendo por "GÉNERO" una categoría central en tanto contribuye a explicar el funcionamiento del sistema que coloca a mujeres y sujetos feminizados en posiciones de subordinación política, social y económica con respecto a los varones. (Chaparro Martínez, 2021)

Las llamadas olas del feminismo son procesos y momentos históricos de auge, crecimiento e incidencia del feminismo en el mundo. Desde la conciencia crítica individual y social se convoca a transformaciones para eliminar la discriminación y erradicar la violencia contra mujeres y niñas.

Menciona Marcela Lagarde y De Los Ríos, *"en sus nichos y procesos el feminismo ha expresado el anhelo de las mujeres de hacer realidad las promesas contenidas en el paradigma utópico de la modernidad: igualdad, desarrollo, progreso y democracia, y de sus principios de universalidad, diversidad y no exclusión, en pos del bienestar y*

la calidad de vida, la vida libre de violencia. Cada marca de condición social y de identidad, impacta la condición de desarrollo de las personas”

La sociedad ejerce el control sobre sus vidas a través de instituciones patriarcales del Estado, la iglesia, la pareja, la familia, la comunidad, los medios y las mentalidades hegemónicas promotoras de ideologías prácticas misóginas. (Lagarde y de los Ríos, 2022) En mismo sentido Nogueiras (2018) también concluye que *“en el feminismo, la salud adquiere una dimensión profundamente política, al estar determinada por las condiciones estructurales, materiales y simbólicas, impuestas por el patriarcado en la vida de las mujeres. La idea de que existe una clara y estrecha relación entre el malestar y la enfermedad de las mujeres y las limitaciones que las estructuras patriarcales imponen en sus vidas, forma parte de las raíces mismas de la teoría feminista. La salud es una dimensión fundamental de la vida y el feminismo, desde sus orígenes, desvela que se ve profundamente afectada por el sistema de dominación de los hombres sobre las mujeres. El concepto de salud feminista es biopsicosociopolítico y el feminismo muestra que la política sanitaria del patriarcado es una de las herramientas fundamentales para el control y la subordinación de las mujeres”*.

Así, retomamos de Chaparro Martínez, un breve esbozo de momentos claves de los orígenes de la configuración del feminismo: Europa Occidental durante los siglos XVII Y XVIII surge “la Ilustración” como un movimiento filosófico-político de la modernidad que apela a la liberación del hombre de la inocencia y su oscuridad intelectual. Su lema es *Sapare Aude (Atrévete a saber)*, promoviendo la razón, la crítica y la reflexión. Las feministas de la época, como Mary Astell, objetan el discurso “si los hombres nacen libres, ¿cómo es que las mujeres nacen esclavas? “. El discurso ilustrado habla de libertad, igualdad y autonomía, pero solo para y entre varones; habla del uso de la razón, pero sus razones por excluir a las mujeres son irracionales.

Las feministas las tornan en demandas ético-políticas al denunciar aquello que Celia Amorós llama “universales fraudulentos”. Mencionar también los trabajos proto feministas de Christine de Pizán, quien en *La Ciudad de las Damas* subraya que las resistencias contra la educación de las mujeres no eran sino señal de que “las opiniones de los hombres no se fundamentaban todas sobre la razón”. El feminismo ilustrado marca el comienzo de una nueva manera de sistematizar el conocimiento mediante obras críticas a posiciones supuestamente progresistas, pero que en realidad consideran la desigualdad entre hombres y mujeres como un orden no solo natural e insuperable, sino también justo. A pesar de ello, el feminismo ilustrado constituye el primer cimiento para las movilizaciones de mujeres durante el siglo XIX y que fueron encabezadas por sufragistas como por feministas socialistas.

En el siglo XIX, las mujeres en casi todo el mundo carecían de libertades; no podían heredar ni tener propiedades, administrar dinero, recibir una educación similar a la de los varones, asociarse y hablar en público, predicar en la iglesia u obtener la tutela de sus hijas e hijos. Sin embargo, no fue la desigualdad política de las mujeres per se lo que las llevó a una convicción sufragista; de acuerdo con Mary Nash, debido a la conjunción de dos factores político-ideológicos específicos: el protestantismo y el abolicionismo en Estados Unidos.

A estos sumamos el feminismo socialista que coincidía con el sufragista en la importancia del voto. El activismo y las huelgas de trabajadoras contribuyeron a crear tensiones sociales que habrían de ser resueltas a través de la consecución de derechos políticos -como el sufragio- y también derechos laborales concretados hasta el siglo XX, permitiendo la entrada de mujeres a espacios otrora negados, como la educación superior; y por otro, evidenciaron que los problemas de desigualdad requerían más que logros legales y políticos.

En la publicación “El Segundo sexo” (1949) de Simone de Beauvoir es sumamente significativa para el feminismo académico en los años de posguerra. Pues a pesar de haber conseguido derechos políticos sin precedentes, algo más debe explicar la continuación de las relaciones de subordinación entre hombres y mujeres, Beauvoir habla del hábito arraigado de la subordinación de las mujeres en la sociedad, no puede remontarse a una explicación histórica ni a fechas funcionales, sino a los significados que los cuerpos de las mujeres tienen en la cultura.

La obra de Beauvoir nos ofrece un planteamiento epistemológico donde la condición de las mujeres – algo que después llamaremos *género*- es cuestionada. Estos son parte de la base de trabajos donde se complejizan las explicaciones sobre el origen de la subordinación y los hábitos arraigados, hábitos vistos como naturales que sostienen el sistema de desigualdades.

En 1955 John Money diferencia entre las características biológicas (sexo) y las características culturales que distinguen a hombres y mujeres, usando el término “género”. Y en los 70’s, la idea de rol de género como un constructo social fue retomada por el psicoanalista Robert Stoller y Ralph Greenson, introduciendo la noción de identidad de género para expresar el conocimiento, consciente o no, que una persona tiene sobre sí misma en cuanto a su pertenencia a un sexo y no al otro.

A inicios de la década de 1960, en Estados Unidos, Betty Friedan cuestionó a profundidad el estilo de vida, trabajo y familia de la esposa educada de la clase media, desenmascarando dichos fenómenos como injustos, desiguales, absurdos y destructivos. Siguiendo el espíritu de la obra *The Second Sex*, en 1963 Friedan critica la cultura y las condiciones del papel doméstico de las mujeres casadas en su gran libro *The Feminine Mystique* o *La mística de la feminidad*, con este término, calificó la ideología de género prevaleciente durante el periodo posbélico, la tendencia era pensar en los padres como proveedores, más que como participantes en las

responsabilidades hogareñas y en la crianza de los niños, las actividades domésticas eran consideradas como fundamentales para la verdadera realización del ideal femenino. Friedan creía que el problema eran casi todas las limitaciones impuestas por la esfera doméstica sobre las mujeres casadas y madres: una realidad que les causaba un sentimiento de culpa profundo cuando se atrevían a hacer o sentir algo no relacionado con su hogar, hijos o marido.

“El problema que no tiene nombre” es la expresión poderosa que acuñó Friedman, refiriéndose a ese malestar profundo y silencioso que muchas mujeres estadounidenses de clase media experimentaban en los años 50 y 60, a pesar de tener “la vida perfecta”: esposo, hijos, casa, electrodomésticos modernos; pero aun así, sentían un vacío, una insatisfacción inexplicable. Lo cual les provocaba una sensación de angustia, ansiedad, depresión y más, que no se podía nombrar ni explicar fácilmente. Friedan visibilizó que este malestar no era individual, sino estructural y colectivo. Al admitir que ella misma se ajustaba a la imagen estereotipada del ama de casa de los suburbios, Friedan animó a las mujeres a transformar sus vidas.

Friedan percibió la situación de las mujeres por medio del tipo de trabajo que realizaban. Los relatos contenidos en multitud de entrevistas le proporcionaron un acercamiento al estudio de las subjetividades de las mujeres y su detallado análisis de lo que consideraba un alto nivel de opresión le proporcionaron materiales para un discurso contrahegemónico que intentaba desestabilizar el discurso dominante de género. Friedman asoció el trabajo doméstico y la existencia del ama de casa con los componentes personales, psicológicos, culturales y materiales de su identidad. Consideraba que la psicología y el psicoanálisis podían explicar los problemas sociales.

Dado su mensaje e influencia entre las mujeres, se cree que el libro tuvo un papel preponderante en ayudar al avance del Movimiento de Liberación Femenil de las décadas de 1960 y 1970 en Estados Unidos, también conocido como el "Feminismo de la Segunda Ola". (Bloch, Avital H. 2013)

En la década de los 70's se institucionalizan los estudios de género y el feminismo en las universidades de diversas partes del mundo incluyendo México.

El género se convierte, poco a poco, en una categoría de análisis central para explicar y describir la complejidad de las relaciones asimétricas entre mujeres y varones, y a mostrar la manera en que cada fenómeno de la vida social está atravesado por relaciones de desigualdad, articulándose además con categorías como raza, sexualidad, etnia, clase, edad y orientación sexual, necesarias para explicar procesos simultáneos de subordinación e injusticia.

En resumen: la configuración del pensamiento feminista moderno comenzó denunciando falsos igualitarismos y reclamando derechos políticos y sociales para las mujeres. Más tarde, el desarrollo e institucionalización de los estudios de género y la epistemología feminista contribuirían a dotar de rigor teórico-metodológico a esas denuncias. La categoría género surgió para entender y explicar la subordinación de ciertos sujetos sociales, y contribuir a denunciar las injusticias con que se ha construido el conocimiento considerado legítimo. El pensamiento feminista ha cuestionado ampliamente la supremacía androcéntrica del conocimiento. (Chapa Romero, 2024)

El feminismo permite interpretaciones distintas a las hegemónicas. Así Marcela Lagarde comenta: *"A veces no ha sido suficiente la experiencia vivida para que algunas mujeres se dieran cuenta de lo fáctico del mundo patriarcal, y de sus contradicciones en el tratamiento a las mujeres. Por una parte, fóbico, misógino y, por otra parte, la mujer y las mujeres idealizadas como musas, madresposas,*

sacrificadas, abnegadas, apasionadas, entregadas. Diversas ideologías cautivan a las cautivas. Plagadas de engaños y mentiras, de diversas narrativas: mitos, leyendas, creencias, en la dimensión imaginaria de la subjetividad. Incluso en discursos y prácticas religiosas y científicas pretendidamente neutras y sin prejuicios. Por el contrario, desde ese disfraz, buscan ocultar la discriminación que generan edulcorarla y niegan toda responsabilidad sobre las consecuencias de los daños patriarcales.”.

Lagarde menciona que esas desigualdades generan inseguridad y baja autoestima en las mujeres. (Lagarde y de los Ríos M., 2022)

Ahora bien, la perspectiva de género está basada en la teoría del género y se inscribe en el paradigma teórico-histórico-crítico y cultural del feminismo, con su filosofía posthumanista, por su crítica de la concepción androcéntrica de la humanidad que dejó fuera a la mitad del género humano: las mujeres. La perspectiva de género *tiene* como uno de sus fines contribuir a la construcción subjetiva y social de una nueva configuración a partir de la resignificación de la historia, la sociedad, la cultura, la política desde las mujeres y con las mujeres, reconociendo la diversidad de géneros y la existencia de las mujeres y los hombres, como un principio esencial en la construcción de una humanidad diversa y democrática. Sin embargo, plantea que la dominación de género produce la opresión de género y ambas obstaculizan esta posibilidad. (Lagarde y de los Ríos, 2018)

Desde un análisis antropológico de la cultura es importante reconocer que todas las culturas elaboran cosmovisiones sobre los géneros siendo únicas en cada uno, y lo incorpora además a la identidad cultural conteniendo ideas, prejuicios, valores, interpretaciones, normas, deberes y prohibiciones sobre la vida de las mujeres y los hombres, la cosmovisión de género propia, particular, es marcadamente etnocentrista. Siendo posible que en una persona converjan

de género no es natural, es política. cosmovisiones de género diversas, por ejemplo venir de fuentes tradicionales religiosas milenarias, otros más recientes provenientes del racionalismo científico, así se vuelve sincrética coexistiendo ambas con mayor o menor tensión y conflictos aspectos eclécticos de diversas cosmovisiones.

La perspectiva de género exige además nuevos conocimientos, y la crisis intelectual y afectiva que produce el contacto con ideas, valores y propuestas distintas a las propias es enorme.

La clave feminista de la autoestima y la mismidad, es el yo-misma, el amor propio, la autoafirmación, la confianza en una misma, y en nosotras. Los cuidados y la salud de cada mujer y de todas, son prioritarios. El proyecto de vida personal y la formación intelectual, son necesarios para lograr una conciencia crítica e ilustrada que fundamente la vivencia de experiencias necesarias prohibidas o escatimadas a las mujeres. No todo lo prohibido por género es una aspiración. El proceso crítico permite desmontar aquello que no conviene a las mujeres.

Entonces es preciso ponernos gafas violetas para mirar con perspectiva de género, para reconocer la propia condición y con el bagaje teórico y metodológico de la epistemología femenina, analizar el mundo.

En el caso de los hombres, ¿existirá una ceguera del privilegio?, pues requieren también ponerse las gafas de perspectiva de género para reconocer su propia condición de género desmontar prejuicios, estigmas, privilegios y capacidad de daño, y asumir ideas y valores feministas en el análisis político del mundo.

Cada mujer y cada hombre es una mezcla de condiciones en proceso permanente de renovación o conservación, en el marco de las tensiones de género. Las condiciones de género son sincretistas en grados y aspectos diversos.

Sin embargo, la perspectiva de género ha sido víctima de la burocratización por parte de quienes impulsan acciones que inciden en la reorganización social, la

reconversión económica y política, y la aculturación de las mujeres. Más allá de sólo sumarla a la concepción del mundo patriarcal, debe modificar sus creencias, sus valores y sus principios. Así solo se aplican a programas y proyectos solo por el nombre sin verdadera capacitación adecuada de quienes los transmiten.

Desde el enfoque aséptico de género, los temas más socorridos se refieren a la relación de las mujeres con la protección del medio ambiente, la incorporación de las mujeres a algunos procesos de producción o comercialización para hacer algo con su pobreza, la atención de aspectos inconexos de la salud de las mujeres, el impulso a la atención de las mujeres víctimas de la violencia, la inclusión de las mujeres en procesos participativos y de ciudadanización, la capacitación de mujeres en diversas habilidades y oficios, y otros.

Por todo lo anterior mencionado, la definición y el abordaje de la salud mental y física en nuestra sociedad son patriarcales tanto como la misma forma de enfermar. De ahí la importancia de ver con perspectiva de género, porque el androcentrismo está presente a todos los niveles, por ejemplo 'más allá del aspecto sexual y reproductivo, las diferencias en salud y enfermedad entre hombres y mujeres son inexistentes o irrelevantes. Como consecuencia, se invisibilizan las necesidades específicas: se atiende más a la salud física que a la mental-social, y se limita lo mental-social a lo biológico. Hay una inadecuación de la atención, accesibilidad y distribución de recursos a las necesidades de las mujeres, cayendo muchas veces en la medicalización de estas por falta de respuestas adaptadas. (Benedicto, 2018)

En las desigualdades de género en salud hay una maraña de factores biológicos (genéticos, hormonales, anatómicos), psicológicos, ambientales y sociales. Las autoridades sanitarias, privilegian el cumplimiento de los roles heteronormativo, se ignora o sanciona las identidades disidentes. Determinados comportamientos generalmente asociados "lo femenino" (el llanto, la pasividad, la labilidad emocional,

la necesidad de validación externa) están valorados negativamente y son adjudicables a trastornos mentales. Socialmente se estigmatizan más los sufrimientos derivados de estos comportamientos que otros más agresivos, individualistas o de escasa expresividad emocional que son más típicamente masculinos.

Se entiende por mandato de género la sumisión a los roles patriarcales de comportamiento y socialización que son aprendidos culturalmente y luego son interiorizados. Hay tres pilares: en primer lugar, la división sexista del trabajo: el sometiendo a la reproducción de la fuerza de trabajo mecanizada y masculinizada, quedando subordinada al hombre en lo económico y en el espacio público, inclusive si trabaja asalariadamente es de menor monta económica y sigue con las tareas en casa, lo que la lleva a sobrecarga y alto estrés mental. En segundo lugar, la sexualización del mundo: la reducción de la mujer al cuerpo sexuado, objetivándola y sometiénola al deseo masculino. La cosificación de la mujer. En tercer lugar, la construcción de subjetividades de género que afectan a lo simbólico y a lo materia.

La feminidad normativa se basa, en lo personal, en el culto a la belleza, la docilidad y la vulnerabilidad, y, en lo relacional, en el cuidado y la entrega a los otros. Esta combinación es la que dentro del locus de control y de autoestima también están íntimamente ligadas la autoestima, la persecución de modelos de perfección, y consecuentemente a la culpa; culpa por ineficiencia, inadecuación o trasgresión de los roles de género. Se les responsabiliza del fracaso de los otros. La culpa y el sufrimiento son una garantía de sumisión al rol impuesto. Se les castiga y muestra como ejemplo para producir miedo y culpa.

Bajo estos mandatos, el mundo simbólico no se corresponde con la experiencia propia, por lo que esta no queda legitimada, y no hay tampoco autoconocimiento, falta identificar las palabras que definan.

. La clave feminista está en reconocer que la conciencia crítica de género, cimiento del feminismo, se encuentra en las historias de vida, la subjetividad y los cuerpos en las ideas, los afectos, las creencias, las interpretaciones, las narrativas, emanadas desde diversas posiciones o ubis, y divulgadas reproducidas por diversos actores y sujetos, desde variados campos del conocimiento la política.

El feminismo, como movimiento social y marco teórico, ha sido fundamental para visibilizar las experiencias de las mujeres en todas las etapas de la vida, incluyendo el climaterio. Sin embargo, algunos enfoques críticos sugieren que ciertas interpretaciones feministas podrían influir en cómo las mujeres perciben y enfrentan esta etapa.

El climaterio, que marca la transición hacia la menopausia, está acompañado de cambios biológicos, psicológicos y sociales. Desde una perspectiva feminista, se ha argumentado que la medicalización y patologización de esta etapa son reflejo de estructuras patriarcales que buscan controlar el cuerpo femenino. Por ejemplo, la presión social para mantener estándares de juventud y belleza puede intensificar los malestares emocionales y físicos de las mujeres climatéricas.

Además, el feminismo ha señalado cómo los roles de género tradicionales, que asignan a las mujeres responsabilidades desproporcionadas en el ámbito doméstico y familiar, pueden exacerbar el estrés y la carga emocional durante el climaterio. Este enfoque destaca la importancia de abordar el bienestar de las mujeres desde una perspectiva integral, que reconozca las intersecciones entre género, salud y sociedad. Por otro lado, el feminismo también ha promovido herramientas para empoderar a las mujeres en esta etapa, fomentando la autoaceptación y el cuestionamiento de normas sociales opresivas. Esto puede ayudar a transformar los malestares en oportunidades para el crecimiento personal y la reivindicación de derechos.

El manejo con perspectiva de género es esencial para abordar los malestares de las mujeres en etapa climatérica, ya que permite comprender y atender las necesidades específicas derivadas de las desigualdades estructurales que enfrentan. El climaterio, que incluye la transición hacia la menopausia, no sólo implica cambios biológicos, sino también desafíos psicológicos y sociales. Desde una perspectiva de género, se reconoce que las mujeres en esta etapa a menudo enfrentan una doble carga: por un lado, los síntomas físicos como sofocos, insomnio y cambios hormonales; por otro, las expectativas sociales y los roles de género que pueden intensificar su estrés y malestar.

Un enfoque con perspectiva de género permite:

1. Visibilizar las desigualdades: Muchas mujeres asumen responsabilidades desproporcionadas en el cuidado de familiares, lo que puede agravar su carga emocional durante el climaterio.
2. Desafiar la medicalización excesiva: La perspectiva de género cuestiona la tendencia a tratar el climaterio exclusivamente como un problema médico, promoviendo en cambio un enfoque integral que incluya apoyo psicológico y social.
3. Promover políticas públicas inclusivas: Es fundamental diseñar programas de salud que consideren las experiencias únicas de las mujeres climatéricas, incluyendo acceso a información, tratamientos y redes de apoyo.

Además, este enfoque fomenta la autoaceptación y el empoderamiento, ayudando a las mujeres a redefinir esta etapa como una oportunidad para el crecimiento personal y la reivindicación de sus derechos.

Marcela Lagarde plantea conceptos clave para el empoderamiento de las mujeres desde una perspectiva feminista. En su obra, *“Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres”*, enfatiza la autonomía, la autoestima y la sororidad como pilares para que las mujeres puedan liberarse de las estructuras patriarcales.

Lagarde propone que el empoderamiento comienza con la construcción de una autoestima sólida, que permita a las mujeres reconocerse como sujetas de derechos y capacidades. Además, destaca la necesidad de cuestionar los roles de género tradicionales y las normas sociales que perpetúan la desigualdad. La sororidad, entendida como la solidaridad entre mujeres, es otro elemento esencial en su enfoque, ya que fomenta el apoyo mutuo y la creación de redes que fortalecen a las mujeres en sus luchas individuales y colectivas. Su trabajo también incluye la idea de transformar la utopía feminista en una "topía", es decir, en realidades tangibles donde las mujeres puedan vivir libres de violencia y opresión. Lagarde invita a las mujeres a reflexionar sobre su propia vida y a tomar acciones concretas para alcanzar su emancipación.

Marcela Lagarde aborda el empoderamiento de las mujeres desde múltiples perspectivas, ofreciendo herramientas teóricas y prácticas para su autonomía y poderío. Algunas de las claves que desarrolla en su obra:

1. Autoestima: Lagarde enfatiza la importancia de que las mujeres construyan una autoestima sólida, reconociendo su valor y capacidades. Esto implica cuestionar las narrativas patriarcales que han limitado su percepción de sí mismas.
2. Autonomía: Para Lagarde, la autonomía es esencial. Las mujeres deben ser capaces de tomar decisiones sobre sus vidas, cuerpos y proyectos, libres de coerción o influencia externa.
3. Sororidad: La solidaridad entre mujeres es un pilar fundamental. La sororidad fomenta el apoyo mutuo y la creación de redes que fortalezcan a las mujeres en sus luchas individuales y colectivas.
4. Transformación de la utopía en "topía": Lagarde invita a las mujeres a convertir los ideales feministas en realidades tangibles, creando espacios donde puedan vivir libres de violencia y opresión.

Cuestionamiento de roles de género: Lagarde anima a las mujeres a desafiar los roles tradicionales que perpetúan la desigualdad, promoviendo una visión crítica de las normas sociales.

1. Educación y reflexión: destaca la importancia de la educación feminista y la reflexión personal como herramientas para el empoderamiento.
2. Acción colectiva: Lagarde subraya que el cambio no solo es individual, sino también colectivo.
3. Las mujeres deben organizarse y participar activamente en movimientos sociales para transformar las estructuras opresivas.

Cada una de estas claves está diseñada para ayudar a las mujeres a liberarse de las limitaciones impuestas por el patriarcado y a construir vidas plenas y autónomas.

3.4 Hacia una Ginecología Humanista: Integración de una Psicología Humanista con Perspectiva de Género

Como ya lo dijimos cada persona percibe las cosas de acuerdo al cristal a través del cual la miran, así mayormente en general, la mirada hacia la mujer es muy sesgada, muy patriarcal, por lo tanto, marcada por una desigualdad social en donde la mujer es invisibilizada o es un ser humano de segunda, violentado en sus derechos e invalidado en sus experiencias, malestares y su poder de decisión.

Hace falta promover una ginecología humanista cuyos propósitos sean reconocer y validar la experiencia subjetiva de cada mujer, integrando la narrativa terapéutica para resignificar el cuerpo y la historia personal promoviendo la autonomía y la toma de decisiones informadas e incorpore rituales simbólicos y prácticas que fortalezcan el bienestar integral de la mujer, esto es la piedra angular que pretendemos.

Porque las vidas de las mujeres están vividas en un cuerpo que es hecho de historias, narrativas directrices, mandatos narrados por otros, pero apropiados y

reescritos por ellas mismas, que afectan su comportamiento y pueden causar malestares, hay que sacudir las certezas establecidas y seguir formulándonos preguntas que pudieran sonar atípicas o fuera de lugar, pues así como saliendo de lo convencional, de la norma, de los cánones de la estructura patriarcal y así, y solo así, descubriremos como el ser humano se estudia bajo la mirada antropocéntrica que invalida o invisibiliza mayormente que las diferencias entre hombres y mujeres se dan no solo por su determinación biológica, sino también por las diferencias culturales asignadas a los seres humanos, y podríamos visualizar más la desigualdad entre hombres y mujeres, es decir, mirar con perspectiva de género.

“No se pueden conectar los puntos mirando hacia adelante, solo los puedes conectar mirando hacia atrás” palabras muy ciertas de Steve Jobs. Así al detenemos no solo a mirar, sino a revivir las experiencias propias con los modelos tradicionales de atención a la mujer, se puede notar como frecuentemente se invisibiliza tanto la experiencia subjetiva y la autonomía de las mujeres a largo de toda su vida, también las diferencias físico-psicológicas y de género con los hombres. Por eso surge la propuesta de la práctica de una “ginecología humanista” en respuesta crítica y transformadora la cual integra los fundamentos de la psicología humanista con una perspectiva feminista, para resignificar el cuerpo femenino desde la dignidad, la narrativa y el cuidado ético.

. Para humanizar las prácticas en salud debemos considerar a toda persona como sujeto de derechos y en relación con todas las dimensiones que intervienen y afectan su vida, pensándola dentro del contexto histórico y social en el que se desenvuelve. Debemos recuperar la idea de que el cuidado y la enfermedad constituyen hechos estructurales en toda sociedad, que expresan tanto fenómenos epidemiológicos y clínicos, así como las condiciones sociales, económicas y culturales que definen y condicionan sus diferentes formas de vivir.

Hoy en día nuestra práctica relacional terapeuta-cliente/paciente, debe ser reformulada debido a la afectación que sufre por factores tecnológicos y sociales en que vivimos, la velocidad de aparición de gran cantidad de información con la que cuentan y a la que acceden nuestros pacientes/clientes, sus preferencias y temores, los influencers, la mercadotecnia, la data, la manosfera o la machosesfera así como la femosfera, la evidencia científica disponible, la factibilidad y adecuación de ciertas propuestas diagnósticas y/o terapéuticas, la tendencia a la patologización y medicalización, por eso y más es, ante este contexto del vertiginoso de desarrollo tecnológico y “evolución científica” en la cual todos pueden acceder a información dictada por la IA (Inteligencia Artificial) y seguir sus instrucciones, necesario que cobren importancia los modelos centrados en las personas. Un modelo humanista, un modelo de atención centrado en la persona sustentado desde el cambio de paradigma contrahegemónico al que responde, aplicando un enfoque biopsicosocial y contextualizado del paciente, relacional por la presencia de nosotros psicoterapeutas.

Análisis sobre modelos de atención médica hacen notar la “deshumanización” que se presenta en ese ámbito tanto institucional como privado, no se “cuida” a las personas, se les generaliza y cosifica, son parte de una estadística. Si bien, las mismas enfermedades o malestares (desde el punto de vista de su clasificación fisiopatológica) inciden de forma diferente conforme la historia, el contexto y los recursos subjetivos y materiales de cada sujeto (el «código postal») que termina definiendo sus condiciones de vida. Se hace necesario tener una visión integral de la persona como contrapartida al modelo biologicista que fue incrementando su reduccionismo, la fragmentación o superespecialización excesiva, donde solo se ve una parte de la persona y se tiene una sesgada visión curativa. La persona humana es holística y relacional. Dejar atrás el modelo tecnocrático que enfatiza la separación

entre mente y cuerpo y ve el cuerpo como una máquina, aplicando un modelo humanista que enfatiza la conexión mente-cuerpo y define el cuerpo como un organismo que vive relacionado con todo.

De acuerdo a los psicólogos sociales, existen dos tipos de deshumanización: la mecanicista, en la que las personas son tratadas como objetos y, la animalista, en la que son tratadas como entes irracionales, impulsivos y sin responsabilidad moral (Ambrosio, 21)

Mi punto de vista como médica de institución pública e inclusive ejerciendo práctica privada, cambio enormemente durante mi proceso de formación como psicoterapeuta humanista. Ni más, cuando yo misma experimento los cambios corporales propios de la edad y me siento atacada por cartabones de prescripciones médicas que desvalorizan mis temores, porque te dicen los colegas que no debo tener miedo si soy doctora, es cuando no es lo mismo estar de un lado que otro del escritorio. Por vivencias personales y confrontaciones médicas, es cuando más me preguntaba ¿qué experiencias podrían tener mis pacientes con tanta información, y toda la madeja de dudas al respecto, recordando que cada una posee su propia cosmovisión y tal vez, no se atreven a decir por miedo a la burla o por no ser escuchadas? Es entonces cuando se puede considerar que es totalmente necesario humanizar nuevamente la Medicina para garantizar una atención centrada en la persona, equilibrando la alta tecnología y conocimientos con empatía, respeto y escucha activa. La humanización busca que no se pierda la esencia del cuidado humano.

Recalco el cuidado humano es la base, reconociendo el cuidado como una práctica relacional y política que requiere la presencia de nosotros hacia nosotros y hacia la otredad.

Incluso hay quienes consideran “humanizar la Medicina es hacer una Medicina feminista” pues es necesario quitar la identidad médica en la que los profesionales de

salud son vistos como héroes o dioses, en similitud con la masculinidad, donde se les pide a los médicos sean fuertes, resistir, no rendirse y mantener una actitud competitiva y de dominio (Marcia Villanueva en Ambrosio 21).

En mi campo profesional como ginecóloga, puedo constatar el proceso donde la atención del parto fue tratada como enfermedad, pues hasta se decía que “se iban a aliviar”, se medicalizó de manera sistémica, aun siendo llamado de bajo riesgo, pasando a ser un proceso tecnificado en el que la mujer tomaba un rol pasivo. A los obstetras nos sorprendió en los años 90’s que nos acusaran de ejercer “violencia obstétrica”. Fuera totalmente de nuestra comprensión, ya que en base a la ciencia y tecnología se vigilaba un trabajo de parto, aplicando instrumentación y medicación para darle prontitud al nacimiento. Cuán lejos estábamos de comprender lo que es violencia, eso de manipular el cuerpo de la mujer desde una jerarquía superior, decidir la vía y momento inclusive de interrupción de la gestación, las llamadas cesáreas innecesarias. Una violencia de género, un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, resultando la pérdida de la autonomía de la mujer. Así fue como surge en contraparte el parto humanizado o respetado, como la forma más saludable de dar mayor bienestar para la mujer y la familia, considerando un rol activo a la mujer fomentando su confianza en sí misma, lo que constituye un proceso de empoderamiento y autogestión, al prevalecer la vigilancia hacia la mujer desde un punto de vista holístico para lograr un parto natural e íntimo, y enfatizando el cuidado de todos los que intervienen en el proceso de embarazo, parto y puerperio (Echeverría P. 2022). Se pueden encontrar multitud de artículos científicos sobre el parto humanizado, la mayoría provenientes del campo de cuidados de enfermería, abordado cómo se realiza y el logro en el bienestar tanto de la madre como de la familia.

Aunque la creación de leyes no garantiza su cumplimiento e incluso puede

depender de la visión subjetiva del ejecutante, ¿con gafas violentas o no?, la existencia de regulaciones gubernamentales en la vigilancia de la salud sexual y reproductiva de la mujer y el parto humanizado, es un paso adelante. Ahora, toca alzar fuerte la voz y hacer notar que no olviden el resto de la vida de la mujer: su adultez y vejez.

El envejecimiento es un proceso universal y aunque el tiempo pasa para todos de igual manera, parece de mayor peso en las mujeres debido que algunos estereotipos asignados al sexo masculino son compatibles con la edad e incluso se acentúan, y los roles de género tradicionalmente asignados a la mujer con la edad se pierden: la belleza de la juventud y la capacidad reproductiva incluso pueden provocar gerascofobia y acentuar trastornos depresivos (Castañeda B., 2012). Concretamente hay reportes de mujeres quienes viven violencia de género presentan un climaterio más sintomático, con peor calidad de vida, mayor prevalencia de síntomas vasomotores, síndrome genitourinario y disfunción endocrina previa a la menopausia fisiológica. Concluyendo la necesidad de un abordaje integral e interdisciplinario para mejorar la atención a estas mujeres y aumentar su visibilización en los sistemas de salud. (Romero & Col., 2025).

Si bien no es el punto central de nuestra tesis y, ya en estos tiempos donde la frase “con perspectiva de género” esta infiltrada en espacios educativos y gubernamentales, consideramos que sería conveniente reforzar las acciones estratégicas de los programas con perspectiva de género de formación educativa en general, e instituir la a profesional en licenciatura de Medicina, carreras afines e inclusive en la formación de psicoterapeutas, para experimentar realmente vivir con perspectiva de género, una materia humanística obligatoria, así se estaría actuando como una forma de “prevención primaria”: al formar médicos con perspectiva de género en una Ginecología humanista, buscando contribuir a crear una sociedad más

igualitaria, ya que se integran conocimientos sobre equidad desde la base científica, además de reducir e identificar y eliminar las barreras y las discriminación que pueden surgir en la práctica médica diaria, ya que entendería como los estereotipos de género influyen en la salud, el acceso a servicios y la exposición a riesgos y también mejorando la relación médico-paciente.

La perspectiva feminista realiza una crítica profunda al androcentrismo en la Medicina y la Ciencia, destacando la importancia de la autonomía corporal y la ética del cuidado (Gilligan, 1982; Federici, 2012). Marcela Lagarde aporta conceptos clave como la sororidad y el poder simbólico, fundamentales para la construcción de espacios de cuidado y empoderamiento, como ya lo hemos expuesto anteriormente.

Carol Gilligan ha argumentado que, debido a las diferencias en su socialización, los hombres tienden a valorar los principios de justicia y derechos, mientras que las mujeres valorar el cuidado y la ayuda a los demás, confrontando la Teoría del Desarrollo Moral de Kohlberg, su maestro, y a quien cuestiona el androcentrismo en la ética tradicional al señalar que las teorías morales dominantes, predominantemente masculinas, equiparan el desarrollo moral con la justicia abstracta e impersonal, “el ideal humano” es masculino y desapegado emocionalmente. Demuestra que existe una “voz diferente” en la moralidad proponiendo una ética del cuidado basada en la experiencia femenina, priorizando la empatía, la relación y la autonomía corporal. En la práctica clínica, esto se traduce en una atención ginecológica humanista que fomenta el diálogo respetuoso y la participación activa de la mujer en su cuidado, evitando la imposición unilateral de decisiones médicas. Gilligan se manifiesta en una atención empática la cual valida la experiencia de la menopausia sin patologizarla.

Sivia Federici desde la historia social, el marxismo y el anticapitalismo, denuncia la explotación del trabajo reproductivo y de cuidados en el sistema patriarcal. Destaca

el análisis del trabajo doméstico, la necesidad de tener retribución económica, que se reciba salario; y de la valoración de la reproducción social (crianza, cuidado, mantenimiento de la vida cotidiana) como la base no remunerada del capitalismo en nuestro caso reflejada en la medicalización excesiva y el control sobre el cuerpo femenino. Las mujeres, son el sujeto fundamental que hace posible la reproducción de la vida y, en esta sociedad capitalista, que hace posible la reproducción de la fuerza del trabajo, la reproducción de los trabajadores. Eso significa, para Federici, que se debe intervenir en cualquier temática, en todas las temáticas. No hay cambio social, no hay perspectiva ni problemática que no afecten la reproducción de la vida. La reproducción de la vida es el punto de partida de la metodología de análisis y de la producción de sus estrategias. Hay un conjunto de luchas que se están desplegando, entre ellas las luchas de defensa de los cuerpos con sus guerras financieras, y eso es lo que nos interesa en esta tesis, en el contexto de la mujer menopáusica, Federici critica la medicalización y control patriarcal que despojan a la mujer de su autonomía, promoviendo en cambio el reconocimiento del cuerpo como espacio de poder y cuidado, y reconocer el valor del trabajo de cuidados invisibilizado.

La ginecología humanista tiene sus bases en el feminismo, en la psicología humanista y ésta a su vez de las filosofías humanistas, es una forma más holística de comprender el ser mujer.

4. Desarrollo de la Propuesta Psicoterapéutica

4.1 Encontrando la Punta del Iceberg: visión hegemónica

Oculto, normalizado, constante, mandando directrices a todo se encuentra la “Hegemonía Patriarcal”. Develarla es un punto de partida, enfrentarla es parte de la solución, porque irónicamente estamos sufriendo por ella. Esa es la raíz que nos alimenta día a día y se va fortaleciendo con la obediencia, cada que se cumple una orden se reafirma su poder. Yo no me di cuenta de ello hasta hace apenas unos 10 años; porque antes seguía al pie de la letra lo que se me inculcó primero como niña y luego como profesionalista, como “médico” y no “médica”. Compruebo, no se puede encontrar lo que no se conoce, pero si se pueden sentir esos “malestares” “que no tienen nombre”, que se intentan tapar con un “así son las cosas”. Entonces es aquí, a estas alturas de mi vida, en la etapa de climaterio tardío, cuando descubro más allá del cambio de mi cuerpo, cuan pesados resultan los señalamientos de la sociedad y mi mismo gremio médico, en donde la perspectiva de género se siente ausente.

Innegablemente, mi ser ginecóloga, además de saber que la terapia de sustitución hormonal en la menopausia, es la terapia más ampliamente estudiada y avalada por las sociedades de Ginecología y apuntalada por las casas farmacéuticas, así como el uso de lubricantes vaginales es muy frecuente, mis gafas violetas me permitieron observar en mí primero y luego en las otras mujeres el “deber ser y hacer, para ser mujer” tal como lo ordenan los mandatos de género. Así, descubrir el cómo los mandatos de género inciden en el cuerpo-mente de una mujer en etapa climatérica/menopausia y cómo agregar un manejo psicoterapéutico, en mi caso de corriente humanista se le puede lograr un mejor-estar, es mi objetivo, la ruta es primero por la descripción puntual de los cambios en un cuerpo envejeciente de una

mujer, y vaya que no hay tantos estudios similares en los hombres, resalto cómo los cambios naturales del paso cronológico natural del tiempo se pueden ir medicalizando y patologizando, además, pues hay que intentar retornar la juventud y la belleza, e inclusive prologar el periodo de reproducción.

Encontramos el factor silencioso que pesa en contra, la falta aplicación de la perspectiva de género, aunque esté presente en las políticas públicas gubernamentales sobre la menopausia, se marca un gran desafío en la atención, tanto por ser una población cada vez más voluminosa como por su costo económico, a fin de lograr el bienestar de la mujer pues afecta también su entorno familiar y laboral. De ahí la propuesta de adscripción de la asignatura “Ginecología humanista” tanto al núcleo de formación básica como profesionales de salud (Medicina, Psicología, Trabajo Social, entre otros) a fin que desarrollen, vivan y experiencien las competencias adecuadas para un trato con perspectiva de género.

El manejo psicoterapéutico de terapia conductivo conductual ya ha sido aprobado por la Sociedad de Ginecología como un manejo útil para control de molestias como sofocos e insomnio durante la menopausia. En nuestra propuesta nos dirigimos específicamente a las molestias provocadas por los mandatos de género en mujeres en climaterio, esos “debo ser” impuestos por la hegemonía patriarcal, que han y siguen marcando los patrones de comportamientos, decisiones e incluso necesidades; así mediante la psicoterapia en un ambiente seguro y con calidez humana apoyamos la validación y resignificación de las experiencias, promoviendo narrativas de sí misma libres de los condicionamientos de género, que reconectan con su autenticidad, autonomía y autocuidado. No sólo busca aliviar el sufrimiento psíquico, sino transformar las condiciones simbólicas que lo generan. Al resignificar la etapa climatérica desde una lógica de justicia simbólica, sororidad y autonomía, se vuelve una herramienta terapéutica con potencial clínico, comunitario y educativo.

4.1.2 El cuerpo de mujer como campo de estudio físico. Del organismo biológico al “cuerpo-vivido”.

El climaterio y la menopausia, más allá de su dimensión biológica, constituyen experiencias profundamente atravesadas por constructos socioculturales, por lo tanto, cada mujer la vive de forma diferente. Sin embargo, los cambios fisiológicos y anatómicos se dan como sucesos cronológicos ampliamente explicados en el capítulo 2 y Anexo 2, donde damos cuenta como el declive estrogénico natural provoca transformaciones físicas externas y de metabolismo interno los cuales se presentan o no, en cada mujer en diferentes grados de intensidad, es el cuerpo que siempre está buscando un nuevo equilibrio como siempre lo ha hecho durante el transcurso de su vida, y se ve influenciado por un sistema social que en esta etapa presiona interpretando la menopausia como una enfermedad con un “declive de feminidad”, una “vejez asexuada” con “pérdida de belleza y juventud”, y obligación de “cuidar a los demás”.

Por eso del “cuerpo-objeto” de mis pacientes, descubrí el “cuerpo-vivido” la reconexión emocional al pedirles que trazaran la línea de tiempo de la vida o de su vida en la cual pudieran visualizarse como fueron cambiando sus cuerpos y sus capacidades, aptitudes y actitudes, desde bebé, infancia, niña, adolescencia, juventud, adultez, y como punto importante como fue la presencia de la menstruación, si tenía o no síntomas físicos asociados, ilusiones, miedos, de que mitos urbanos o familiares le dijeron y con cuales se quedó. Posteriormente que visualizara como cambió su cuerpo, cómo a veces en no lo tomo en cuenta, y en otras con marcas que dejaron huella. Cómo se ha sentido el último año física y emocionalmente, que dudas, miedos y mitos que le han dicho, como que los no los cree pero como que si le dan miedo. Sus planes de familia (los hijos se están yendo), la pareja o no, la intimidad, el trabajo o ya casi logrando la jubilación.

En conclusión, la descripción de los cambios físico detallados en los respectivos capítulos no deben entenderse como la disección de una "máquina defectuosa" en declive, sino como la base material sobre la cual se asienta el cuerpo-vivido. Como se ha expuesto, el climaterio no es un evento aséptico; es una experiencia que confirma la historicidad del cuerpo humano, donde la unidad del sujeto se manifiesta en cada sensación de calor, en cada cambio de la piel y en cada nueva percepción del deseo.

Desde la Ginecología Humanista, el cuerpo deja de ser un mero objeto de estudio físico para convertirse en un territorio de significación y un espacio de resistencia frente a la deshumanización mecanicista que suele reducir a la mujer a su capacidad reproductiva. Reconocer el "cuerpo-vivido" implica validar que el malestar físico (como la sequedad vaginal o el insomnio) está indisolublemente ligado a la biografía de la mujer, a sus temores situados y a los mandatos de género que dictan cómo debe sentirse en esta etapa.

Por lo tanto, este mapeo biológico sirve únicamente como punto de partida para que la mujer pase de ser una "paciente" que padece una "enfermedad por deficiencia", a ser la protagonista de su propia salud, capaz de narrar(se) desde su propia voz y de transitar hacia una plenopausia donde su cuerpo sea habitado desde la dignidad, la autonomía y el placer.

4.1.3 Los Mandatos de Género, su importancia.

Veamos en breve, porque ya lo explicitamos en capítulos anteriores, pero es importante seguir al detalle las entrañas de otro elemento base sobre el cual gira esta propuesta: los mandatos de género. Los neuroantropólogos Dawney y Lende (2012) mencionan que el cerebro es un órgano enculturado, es decir que la cultura moldea

la estructura, y la función neuronal genera prácticas y significados que a su vez son significados socialmente compartidos. En contextos donde los mandatos de género han definido históricamente el valor de la mujer en función de su juventud, fertilidad, rol materno y disponibilidad emocional, estar al cuidado de los demás, entre otros, esta etapa de climaterio puede vivirse con malestar, vergüenza, ansiedad o sensación de pérdida de identidad, de desconexión o reevaluación de su identidad personal y social debido a que estos cambios, se descubre “otra” persona, con pérdida o disminución de capacidades para continuar con sus roles de género femenino, o puede ser una etapa de preguntas sobre las costumbres y normas impuestas sobre éstos, “Quiero decir lo que quiero, ya no me trago lo de “calladita se ve más bonita” , lo digo y me siento mejor”. Sin embargo, con ello se enfrenta a la necesidad de negociar con el espacio social (pareja, intrafamiliar, amigos y laboral) que la desconocen y para quienes eso no es conveniente para ellos, inconscientemente obstaculizaran su proceso. Así llega al espacio de salud buscando la cura a sus malestares, ahí es el sitio donde se puede fortalecer su nueva identidad o apoyar nuevamente a la cadena hegemónica y continuar cumpliendo con la sociedad.

Muchas mujeres menopáusicas enfrentan no solo síntomas físicos, como sofocos, ansiedad, cansancio entre otros, sino también una crisis existencial derivada de la ruptura con los ideales de feminidad impuestos. Sin embargo, los abordajes terapéuticos convencionales suelen centrarse en lo fisiológico, dejando de lado el impacto simbólico y emocional de estos mandatos.

Desde esta perspectiva, se vuelve urgente proponer un plan terapéutico de orientación humanista que permita a las mujeres resignificar su experiencia, reconectar con su autenticidad y construir nuevas narrativas de sí mismas, libres de los condicionamientos de género.

Marcela Lagarde ha sido fundamental en el análisis de los mandatos de género. Sus investigaciones destacan cómo estas expectativas afectan la vida de las mujeres y promueven la desigualdad de género.

Estos mandatos influyen en la salud mental y emocional de las mujeres en climaterio y menopausia impactando la autoestima de las mujeres durante la menopausia, especialmente en relación con la belleza y juventud, también provocan emociones como culpa, vergüenza y miedo que afectan la salud mental de las mujeres. También sobre las relaciones interpersonales, las relaciones familiares y de pareja, contribuyendo a la subordinación y la violencia de género, obstaculizan la autonomía personal y le crean una identidad dependiente.

4.1.4 Terapias humanistas

Los enfoques terapéuticos humanistas propuestos de estrategias de terapia Rogeriana, Gestalt, narrativa y fotobiografía, pueden ser adaptados y combinados según las necesidades y preferencias individuales del momento de cada paciente, ofreciendo una intervención personalizada y eficaz para manejar los malestares provocados por los mandatos de género durante la menopausia, así como también se puede realizar ejercicios individuales y grupales.

Las estrategias son múltiples y variadas. De las básicas generales serían técnicas de relajación, técnicas de respiración, relajación muscular profunda, imaginación guiada, ejercicios de atención plena. Estas técnicas, cuando se practican regularmente, pueden proporcionar una sensación de control y bienestar, ayudando a las mujeres a manejar los desafíos emocionales y físicos que pueden surgir durante la menopausia, una persona tranquila es más consciente, siente y piensa más claramente, toma decisiones más claramente. Inclusive a veces, el stress constante al que se está acostumbrada, puede sentirse tranquila cuando el cuerpo esta todo

tenso, contracturado. Por eso, se le puede recomendar a cualquier mujer, comenzar su día con unos minutos de respiración consciente (técnicas explícitas ya mencionadas capítulo 2.6.5 Técnicas de Respiración) y una meditación de atención plena, para establecer una base de calma. Durante el día, puede practicar la respiración profunda cuando sienta que los síntomas del estrés aumentan. Por la noche, el escaneo corporal, como siente su cara, su cuerpo en general, luego ir apretando y relajándolo puede ayudarle a liberar la tensión acumulada y preparar su mente y cuerpo para lograr un sueño reparador. Durante el día puede hacerlo en grupos musculares: cara, brazos y piernas. Y puede repetir cada que sienta estresada o cansada por no alcanzar a cumplir todas sus labores, el trabajo, sentirse malhumorada, o iniciar otra actividad. O bien, practicar una imaginación guiada busque un espacio tranquilo y cómo, cierre los ojos y visualice un lugar que la haga sentir tranquila y feliz, una playa, un bosque o una montaña, o que a ella le haya hecho feliz, la vea con todos los detalles de ese lugar. Se sienta y visualice cómo va oyendo, oliendo, sintiendo, caminando y viendo todo lo que le hace sentir bien o feliz.

. 4.2Justificación de la elección de Terapias Humanistas

Desde la psicoterapia humanista, se reconoce que cada persona posee la capacidad de autorrealización, crecimiento y resignificación de su experiencia.

La terapia humanista al centrarse en la vivencia subjetiva, la autenticidad y la libertad personal, resulta especialmente pertinente para que con escucha empática, aceptación incondicional y autenticidad del terapeuta acompañar a mujeres que deseen expresar libremente su vivencia y reconstruir su identidad más allá de los estereotipos impuestos. Como decía C. Rogers “hay una curiosa paradoja es que cuando me acepto tal como soy, entonces puedo cambiar”

4.2.1 Metodología de Implementación Propuesta de Plan Terapéutico y ejemplos.

Para C. Rogers, el crecimiento emocional y el desarrollo personal no son metas finales, sino un proceso continuo, “el convertirse en persona”, recalcando la necesidad de un entorno emocionalmente cálido y un terapeuta auténtico, congruente y empático, esos eran los puntos importantes, más allá de las técnicas y estrategias a emplear, sin embargo, es básico tenerlas presentes a fin de improvisar con muchos recursos.

La Terapia Gestáltica, enfatiza su utilidad para ayudar a las mujeres a vivir en el presente y gestionar sus emociones, se enfoca en el “aquí y ahora” para identificar tensiones corporales y emociones reprimidas. ¿dónde se interrumpió el ciclo del contacto? Implementación de técnicas de contacto para mejorar la comunicación y la empatía en las relaciones interpersonales, ya sea mediante ejercicios de contacto visual prolongado y escucha activa, donde la paciente practica prestar atención plena a la otra persona reflejando sus sentimientos y pensamientos; practicar la expresión asertiva de necesidades y deseos en relaciones interpersonales, promoviendo la igualdad y la autonomía, evaluación de expectativas cuáles son realistas y cuáles pueden ser ajustadas.

Más ejercicios de autoexploración para fomentar la autoconciencia y la autoaceptación (diario de pensamientos y de gratitud), entrenamiento en habilidades de afrontamiento para reducir el estrés y mejorar la gestión del tiempo para equilibrar las responsabilidades del cuidado con el autocuidado. El uso de la famosa “Silla vacía” con figuras internas o mandatos internalizados, trabajo con las polaridades, y muchas más con todas las modificaciones que en momento pudieren surgir.

Terapia Narrativa, para externalización del problema: “el mandato de género”, aquí en específico, como entidad separada de la identidad. Hacemos la reescritura

de la historia personal desde una perspectiva de agencia y empoderamiento, que identifique momentos de resistencia a los mandatos como actos de valentía.

Fotobiografía, se pueden usar las fotografías personales para explorar la construcción de la identidad femenina a lo largo del tiempo. Crear una línea de vida visual con las fotografías permitiría una reflexión sobre imágenes que evocan orgullo, dolor o transformación.

Como parte de esas técnicas y estrategias se busca la promoción del autocuidado y la autoaceptación, fomentar una actitud de respeto hacia uno mismo y hacia los demás, ayudar a las mujeres a aceptar y cuidar sus cuerpos y mentes.

La implementación de grupos y talleres tanto para promover el empoderamiento y el bienestar integral, así como también reforzar la importancia de tratarse bien a sí mismas y a los demás en todas las áreas de la vida, donde las mujeres puedan compartir experiencias, brindar y recibir apoyo emocional y práctico, ese es el ejemplo creado localizado en el anexo 2 como taller “Narrar(se) en el cuerpo que cambia, resignificar el cuerpo desde la autonomía”

Veamos varias de estas estrategias en el manejo de los malestares provocados por algunos de los mandatos de género como el de la belleza y la presión por mantener la juventud, la maternidad obligatoria, ser perfeccionista y la obligación de ser la cuidadora, entre otros.

Mandato de la Belleza y Juventud

Porque la sociedad exige a la mujer mantenerse con una apariencia física atractiva y juvenil, la mujer puede estar ansiosa, con baja autoestima e insatisfecha con la propia imagen corporal, especialmente cuando se experimentan cambios físicos como la pérdida o incremento de peso y la aparición de arrugas.

Pongamos el ejemplo de “Luisa” acude por ansiedad. Es una mujer de 42 años de edad, casada. Refiere que como desde hace 8 meses se siente muy incómoda porque

la ropa le empezó a apretar y ya de plano cambió a una talla más y, aunque se pone a dieta “le entra la ansiedad y se da atracones”. Piensa si no “tendrá paranoia” porque en su oficina siente que la miran y se están riendo de ella. Esto empeora cuando va a casa de sus padres donde directamente su madre la critica y le dice que “está engordando y poniéndose vieja. Así pues, pronto la va a dejar el marido”.

Luisa ya ha llevado otros procesos psicoterapéuticos anteriormente por conflicto de pareja con buena resolución.

Iniciamos con ejercicios de relajación mediante respiración profunda. Le hacemos notar cómo es que los músculos de sus hombros están muy contraídos. Una vez relajada iniciamos realizando un ejercicio gestáltico de la silla vacía donde Luisa se imagina a sí misma hablando con una versión más joven de ella y discute las presiones de mantener una apariencia juvenil. Explora cómo estos ideales han afectado su vida. Así identifica a una persona de autoridad o con la que tiene el conflicto que le exige “siempre estar bella” para sentarla en la otra silla. Reconoce a su madre: Habla con ella, expresando sus sentimientos y pensamientos. Luego, cambia de silla y responde desde la perspectiva de su madre a quien la siente como una figura autoritaria, confrontándola y desafiándole los ideales de belleza impuestos: “Mamá, me siento presionada por tus expectativas sobre mi apariencia, desde la infancia estoy intentando darte gusto y ya me cansé” y sigue practicando a expresar sus sentimientos y necesidades asertivamente.

Otro ejercicio de reestructura cognitiva de TCC, le pedimos que identifique pensamientos automáticos como “No estoy atractiva porque subí de peso”. Los modifica y reemplaza con pensamientos racionales como “La belleza no se mide en kilos, no soy solo cuerpo, tengo otras cualidades atractivas”.

Otro ejercicio aplicado “Escucha corporal”. Mediante una meditación guiada identifica sensaciones y emociones en su cuerpo, promoviendo una relación de

aceptación y cuidado, de buen trato con él.

Desde la psicoeducación brindamos información precisa y comprensible sobre la menopausia, con materiales educativos que expliquen los cambios físicos y emocionales durante la menopausia y estrategias para manejarlos, eso podría reducir la ansiedad. Además, le fomentamos hábitos saludables como una dieta equilibrada y ejercicio físico regular.

Como rutina diaria indicamos los ejercicios de relajación y respiración profunda, así como meditaciones guiadas para que inicie más relajada sus días.

De tarea proponemos “Autoexploración a través de un diario personal” para fomentar la autoaceptación y la autoestima, indicándole que escriba sobre sus sentimientos respecto a su apariencia física y reflexione sobre sus cualidades positivas que no están relacionadas con la belleza física. E inclusive inicie el día con tres agradecimientos: Yo agradezco que ... tengo un techo donde dormir y dormí bien”, etc.

Se le sugiere ingrese al taller grupal “Conciencia de género” para explorar y desafiar las creencias sobre la belleza y la juventud. Lleve un diario de reflexión donde escriba sobre cómo las expectativas sociales han influido en su percepción corporal y cómo pueden transformarlas hacia la aceptación y el cuidado corporal buscando reconexión con su cuerpo.

Mandato de la Maternidad:

Se espera que las mujeres sean madres y encuentren realización personal a través de la maternidad. Las expectativas sociales sobre la maternidad pueden generar sentimientos de fracaso o pérdida de identidad en mujeres que no han tenido hijos o que han decidido no tener más hijos, pudiendo generar presión y culpa en mujeres que no desean tener hijos o que no pueden ya tenerlos.

Ahí está María, mujer de 45 años de edad, soltera, sin hijos. Aún menstruante. Dedicada al Magisterio, es maestra de primaria desde hace 25 años. Vive en un departamento rentado y en unión libre con su pareja desde hace 10 años, no tienen intención de matrimonio. Les gusta mucho “la vida al aire libre” y viajar. Acude por “presentar una crisis de la edad, del reloj biológico” refiere, en resumen, sentirse de repente acosada en la escuela donde trabaja y en reuniones cualquiera, de la nada le preguntan “para cuando el bebé”; le aconsejan aprovechar rápido que aún puede porque se le está acabando el tiempo: “en su reloj biológico ya se pasaron las manecillas”, y “se puede arrepentir porque sin hijos no está completa”. Incluso le dicen “Ya lo importante no es, si te casas o no, lo urgente es que tengas un hijo”. Manifiesta que desde joven ella nunca ha deseado ser madre e inclusive se puso un DIU anticonceptivo para evitar un embarazo.

Iniciamos la sesión con María con una escucha activa, empática, con reflejos simples y complejos a fin de facilitar más la expresión de sus sentimientos sin juicio, validando sus experiencias. Ella refiere que viene de un pueblo de Oaxaca donde desde pequeña estuvo a cargo de sus hermanos menores a quienes quiere mucho, aunque en ocasiones la castigaron por culpa de sus travesuras. Manifiesta que, si le gustan los niños, por ello trabaja muy contenta en la escuela con niños de 2º. Año de primaria, pero que no se siente con necesidad ni ganas de tener crianza “para siempre” de uno propio, es feliz con su pareja viajando sin tener que cuidar a nadie más.

Continuamos con un ejercicio de atención plena, para estar en el aquí y ahora, un breve ejercicio de respiración para relajarse y traiga a la mente la maternidad con todo lo que espontáneamente le brote al respecto diciendo “me doy cuenta de que me siento ya completa y feliz” e integre sus sensaciones corporales, emociones y pensamientos sin juzgarlos, aceptándolos sin intentar cambiarlo. Pueden brotar más

sentimientos propios sobre la maternidad y distinguir entre deseos personales y expectativas sociales.

De tarea, hacer un registro de pensamientos. Que identifique e incluso desafíe pensamientos relacionados con la maternidad. Por ejemplo, ante el pensamiento “para estar completa debo ser madre” ella consideró que otras formas de realización personal son su profesión, ser independiente económicamente y tener pareja, pero incluso no sentirse obligada a casarse.

En otra sesión incluso validó y apoyó decisiones de vida de otras personas como adoptar o tener hijos, o adoptar otros roles en relación a crianza: “No tengo ni quiero tener hijo, y yo así estoy bien”.

Se practican diálogos asertivos para que logre una comunicación abierta y sostenga sus decisiones de vida y maternidad, con personas que se sentía incomodada por su insistente intromisión.

Mandato de la Cuidadora:

Se espera que las mujeres asuman el papel de cuidadoras principales de sus hijos, familiares y, en general, de su entorno. Esto puede resultar en agotamiento físico y emocional, especialmente cuando se enfrentan a síntomas menopáusicos tanto por los sofocos y la fatiga, como por la disminución de oportunidades profesionales y personales.

Como en el caso de Teresa, tiene 47 años, solicito cita por Zoom, a insistencia de su hijo, por conflictos familiares debidos a sus frecuentes enojos e irritabilidad.

Es oficinista. Casada. Tiene 3 hijos una de 16 años, otro de 21 y la mayor, Laura de 26 años soltera con una hija, Lupita de 6 años edad. Todos viven en la misma casa. Refiere que desde hace 2 años se ha visto muy presionada físicamente, primero su madre muere de 65 años posterior a una enfermedad rara, donde ella se hizo cargo del tratamiento. Ahora cuida a su padre de 67años, diabético, que vive con 3

hermanos ya adultos. Al preguntarle ¿Cómo es un día habitual? Sale a trabajar a las 7 mañana, pasa y deja a su nieta Lupita en la escuela, y también ahora pasa a recogerla aprovechando su hora de comida, la deje en casa. Teresa se regresa a su trabajo muy presionada por llegar a tiempo y terminar sus pendientes. Al terminar su jornada va a visitar a su papá para vigilar que este llevando su tratamiento, luego nuevamente se va a su casa para dar de cenar a su esposo y resto de la familia. “Lo bueno es que todo me queda muy cerca”. Los fines de semana “apenas me da tiempo de ir al super, asear la casa y preparar parte de las comidas que comeremos en la semana”. Lleva 2 meses así.

Se siente cansada y triste porque cree que le está fallando a su familia, que no los está atendiendo correctamente pues ya no le da tiempo de guisar y hace cosas sencillas; hasta Lupita se queja de que en ocasiones llega tarde por ella, y la semana pasada no pudo llevar a su padre a su cita médica de control. “Ya no me rinde el tiempo como antes” dice y se culpa pues “les estoy fallando y por eso me reclaman”

Iniciamos con técnicas de manejo de estrés, como la respiración profunda. Ya que nos ha comentado como es un día de trabajo y semana le pedimos de tarea que lo ponga en un Planificador de tiempo, que se fije cuanto tiempo es para ella y cuanto lo dedica a los demás: esto le permitió ver cuantas responsabilidades de cuidado a otros y cuanto autocuidado. Observa que para ella no existe tiempo, pero piensa que le dará culpa si descuida a los demás.

¿Por qué ella tiene que cuidar a todos? Confrontación de creencias: “solo ella lo puede hacer bien”, “Siente culpa si no lo hace, eso es ser mala”,

¿Quién la cuida a ella? ¿Cómo se cuida ella?

Se deja de tarea un plan que fomente una distribución equitativa de las tareas del hogar y cómo se podría establecer una red de apoyo entre todos para cuidarse.

Eso la hizo reflexionar sobre cuanto carga todo ella, y siente que no le agradecen,

que ya es su obligación. Quiere expresar que ya no puede más y necesita la ayuda de todos, por lo practicamos ejercicios de contacto visual, de escucha activa y la expresión asertiva de sus necesidades para obtener apoyo de familiares y amigos.

Cambio de identidad: siente que no es ella, se siente otra. Se sugiere ir a un grupo de mujeres, una red de apoyo emocional donde las mujeres compartan sus experiencias y se brindan mutuamente apoyo y comprensión.

Mandato de Sumisión:

Las mujeres deben ser obedientes, sumisas y evitar confrontaciones. La presión para ser sumisas y evitar conflictos puede dificultar que las mujeres expresen sus necesidades y preocupaciones, lo que puede afectar negativamente su bienestar emocional. Lo que las llevaría a mantener relaciones abusivas y la falta de autonomía.

Rosario tiene 50años, acude por tristeza profunda “como casi depresión “, se siente sola ahora que sus 2 hijos ya no viven en casa, el de 30 años se fue a vivir con su pareja, y su hija se casó y fue a vivir a provincia, siente el “nido vacío”. Además, se dio cuenta que su marido tiene una amante, y no se atreve a enfrentarlo por miedo a que como siempre le grite o burle de ella.

Siempre ha cedido ante su marido en la toma de decisiones tanto en cuestiones de casa (hasta que mantel y cortina comprar), así como en su trabajo Hace 10 años le ofrecieron a Rosario una promoción a jefa de su departamento de Recursos Humanos., por su eficiente trayectoria, y a “sugerencia “de su marido no la acepto porque le dijo que “tendría muchas responsabilidades” y “alteraría las dinámicas de la familia” y para no discutir “y llevar la fiesta en paz” como en tantas otras ocasiones, mejor le “sigue la corriente”, apenas su hija la invito a pasar unos días con ella y pues “como lo iba a dejar solito ese tiempo”

Rosario es psicóloga y trabaja desde 30 años en una empresa importante, ahora es la 2ª. en el mando en el área de Recursos Humanos y tiene buen ingreso económico.

Para iniciar cuidado emocional, proponemos una actividad creativa “Mi caja de herramientas emocionales”, se le pide que cree una lista o un objeto simbólico que represente recursos para manejar emociones difíciles, como la respiración consciente, afirmaciones positivas o actividades que disfrute.

Se deja de tarea que escriba una breve narración sobre la historia de su vida, sus ilusiones y metas de juventud hasta estos días, cuáles ha cumplido y las que no, que obstáculos ha tenido o por qué no lo logró. De esta narración le pedimos subraye cuales han sido sus obstáculos, y observa que en la mayoría es debido a negativas de su esposo Carlos, esto la sorprende mucho.

Por su tipo de trabajo maneja muy bien la comunicación asertiva, dice “una cosa es llevar la fiesta en paz y otra dejar que te aplasten”. En casa no expresaba sus sentimientos por la presencia de sus hijos: “era mejor callar para que no se violentara Carlos”. Continuamos con ejercicios de exposición gradual exponiéndola a situaciones ficticias frente a Carlos, desde sencillas y en situaciones seguras hasta lograr enfrentar lo de la infidelidad del marido. Se logró una gradual desensibilización y redujo su miedo al expresar opiniones y necesidades.

Tarea una autoexploración a través de la escritura: se le solicita hacer una carta dirigida a ella misma presentándose: Yo soy mencionando todas sus cualidades y defectos con los que se descubre “aquí y ahora” (Intentamos fomentar la autoafirmación y la autoaceptación).

Observamos, no obstante, su educación y recursos, el estar en una relación donde es sumisa le impide desarrollarse plenamente, le sugerimos asistir al taller grupal de Género donde se promueve una cultura de respeto y equidad en las relaciones personales y profesionales y en ella le apoyaría a desarrollar habilidades de autoafirmación.

Mandato de la Dependencia

Se espera que las mujeres dependan de los hombres para su bienestar y seguridad. Fomenta relaciones desiguales y limita la independencia económica y emocional. La expectativa de que las mujeres dependan de los hombres para su bienestar y seguridad puede limitar su independencia económica y emocional.

Josefina tiene 55 años de edad, enviudó hace 6 meses tras la muerte de su esposo en un accidente de motocicleta. Es madre de 2 hijas de 25 y 30 años solteras, que viven independientemente. Acude por enviada por sus hijas, pues se queja de ansiedad e insomnio, tiene “miedo de no poder salir adelante económicamente” “no voy a poder solita” pues, aunque ya empezó a recibir su pensión de viudez, siente que es muy poco y no sabe cómo distribuirla. Refiere que ya tenía como años “solo conviviendo con su marido” por eso el duelo de su muerte la ha llevado bien en ese aspecto, pero extraña que el iba a pagar todos los servicios y hasta la acompañaba para comprar “el super de la semana”. Ella es ama de casa, guisa muy sabroso, según le decía su marido, pero no le daba “gasto”, todo lo compraba su él. Sus hijas por cuestiones de trabajo se fueron a vivir del otro lado de la ciudad hacía 9 meses, la visitan los fines de semana con frecuencia.

Si bien los ejercicios de relajación por control respiratorio y en este caso también de contracción y relación muscular por la noche le van a servir, para Josefina establecemos que es necesario su empoderamiento económico: hay que promover la independencia económica a través de la educación financiera y el acceso a oportunidades laborales.

Invitamos a hacer alianza de inicio con sus hijas, tanto para que la apoyen económicamente como para que le expliquen cómo hacer una agenda para pagar los servicios, incluso mediante aplicaciones.

Le impulsamos a crear redes de apoyo social, por ejemplo, de inicio con sus vecinas, que busque una actividad o hobbies, algo que quiso pero no se atrevió a desarrollarlo para ir a reuniones con el fin de construir relaciones autónomas y saludables.

A Josefina hay que promover una actitud positiva y que aprecie la diversidad de la feminidad: “ella si puede sola”. Escribe diariamente tres cosas por las que está agradecida, centrándose en sus cualidades y logros personales que desafían los estereotipos de género, “ella puede ser independiente”. Fomentar la aceptación del propio proceso “que se la crea” y limitar el auto juicio evitando su frase “ soy una tonta”.

Se hizo un ejercicio de reconocimiento de logros para fortalecer su autoestima a través de la autoafirmación: Josefina escribe sobre sus logros y reflexiona sobre cómo con estos logros ha podido salir adelante. Se le pidió primero que identificara las historias dominantes negativas en su vida como "No puedo solita" y trabajamos para reescribirlas de manera positiva y con una narrativa revisa como "Yo soy suficiente. He enfrentado desafíos difíciles, pero he aprendido y crecido con cada experiencia.". Además, le pedimos, para que reconozca y valore sus propias fuerzas y éxitos que creara un “documento de logros” una lista con todas las cosas positivas que ha logrado en su vida, grandes y pequeñas. Que guarde la lista y la revisará y actualizará regularmente para mantener el enfoque en los logros personales.

4.3 Integración de Enfoques

4.3.1 Sinergias y Beneficios combinados

El presente modelo psicoterapéutico se sitúa en la intersección entre el enfoque humanista y los aportes del feminismo crítico, ofreciendo una alternativa situada frente a los malestares subjetivos que experimentan mujeres en etapa climatérica. Esta propuesta reconoce que dichos malestares no sólo derivan de transformaciones biológicas, sino que están profundamente ligados a mandatos de género que dictan cómo debe vivirse esta etapa vital.

Como afirma Lagarde (2005), “el género no está en el cuerpo, sino en el poder que lo nombra, lo organiza y lo somete”. Esta perspectiva permite comprender que el sufrimiento climatérico se intensifica en tanto se articula con narrativas patriarcales que prescriben el valor de la mujer según su juventud, fertilidad y disponibilidad afectiva.

Relectura del enfoque humanista desde una perspectiva de género

El modelo se fundamenta en los principios de la psicoterapia humanista (Rogers, 1961; May, 1950), como la autenticidad, el respeto a la subjetividad y la autorrealización. Sin embargo, se amplía al incorporar categorías propias del análisis feminista, como los mandatos de género, la autonomía simbólica y el deseo reprimido.

Fina Sanz (1998) señala que el cuerpo, la salud emocional y la sexualidad femenina han sido históricamente sometidas a control simbólico, por lo que abordar estos aspectos desde el marco humanista exige una revisión epistemológica que reconozca lo político en lo terapéutico. Es decir, desde qué perspectiva social y cognitiva hablamos del poder, la autoridad o la participación ciudadana, hay que reconocer la existencia de un marco hegemónico que tiñe intereses y sesgos culturales

Por ello, como ejemplos de dispositivos simbólicos como facilitadores terapéuticos como los veremos más adelante en el taller implementado, se proponen el hilo rojo y la ilustración anatómica resignificada, dispositivos rituales como catalizadores de transformación subjetiva. Estos recursos consideramos que permiten una elaboración emocional que trasciende el discurso racional, facilitando la recuperación del deseo, el reencuentro con el cuerpo y la conexión genealógica entre mujeres.

Intervenir en la conexión genealógica implica trabajar no solo con el mundo interno de la mujer, sino también con los lazos, relatos y traumas que se transmiten a través de generaciones de su familia.

El tratamiento explora y pudiera hacer notar e inclusive modificar patrones inconscientes, lealtades ocultas y secretos que moldean la vida emocional y conductual de la consultante, en especial en una integración con perspectiva de género: analizar cómo los mandatos patriarcales se sostienen y desafían a través de las generaciones. (Rosales, M.B., 2020) (Moreno-López, N., Sánchez-Torres, A. I., & Pérez-Raigoso, A. D. P. , 2020) (Herrera Labra, G., 1991) lo menciona M. Lagarde la opresión estructural que vive la mujer en el mundo patriarcal, los cautiverios, y aún pese al paso del tiempo, las mujeres siguen atrapadas en normas que definen su lealtad y entrega como felicidad. Y Fina Sanz nos muestra la interrelación entre psicología y sexualidad y ejercicios de autoconocimiento y ayuda que facilitan el equilibrio interior y la expresión libre del deseo más allá de los mandatos culturales (Psicoerotismo femenino y masculino, 1991)

Así con una visión estructural del patriarcado, donde Marcela Lagarde ofrece un diagnóstico macro de cómo el poder simbólico patriarcal encarcela a las mujeres en roles fijos (“madresposas”, “monjas”, etc.), y Fina Sanz revela cómo esas mismas estructuras se filtran en la construcción de la sexualidad y de los vínculos íntimos.

Juntas, muestran que la opresión no solo es externa, sino que se interioriza en el cuerpo y en la forma de relacionarnos. Apuntando a que para desarticular mandatos de género hace falta tanto dismantelar narrativas colectivas como reeducar el vínculo con nuestro propio cuerpo.

Al cruzar estos enfoques descubrimos que la manera en que amamos y nos comunicamos está profundamente teñida por genealogías de sometimiento y lealtades invisibles, para las cuales se proyecta este modelo psicoterapia humanista que al entrelazarse con estas obras ofrecen un andamiaje poderoso para desarmar el patriarcado desde la genealogía, el cuerpo y el arte de amar, distanciándose de modelos terapéuticos centrados exclusivamente en la verbalización y la lógica cognitiva.

Espacios grupales como ámbito de resignificación y sororidad

La aplicación del modelo en talleres grupales ha demostrado ser fértil para la creación de narrativas compartidas, resignificaciones personales y vínculos de sororidad. En estos espacios, la experiencia climática se nombra desde una perspectiva colectiva, desafiando la invisibilización social que pesa sobre las mujeres en esta etapa.

Como sostiene Sanz (2003), “el vínculo entre mujeres permite revalorizar experiencias antes ocultas, reconectando con una genealogía femenina vital y transformadora”.

Indicadores de transformación subjetiva

Aunque el modelo no propone una medición cuantitativa tradicional, se identifican signos de efectividad a través de:

- Reconexión simbólica con el cuerpo

- Recuperación del deseo (erótico, creativo, vincular)
- Fortalecimiento de la agencia
- Construcción de vínculos sororos
- Resignificación del lugar social de la mujer climatérica

Estos indicadores emergen como evidencia cualitativa del impacto transformador que el modelo genera en la subjetividad de las participantes.

Comparación con abordajes existentes

La propuesta se diferencia de otros modelos terapéuticos, como los enfoques médicos centrados en síntomas o las terapias cognitivo-conductuales, que priorizan la adaptación funcional sin considerar el contexto simbólico-cultural.

En contraste, el modelo humanista feminista aquí desarrollado reconoce la dimensión estructural del malestar y propone una lectura integral, sensible al entorno, a las relaciones y a la historia de cada mujer.

Defensa del Modelo de Intervención Psicoterapéutica Humanista con Perspectiva de Género

Este modelo articula la psicoterapia humanista—centrada en la experiencia subjetiva, la autenticidad y la relación terapéutica—con una perspectiva de género que visibiliza y cuestiona las estructuras patriarcales. Al integrar los fundamentos teóricos de Marcela Lagarde y la propuesta práctica de Fina Sanz, se construye un marco que no solo atiende al bienestar individual, sino que también promueve la transformación social y la emancipación de las mujeres (Lagarde, 1996; Sanz, 2021).

Fundamentos de Marcela Lagarde

La ética feminista reivindica la experiencia de las mujeres como fuente de conocimiento y praxis, cuestionando el silencio impuesto por la tradición androcéntrica (Lagarde, 1996).

La perspectiva de género redefine la categoría de “humano” para incluir la diversidad de géneros, elemento esencial para un abordaje terapéutico que reconozca las opresiones específicas de las mujeres (Lagarde, 1996).

La resignificación de la historia y la cultura desde las mujeres permite una intervención terapéutica que trasciende el alivio de síntomas individuales y se orienta hacia la construcción de nuevas narrativas liberadoras (Lagarde, 1996).

Aportes de Fina Sanz y la Terapia de Reencuentro

La Terapia de Reencuentro integra psicología, sexología y educación con perspectiva de género, promoviendo procesos de sensibilización corporal y emocional que facilitan la toma de conciencia sobre las dinámicas de poder y los roles sexuales (Sanz, 2021).

Emplea prácticas grupales y rituales simbólicos para reconstruir vínculos de Buentrato, validando historias de vida y fortaleciendo la autonomía de las participantes (Sanz, 2021).

Su énfasis en la dimensión comunitaria refuerza las redes de apoyo y amplifica el impacto terapéutico más allá del espacio individual, contribuyendo a la prevención de la violencia de género (Sanz, 2021).

Convergencia con la psicoterapia humanista

1. Empatía y escucha activa

El terapeuta, formado en la tradición humanista, reconoce la singularidad de la experiencia femenina en contextos patriarcales y acompaña desde la comprensión empática (Lagarde, 1996).

2. Autenticidad y congruencia

Desafiar mandatos de género se convierte en un acto de autenticidad que permite a la persona construir una identidad libre de juicios sociales (Lagarde, 1996).

3. Potenciación de la autonomía

Tanto la psicoterapia humanista como la ética feminista coinciden en fomentar la autorrealización; aquí se incorporan ejercicios corporales y narrativos diseñados para recuperar la agencia de las mujeres (Sanz, 2021).

Utilidad y beneficios

- Facilita la identificación y deconstrucción de creencias internalizadas sobre roles de género, reduciendo síntomas de ansiedad y depresión asociados a la opresión patriarcal.
- Refuerza la autoestima y la autoeficacia al brindar herramientas experienciales que integran cuerpo, emoción y relato personal.
- Promueve cambios sostenibles en el entorno comunitario y familiar, gracias a la dimensión grupal y ritual del modelo.

5. Resultados Esperados

5.1 Impacto Esperado en la Calidad de Vida de las Mujeres

El primer eje central de los resultados esperados del modelo psicoterapéutico humanista feminista para mujeres climatéricas atravesadas por mandatos de género reside en su impacto directo y transformador en la calidad de vida de las mujeres participantes. Se parte de la premisa, fundamentada en la literatura contemporánea, de que la vivencia del climaterio no debe conceptualizarse únicamente bajo una óptica biomédica o patológica, sino como una transición biopsicosocial fuertemente modulada por el contexto sociocultural y, especialmente, por los mandatos de género que históricamente han afectado los cuerpos, deseos e imaginarios femeninos.

El modelo propuesto, al integrar el trabajo con dispositivos simbólicos, la grupalidad, la resignificación del cuerpo y el deseo, y una metodología deconstructiva de los mandatos patriarcales, espera incidir positivamente en los principales dominios de la calidad de vida definidos para esta etapa: bienestar físico, salud mental, sexualidad, relación con el propio cuerpo y sentido de agencia y libertad personal. La evaluación de este impacto se podría apoyar en instrumentos multicomponentes como el Menopause Quality of Life Questionnaire (MENQOL) y la Menopause Rating Scale (MRS), ambos reconocidos por su validez y utilidad clínica al captar no sólo la reducción de la sintomatología física y somática (sofocos, insomnio, dolor articular, fatiga), sino también los cambios en el bienestar emocional, la satisfacción sexual, la autoestima y las relaciones interpersonales.

Específicamente, se espera una mejoría significativa en la percepción subjetiva de la salud y la satisfacción con la vida diaria, tal como ha sido documentado en intervenciones integrales desarrolladas en grupos de mujeres menopáusicas que

participaron en procesos de acompañamiento psicosocial y psicoterapéutico desde una perspectiva no androcéntrica. La literatura muestra que, cuando las mujeres encuentran espacios de escucha, reflexión y revalorización de su experiencia — liberados de la carga del estigma, la vergüenza o la invisibilización patriarcal— se observa una disminución de los indicadores de angustia, ansiedad y depresión, así como un aumento en conductas de autocuidado, autocompasión y búsqueda activa de recursos de apoyo. (Rogers, 1980; Sanz, 2005)

El modelo humanista feminista, en tanto dispositivo clínico y político, busca, asimismo, promover el empoderamiento subjetivo, entendido como la capacidad de autorreferirse sin culpa, desde la autonomía, y reconociendo la riqueza y pluralidad de la experiencia climática más allá del canon de déficit o deterioro. A través del trabajo grupal y la resignificación narrativa y corporal, se espera que las mujeres participantes experimenten un fortalecimiento de su agencia vital, las redes de contención y la reclamación de una ética del disfrute, el bienestar y el placer en esta etapa de vida, contribuyendo así a la ruptura progresiva con los relatos sociales que asocian la menopausia a la decadencia, la soledad o la inutilidad, lo que puede traducirse en una disminución de la sintomatología afectiva (Beck, 1979; Hunter & Smith, 2014).

Al final de la intervención, se prevé que los resultados revelarán una reducción en la severidad de los síntomas climáticos, tanto físicos como emocionales, así como una transformación positiva en la autoimagen, la percepción de la salud sexual y el reconocimiento del deseo como fuente legítima de vida y autovaloración. El beneficio se reflejará en el incremento en los puntajes de calidad de vida global, en consonancia con los hallazgos de estudios previos sobre modelos psicoterapéuticos feministas y/o integrales orientados a la menopausia, que informan de diferencias sustanciales a

favor de los grupos intervenidos, especialmente en aspectos de satisfacción vital, manejo del estrés, reducción de la sintomatología depresiva y autocompasión.

En síntesis, el primer resultado esperado es la mejoría integral y multidimensional de la calidad de vida de las mujeres climatéricas participantes —con incremento en la satisfacción corporal, el bienestar emocional, la autonomía personal y relacional, y el acceso a sentidos existenciales más amplios y libres de estigma o subordinación patriarcal.

5.1.2 Potenciales Beneficios Emocionales y Físicos

El segundo eje de los resultados esperados del modelo psicoterapéutico humanista feminista se concentra en los potenciales beneficios emocionales y físicos derivados de la puesta en marcha de una intervención que integra dispositivos simbólicos, la grupalidad y la resignificación crítica de los mandatos de género.

Beneficios emocionales: resignificación del malestar, empoderamiento y cohesión grupal

Uno de los principales beneficios emocionales esperados radica en la resignificación del malestar climatérico, transitando de un padecimiento percibido como individual, incomprendido y “natural” —frecuentemente patologizado o medicalizado— a una experiencia compartida, legitimada y resignificada colectiva y subjetivamente desde una perspectiva de justicia de género. En este sentido, se prevé que las mujeres que participen en el dispositivo psicoterapéutico experimenten una significativa reducción de los síntomas emocionales negativos: ansiedad, tristeza, irritabilidad, culpa o vergüenza asociadas a las transformaciones del cuerpo y del deseo en el contexto del climaterio.

Esta resignificación será posibilitada por el trabajo psicoterapéutico sobre las narrativas hegemónicas y los discursos patriarcales que históricamente han deslegitimado la voz de las mujeres sobre su propio biográfico corporal. El uso de dispositivos simbólicos y narrativos (como el dibujo, la escritura grupal o la representación corporal) contribuirá a dar visibilidad, nombre y sentido a los malestares, facilitando su transformación en saberes situados, agencia vital y nuevos relatos de sí mismas.

De acuerdo con la evidencia acumulada en experiencias de grupos terapéuticos feministas, la grupalidad favorece la creación de un espacio seguro de confianza, apoyo y sororidad, lo que permite el desarrollo de relaciones sociales y afectivas profundas entre las participantes. Este soporte interpersonal contribuye a una reducción significativa de la sensación de soledad y aislamiento, naturaleza frecuente del malestar climatérico, y a la aparición de emociones positivas asociadas al acompañamiento, la empatía, la complicidad y el reconocimiento mutuo entre iguales.

Así, se espera que la intervención produzca un empoderamiento emocional, multiplicando las estrategias de afrontamiento ante el estrés y la adversidad, la autoaceptación, la autocompasión y el sentimiento de valía, confianza y legitimidad para decidir sobre el propio cuerpo y deseo. Es probable, según la lógica del modelo, que la capacidad de identificar, expresar y resignificar emociones difíciles se traduzca en una mayor autonomía afectiva y un mejor manejo de las relaciones interpersonales, incluyendo vínculos familiares y de pareja. La dinámica grupal promueve vínculos de solidaridad entre pares, lo cual contribuye a la resiliencia emocional y al sentido de pertenencia, factores protectores frente al aislamiento social (Sanz, 2003; Crenshaw, 1991).

Beneficios físicos: bienestar corporal, energía vital y promoción de la salud

En el plano corporal, el modelo contempla la resignificación del cuerpo como territorio de experiencia, goce y autonomía, en contraposición a los relatos patriarcales que lo conceptualizan como un cuerpo deficitario, invisible o ajeno tras la pérdida de la función reproductiva. A través de prácticas psicocorporales (movimiento consciente, respiración, expresión plástica, danzas, etc.), se espera un impacto favorable en la percepción de energía vital y vitalidad física, así como una disminución de la sintomatología somática asociada (dolores, contracturas, insomnio, cansancio crónico, molestias vasomotoras, sequedad vaginal, cefaleas).

La literatura científica respalda el potencial de las intervenciones que promueven la conciencia y la expresión corporal para mejorar el bienestar físico y reducir síntomas incómodos del climaterio, como los sofocos, las mialgias, los trastornos del sueño y la fatiga. Además, el trabajo terapéutico sobre el deseo y la reconstrucción del placer puede influir positivamente en la salud sexual y reproductiva, incrementando la satisfacción sexual y disminuyendo, en paralelo, problemáticas relacionadas con la imagen corporal negativa, la incontinencia, el dolor sexual, o la disminución del deseo sexual.

El proceso grupal, a su vez, fomenta el desarrollo de hábitos de vida saludables, como la realización regular de ejercicio físico, la alimentación consciente y la gestión activa del estrés, tal como recomiendan las guías clínicas para la promoción de la salud en la mujer climatérica. Se prevé, por tanto, la integración de estrategias de autocuidado y la ampliación de recursos preventivos frente a riesgos crónicos asociados a esta etapa (osteoporosis, enfermedades cardiovasculares, obesidad central, síndrome metabólico), conocidos factores de impacto en la calidad de vida y la morbilidad de las mujeres en edad menopáusica.

El plano corporal está además indisolublemente ligado a la esfera emocional; por ello, se espera que la resignificación corporal promueva un mayor arraigo y aprecio de la corporeidad, disminuya el rechazo, la vergüenza o la disociación provocados por los juicios estéticos normativos y habilite una vivencia corporal más armónica, potente y reconciliada para las participantes.

En suma, los resultados esperados englobarían un mejoramiento integral de la salud emocional y física de las mujeres que forman parte de la intervención, manifestado en una reducción de la sintomatología climatérica, un aumento del goce y bienestar corporal, una mayor satisfacción sexual, y una actitud de autocuidado activo sostenida en el tiempo. Este proceso será acompañado por un incremento del empoderamiento personal y colectivo, la apropiación del cuerpo y el deseo desde una narrativa propia y autolegítima, y el fortalecimiento de las redes de apoyo y de la comunidad femenina.

5.2 Discusión: Impactos de Cada Enfoque y la Perspectiva de Género

El conjunto de prácticas aquí analizadas muestra que las estrategias más eficaces en el abordaje del malestar menopáusico son aquellas que integran el alivio de los síntomas corporales con la atención al contexto emocional, biográfico, relacional y cultural en que se producen. La medicalización -por ejemplo, la TRH- puede ser necesaria y bienvenida en mujeres con malestares severos o riesgos biológicos constatados, pero no posibilita por sí sola ni la resignificación simbólica del cuerpo, ni la recuperación del deseo, ni la transformación del lugar social de la mujer madura. El modelo humanista feminista, facilita la expresión grupal, la crítica de los discursos normativos, el trabajo simbólico y la resignificación del deseo y la corporeidad, que va más allá del alivio sintomático, permitiendo “vivir a la menopausia como plenopausia” y como etapa de plenitud, libertad y goce.

5.3 Limitaciones y consideraciones éticas

A pesar de la solidez teórica y metodológica que sustenta este trabajo, es necesario reconocer sus fronteras y los desafíos que plantea para la praxis clínica. En este sentido, se asumen las siguientes limitaciones:

Falta de aplicación clínica: La limitación más significativa de esta investigación es que, al tratarse de un estudio de carácter conceptual y proyectivo, el modelo no fue aplicado ni validado empíricamente durante el desarrollo de la tesis. Aunque la propuesta se diseñó bajo criterios de viabilidad y replicabilidad, su efectividad real y la resonancia subjetiva de sus dispositivos simbólicos permanecen en un plano potencial.

Esta falta de implementación práctica no constituye un vacío, sino que se establece como la primera línea de investigación futura inmediata. Es imperativo que el paso siguiente a esta tesis sea la ejecución del taller “Narrar(se) en el cuerpo que cambia” en entornos clínicos y comunitarios reales, con el fin de generar evidencia empírica que documente su impacto en la calidad de vida y la agencia de las mujeres.

Dependencia del facilitador: El modelo requiere una alta competencia ética y formación especializada en perspectiva de género y humanismo por parte del terapeuta, lo que podría limitar su replicabilidad si no se garantiza una capacitación adecuada que evite la reproducción de nuevos mandatos desde lo terapéutico.

5.4 Propuesta de Validación de Contenido

Para fortalecer la robustez del modelo antes de su implementación piloto, se propone realizar una validación de contenido mediante las siguientes acciones concretas:

1. Juicio de Expertos (Método de Jueces): Conformar un panel interdisciplinario integrado por ginecólogos/as humanistas, psicoterapeutas de enfoque rogeriano y especialistas en teoría feminista. Estos expertos evaluarán las siete fichas de sesión bajo criterios de suficiencia, claridad, coherencia teórica y relevancia de las técnicas propuestas.

2. Evaluación de los Dispositivos Simbólicos: Someter a revisión específica el potencial terapéutico y la adecuación ética de los rituales (como el "hilo rojo" y las "semillas de tránsito") y de la lámina anatómica simbólica. Se buscará asegurar que estos mediadores no sean invasivos y cumplan con su función de catalizadores de transformación subjetiva:

1. Cálculo de Concordancia: Utilizar instrumentos estadísticos cualitativos (como el coeficiente V de Aiken o el método Delphi) para obtener un consenso científico sobre la pertinencia de las actividades y los indicadores de transformación subjetiva propuestos (reconexión corporal, recuperación del deseo y fortalecimiento de la agencia).

2. Grupo Focal Pre-piloto: Realizar una sesión de validación con una muestra pequeña de la población destinataria (mujeres climatéricas) para evaluar la comprensión de la "simplificación narrativa" y la aceptabilidad cultural de los dispositivos de arte simbólico antes de su despliegue formal.

6. Sugerencias para Investigaciones Futuras

Propuestas de investigación futura se resumen en la tabla 2 de Anexos., y son:

1. Evaluación cualitativa del impacto terapéutico del modelo en mujeres climatéricas

Objetivo: Analizar los efectos del modelo psicoterapéutico humanista-feminista en la narrativa identitaria, el vínculo corporal y la agencia subjetiva de mujeres en etapa climatérica.

Justificación: Aunque el modelo se fundamenta en teorías feministas y humanistas, es necesario generar evidencia empírica que documente su impacto clínico. La etapa climatérica suele ser abordada desde perspectivas biomédicas, invisibilizando sus dimensiones simbólicas y subjetivas (Lagarde, 1996; Sanz, 2005).

Metodología sugerida: Investigación cualitativa con diseño fenomenológico o narrativo.

Entrevistas en profundidad, grupos focales y análisis de diarios terapéuticos.

Contribución esperada: Validación clínica del modelo, identificación de indicadores de transformación y fortalecimiento de su legitimidad profesional.

2. Adaptación e implementación del modelo en contextos comunitarios con mujeres indígenas y rurales

Objetivo: Explorar la viabilidad y pertinencia del modelo en espacios comunitarios, especialmente con mujeres indígenas, rurales o en situación de vulnerabilidad.

Justificación: La democratización del acceso terapéutico requiere modelos sensibles al contexto cultural, lingüístico y territorial. El enfoque ritual y simbólico del modelo puede dialogar con saberes ancestrales y prácticas comunitarias (Lugones, 2008; Cervantes Negrete, en preparación).

Metodología sugerida: Investigación acción participativa (IAP), con co-diseño de dispositivos terapéuticos junto a lideresas comunitarias. Registro etnográfico y análisis intercultural.

Contribución esperada: Adaptación situada del modelo, fortalecimiento de redes comunitarias de cuidado y generación de conocimiento desde epistemologías del sur.

3. Estudio comparativo entre el modelo humanista-feminista y otros enfoques psicoterapéuticos en la atención climatérica

Objetivo: Comparar el modelo propuesto con otros enfoques terapéuticos (cognitivo-conductual, narrativo, corporal) en términos de eficacia, profundidad simbólica y resonancia subjetiva.

Justificación: La psicoterapia para mujeres climatéricas suele centrarse en la sintomatología médica o emocional, sin abordar las dimensiones simbólicas del mandato patriarcal. Un análisis comparativo permitiría posicionar el modelo dentro del campo clínico y epistemológico (Harding, 1986; White & Epston, 1990).

Metodología sugerida: Diseño mixto con entrevistas cualitativas y escalas de evaluación emocional. Muestra comparativa entre mujeres que han participado en distintos enfoques terapéuticos.

Contribución esperada: Identificación de aportes diferenciales del modelo, fortalecimiento de su propuesta teórica y apertura al diálogo interdisciplinario.

4. Investigación sobre el uso terapéutico de dispositivos simbólicos y rituales en psicoterapia feminista

Objetivo: Analizar el papel de los dispositivos simbólicos (hilo rojo, genealogía femenina, cartas narrativas, ilustraciones poéticas) en la resignificación subjetiva de

mujeres en procesos terapéuticos.

Justificación: El uso de rituales y símbolos en psicoterapia ha sido poco explorado desde una perspectiva feminista. Estos dispositivos permiten trabajar el cuerpo, el deseo y la memoria desde una lógica no racional ni verbal (Turner, 1969; Sanz, 2003).

Metodología sugerida: Estudios de caso, análisis narrativo y observación participante en sesiones grupales. Posibilidad de incluir análisis visual y corporal.

Contribución esperada: Sistematización de herramientas terapéuticas feministas, desarrollo de guías metodológicas y fortalecimiento del enfoque simbólico en psicoterapia.

5. Estudio interseccional sobre la vivencia climatérica en mujeres con identidades múltiples

Objetivo: Investigar cómo se vive la etapa climatérica en mujeres con identidades interseccionales (afrodescendientes, migrantes, lesbianas, trans, con discapacidad, etc.) y cómo el modelo puede adaptarse a sus realidades.

Justificación: La experiencia climatérica no es homogénea; está atravesada por múltiples ejes de opresión y resistencia. Incorporar la interseccionalidad permite ampliar la potencia transformadora del modelo (Crenshaw, 1991; Lugones, 2008).

Metodología sugerida: Investigación cualitativa con enfoque interseccional. Entrevistas, análisis narrativo y co-creación de dispositivos adaptados.

Contribución esperada: Inclusión de voces diversas, adaptación ética del modelo y fortalecimiento de su dimensión política y anticolonial.

6. Articulación del modelo con políticas públicas de salud integral para mujeres

Objetivo: Explorar las posibilidades de incorporar el modelo en programas de salud pública con enfoque de género, derechos humanos y participación comunitaria.

Justificación: La institucionalización de modelos terapéuticos feministas puede transformar las prácticas de atención en salud, especialmente en etapas como la menopausia, que suelen ser medicalizadas o invisibilizadas (Lagarde, 1996; Harding, 1986).

Metodología sugerida: Investigación aplicada en colaboración con instituciones de salud.

Diseño de protocolos, formación profesional y evaluación de impacto.

Contribución esperada: Incidencia política, transformación de prácticas institucionales y ampliación del alcance del modelo en políticas de salud integral.

Las terapias psicológicas convencionales pueden, si sensibilizadas hacia el género, ofrecer recursos útiles (TCC para el afrontamiento, terapias psicodinámicas para el duelo y la reconciliación con la historia personal, terapias corporales para la reintegración mente-cuerpo). No obstante, sólo la integración explícita de la perspectiva feminista puede asegurar que estos recursos no se limiten a la adaptación individual, sino que contribuyan a la transformación personal y colectiva de los discursos de género y a la democratización radical de la experiencia del climaterio femenino,

7. Conclusiones y Recomendaciones

7.1 Conclusiones del Estudio

Se revisan fundamentos conceptuales, sociales y clínicos que respaldan la propuesta psicoterapéutica para el manejo de los malestares ocasionados por los mandatos de género en mujeres menopáusicas. parte del reconocimiento del climaterio como etapa atravesada por significados socioculturales que refuerzan vivencias de pérdida, invisibilidad y malestar. Desde un enfoque feminista y humanista, se plantea una intervención centrada en la resignificación de la experiencia corporal, el desmontaje de narrativas patriarcales y el desarrollo de procesos de empoderamiento. La propuesta se sustenta en la necesidad de atender una deuda epistemológica y clínica, ofreciendo una metodología ética, replicable y transformadora que articula teoría crítica y práctica terapéutica situada.

Conclusiones

1. Recapitulación de la propuesta

La presente investigación desarrolló un modelo psicoterapéutico humanista feminista orientado al tratamiento de los malestares psicológicos de mujeres climatéricas atravesados por mandatos de género. Este modelo fue construido desde la integración crítica de principios humanistas —como la validación de la subjetividad y el respeto por la experiencia emocional— con categorías feministas que permiten develar los dispositivos simbólicos que configuran el sufrimiento femenino en esta etapa vital.

2. Aportes teóricos y metodológicos

Desde una perspectiva interdisciplinaria, la tesis aportó un marco conceptual que articula psicoterapia, teoría feminista y simbolismo clínico, mostrando cómo los mandatos de género operan como organizadores del malestar, y cómo el trabajo terapéutico puede transformarlos en experiencias de agencia. El diseño de dispositivos simbólicos —como el ritual del hilo rojo y la ilustración anatómica poética— ejemplifica metodologías innovadoras que activan procesos de resignificación subjetiva, más allá de lo discursivo o lo clínico convencional.

Asimismo, se evidenció que los espacios grupales propiciados por el modelo posibilitan la construcción colectiva de narrativas de transformación, resignificando el cuerpo climatérico, el deseo y los vínculos entre mujeres desde la sororidad y el reconocimiento mutuo.

3. Reflexiones sobre la pertinencia del modelo

En contraste con los modelos biomédicos o psicoterapéuticos tradicionales, que tienden a invisibilizar la dimensión estructural del sufrimiento femenino climatérico, este enfoque propone una lectura situada, sensible al contexto sociocultural y al lugar histórico que ocupa la mujer en la narrativa patriarcal. Su pertinencia se reafirma en su capacidad de generar espacios terapéuticos éticos, afectivos y simbólicos, donde lo personal se torna político y lo terapéutico, emancipador.

4. Limitaciones y consideraciones éticas

Aunque el modelo ha mostrado signos de efectividad potencial, la falta de aplicación es la limitante más significativa y se constituye en la primera línea de investigación futura inmediata, además es necesario reconocer que su implementación depende de condiciones contextuales: formación del terapeuta en

enfoque de género, apertura institucional y disposición subjetiva del grupo. Además, se requiere una sensibilidad ética para evitar la reproducción de nuevos mandatos desde lo terapéutico, manteniendo el respeto por la diversidad de vivencias en la etapa climatérica.

5. Proyecciones y líneas futuras

A partir de los hallazgos y reflexiones de esta tesis, se abren líneas futuras de trabajo que podrían incluir:

- Adaptación del modelo a otros grupos poblacionales (por ejemplo, hombres en transición vital, personas no binarias).
- Investigación cualitativa sobre los efectos terapéuticos del uso de dispositivos simbólicos.
- Inclusión de esta perspectiva en políticas públicas de salud mental con enfoque de género.
- Formación profesional interdisciplinaria que integre teoría feminista, psicoterapia humanista y trabajo corporal-simbólico.

7.2 Cierre

Esta tesis no sólo propone una metodología terapéutica, sino que reivindica el derecho de las mujeres climatéricas a habitar su cuerpo, su deseo y su subjetividad desde una lógica de dignidad, autonomía y poder simbólico. Al nombrar sus malestares como efecto de estructuras históricas, y al ofrecer herramientas para su resignificación, el modelo se convierte en una apuesta por la sanación colectiva y la transformación cultural.

7.2.1 Cierre de Objetivos Específicos

Objetivo 1. Identificación de los mandatos de géneros

La investigación permitió concluir que las mujeres climatéricas siguen habitadas por mandatos de belleza, maternidad, cuidado y sumisión, los cuales actúan como "cautiverios" subjetivos. Se identificó que estos mandatos no son solo normas externas, sino que se manifiestan internamente como sentimientos de culpa, vergüenza y pérdida de valor social al no cumplir con el ideal de juventud y fertilidad exigido por el sistema patriarcal.

Objetivos 2 y 3: sobre la descripción de cambios y su manifestación como malestar. Se logró articular la transición biológica (descenso de estrógenos, cambios metabólicos y urogenitales) con su dimensión psicológica. El estudio concluye que el malestar físico, como los sofocos o la sequedad vaginal, se amplifica y se torna sufrimiento psíquico cuando es interpretado bajo la "visión patologizante" de la medicina hegemónica, que define esta etapa como un declive de la feminidad en lugar de un proceso vital natural.

Objetivo 4. Sobre la exploración de terapias existentes: El análisis comparativo permitió cerrar este objetivo señalando que, si bien la terapia de reemplazo hormonal (TRH) y la terapia cognitivo-conductual (TCC) ofrecen alivio sintomático, carecen de una perspectiva de género sistemática. Se concluye que estos enfoques suelen priorizar la adaptación individual al sistema, sin cuestionar los mandatos estructurales que generan el malestar, lo que justifica la necesidad de un modelo humanista-feminista.

Objetivo 5. Sobre la eficacia teórica del modelo propuesto: Se evaluó positivamente que el modelo humanista-feminista, mediante el uso de dispositivos simbólicos y el poder sororal, facilita una transformación subjetiva real. Los indicadores de éxito se centran en la recuperación del deseo, la autonomía y la

resignificación del cuerpo, permitiendo que la mujer transite de una "menopausia deficitaria" hacia una "plenopausia" de libertad y sabiduría.

Objetivo 6. Sobre las recomendaciones prácticas e investigaciones futuras: Finalmente, la tesis cumple con este objetivo al ofrecer el taller "Narrar(se) en el cuerpo que cambia" como una herramienta clínica y comunitaria replicable. Se recomienda que la formación de profesionales de la salud incluya la "Ginecología Humanista" para garantizar una atención que valide la experiencia sentida de las mujeres más allá de la medicalización.

7.3 Recomendaciones para la Implementación del modelo psicoterapéutico humanista-feminista en mujeres en etapa climaterio

La implementación del modelo psicoterapéutico humanista-feminista requiere condiciones éticas, metodológicas y contextuales que aseguren su coherencia teórica y su eficacia transformadora.

A continuación, se presentan recomendaciones organizadas en seis dimensiones clave:

1.- Formación del terapeuta

Es indispensable que la terapeuta cuente con formación sólida en teoría feminista, enfoque de género y epistemologías críticas, particularmente aquellas que abordan el cuerpo, el deseo y la subjetividad femenina (Lagarde, 1996; Sanz, 2005). Asimismo, se recomienda entrenamiento en enfoques humanistas centrados en la persona, que privilegien la escucha empática, la autenticidad y la validación emocional como pilares del vínculo terapéutico (Rogers, 1980). La terapeuta debe desarrollar sensibilidad para el trabajo simbólico y ritual, reconociendo su potencial como herramienta de resignificación subjetiva.

2.- Condiciones del espacio terapéutico

El espacio terapéutico debe garantizar seguridad emocional, respeto por la diversidad de experiencias climatéricas y apertura a la expresión corporal, narrativa y simbólica. En intervenciones grupales, se sugiere disponer de un entorno físico que favorezca la intimidad, el movimiento y la disposición circular, así como el uso de materiales simbólicos (telas, objetos, ilustraciones, etc.) que faciliten la exploración metafórica.

3.- Diseño metodológico

El modelo debe aplicarse de manera flexible, permitiendo adaptaciones según las características del grupo, el contexto sociocultural y las necesidades particulares de las participantes. Se recomienda la integración de dispositivos simbólicos y rituales —como genealogía femenina, hilo rojo, cartas narrativas o ilustraciones anatómicas poéticas— como herramientas de exploración y resignificación subjetiva (Sanz, 2003; Cervantes Negrete, en preparación). El trabajo grupal debe promover la construcción colectiva de sentido, la sororidad y el reconocimiento mutuo, favoreciendo la emergencia de narrativas alternativas al mandato patriarcal.

4.- Evaluación del proceso terapéutico

Se sugiere utilizar indicadores cualitativos de transformación, tales como cambios en la narrativa personal, el vínculo con el cuerpo, la expresión del deseo y el fortalecimiento de la agencia subjetiva. El registro reflexivo mediante diarios terapéuticos, testimonios o reconstrucciones narrativas constituye una herramienta valiosa para documentar el proceso y evaluar su impacto (White & Epston, 1990).

5.- Consideraciones éticas

El modelo debe evitar toda forma de imposición simbólica o emocional, respetando el ritmo, los límites y las resistencias de cada participante. Es fundamental reconocer

la diversidad de experiencias climatéricas, evitando enfoques normativos o biologicistas que reduzcan la vivencia a parámetros médicos o reproductivos (Harding, 1986; Lagarde, 1996). Se debe garantizar el consentimiento informado, la confidencialidad y el acompañamiento ético durante todo el proceso terapéutico.

6.-Proyección institucional y comunitaria

Se recomienda articular el modelo con espacios de salud pública, educación y cultura, promoviendo su inclusión en programas de atención integral con enfoque de género. La formación de facilitadoras comunitarias puede favorecer la replicabilidad del modelo en contextos no clínicos, ampliando su alcance y democratizando el acceso a procesos terapéuticos transformadores. Finalmente, la difusión académica y profesional del modelo —mediante publicaciones, congresos y redes de psicoterapia feminista— constituye una estrategia clave para su consolidación teórica y práctica.

8. Referencias Bibliográficas

Angus, L., Watson, J., Elliott, R., Schneider, K., & Timulak, L. (2015). Humanistic psychotherapy research: Recent developments and future directions. *Psychotherapy Research*, 25(3), 330-347.

Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. Penguin Books.

Belardo, María Alejandra, Starvaggi, Agustina, Cavanna, Malena María, & Pilnik, Susana. (2018). Estrategias no farmacológicas para el manejo de los síntomas vasomotores en la menopausia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(1), 61-67. Recuperado en 24 de junio de 2025, http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000100009&lng=es&t lng=es

Bloch, Avital H.. (2013). Betty Friedan: el trabajo de las mujeres, el liberalismo posterior a la Segunda Guerra Mundial y los orígenes de la liberación femenil en Estados Unidos. *Signos históricos*, 15(30), 64-106. Recuperado en 04 de julio de 2025, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-44202013000200003&lng=es&tlng=es.2.4https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-483220180002001015

Berdasco, M. (03 de 01 de 2025). Epigenética: lo que el ambiente añade al genoma. (E. Caballero, Entrevistador).

Botella L & Corbella, S. (2003). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. Vol. 19, no. 2, diciembre págs. 205-222, *Anales de Psicología*, Murcia España

Carrillo-Cervantes A. L., M.-F. I. (6 de FEBRERO de 2023). Sarcopenia como factor predictor de dependencia y funcionalidad en adultos mayores mexicanos. *Index enfermería*, 170-174.

Castañeda K., (2012) "La gerascofobia y su relación con el narcismo y la autoestima" Tesis UNAM

Castellanos Beltrán, M.J. La respiración consciente como factor principal de la relajación en la educación física escolar EmásF, *Revista Digital de Educación Física*. Año 3, Num. 13 (noviembre-diciembre de 2011) ISSN: 1989-8304 Depósito Legal: J 864-2009

Chedraui, P., Pérez-López, F. R., et al. (2018). Health outcomes in postmenopausal women. *Maturitas*, 111, 39–50.

Chapa Romero, A. C. (2024). Mandatos de belleza femenina y repercusiones en la salud mental. *Gaceta Facultad de Psicología*, Universidad Nacional Autónoma de México

Chaikittisilpa, S., & Rattanasirisin, N. M. (2022). Prevalence of female patterns hair los postmenopausal women: a cross-sectional study. *Menopause: The Journal of the North American Menopause Society*, 29(4), 415-420

Cea Ugarte, José Ignacio, González-Pinto Arrillaga, Asunción, & Cabo González, Olga M.^a. (2015). Efectos de la respiración controlada sobre los síntomas de estrés y ansiedad en una población de 55 a 65 años: estudio piloto. *Gerokomos*, 26(1), 18-22. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2015000100005>

Comunidad de Madrid. (2016). La Terapia de Reencuentro como metodología para la prevención de la violencia y la promoción del buentrato. Recuperado de Comunidad de Madrid.

Durán Rojas, D., & Duarte Hidalgo, C. (2019). "Perspectiva de género en la relación entre profesionales del área de la salud con usuarios y usuarias: Una revisión de la literatura." *Sophia Austral*.

East Goenaga, M.S. "Mujeres, climaterio, menopausia y su abordaje desde las políticas públicas en salud": PRIGEPP, 2023

Fernández., E. d. (diciembre de 2024). Prevalencia de ansiedad y depresión en mujeres con menopausia. *Revista Argentina de Medicina*, 216-229.

Fernández-Rincón C.A., H.-B. A. (21 de noviembre de 2023). Los significados de la menopausia, una mirada desde la teoría de las transiciones. *Revista de la Universidad Industrial de Santander, Salud*. Obtenido de <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23057>

Freixas. (3 de 1 de 2025). La mercantilización de la menopausia. (E. Caballero, Entrevistador) eus/es.radio-euskadi.<https://elpais.com/salud-y-bienestar/2024-02-13/anna-freixas-psicologa-hay-un-panico-cultural-a-la-menopausia-que-se-transmite-a-las-mujeres.html>

Fonseca-Fernández, M., & López-Angulo, L. (2024). Una mirada de género al bienestar de las mujeres durante el climaterio. *Medisur*, 22(2), 362-

Gobernación, S. d. (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012, Para la prevención y control de enfermedades perimenopáusicas y postmenopáusicas de la mujer. Criterios para brindar atención médica. México: Diario Oficial de la Federación.

Gómez, L. (2022). Influencia Cultural en la Menopausia. Informe de la Comisión de Instituto de la Menopausia. (2023). Un año más, las mujeres reclaman que la menopausia no sea invisible para la sociedad. Recuperado de <https://www.institutodelameno-pausia.org/un-anio-mas-las-mujeres-reclaman-que-la-menopausia-no-sea-invisible-para-la-sociedad> Humanos de la Ciudad de México, 10(4), 45-58.

Gómez, M. (2023). Climaterio relacionado al estilo de vida en mujeres de una población mexiquense. *Revista de Salud Pública*, 12(3), 45-59.

Herrera Labra, G. (1991). La transmisión del conocimiento y la heterogeneidad cultural. *Revista Mexicana de Sociología*, 53(4), 169–182. <https://doi.org/10.22201/iis.01882503p.1991.4.61202>Hunter,

M. S., & Smith, M. (2014). Managing menopausal symptoms: Cognitive behavioural therapy approaches. *Women's Health Medicine*, 6(1), 22–26.

Johan-Dojaquez A, López-García CA, Zenteno-Covarrubias G. La hipnosis como tratamiento, recopilación de la evidencia clínica: una revisión sistemática. *Sal Jal*. 2024;11(2):78-87. doi:10.35366/115687.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2013). Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de la Perimenopausia y Postmenopausia. Recuperado de <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/019GER.pdf>

Lagarde y de los Ríos, M. (2015). Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. UNAM. XXI Siglo veintiuno Editores México. Edición 2º.

Lagarde y de los Ríos, M. (2000) Claves feministas para la autoestima de las mujeres, Horas y horas, Editorial, Madrid

Lagarde y de los Ríos, M. (1996) Género y Feminismo Desarrollo humano y democracia XXI Siglo veintiuno editores México

Lagarde y de los Ríos, M. (1996). "El género" fragmento literal "La perspectiva de género". Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia (págs. 13-38) XXI Siglo veintiuno editores México

Lagarde y de los Ríos, M. (2023) Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres, XXI Siglo veintiuno editores México.

Larroy García, Cristina; Gutiérrez Gómez-Calcerrada, Sonia Intervención cognitivo-conductual en sintomatología menopáusica: efectos a corto plazo Psicothema, vol. 21, núm. 2, 2009, pp. 255-261 Universidad de Oviedo, España

Lende.D. & Downey G. (2012) The encultured brain: An introduction to neuroantropology. MIT Press

León Cordero J.J., V. P. (Enero-Febrero 2024). Impacto del climaterio en la calidad de vida de mujeres de un centro de atención primaria de la Ciudad de Piñas Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 8(1), 3747-3762.

Levine M, A. T. (2016). Menopause accelerates biological aging. (P. T. Ellison, Ed.) PNAS.

Leyva-Moral, J. (2013). El climaterio y las inmigrantes ecuatorianas: una experiencia natural en manos de otros. Índice de Enfermería, 204-208.

López-Gopar, M. (2014). Investigación conceptual: una vía para generar propuestas educativas. Vasilachis de Gialdino, I. (2006). Estrategias de investigación cualitativa. GEDISA.

Lowen, A. (1975). Bioenergetics: The revolutionary therapy that uses the language of the body to heal the problems of the mind. Coward, McCann & Geoghegan.

Mitchell, J. (2000). Mad Men and Medusas: Reclaiming hysteria and the effects of the gaze. Basic Books.

López, A. M. (2019). Cuerpo y género en el climaterio: una mirada desde la psicología feminista. Revista de Estudios de Género, 14(2), 45–62.

Manni, A. Q. (2022). 6.4 Menopausia. En A. Manni, & A. Quarde, Fisiopatología endócrina. Una guía concisa para el examen físico. Springer. doi:<https://doi.org/10.1007/978-3-030-49872-6>

Manterola, C. A.-L. (2014). Jerarquización de la evidencia. Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. Revista chilena de infectología, 31(6).

Martínez, A. (2 de 10 de 2021). Climaterio: etapas y fisiología. Revista de Ginecología y Obstetricia, 85-97.

Martínez, A. (s.f.). Climaterio: etapas y fisiología. Revista de Ginecología y Obstetricia, 10(2), 85-97.

Maurece-Barcia J. Jorna-Calixto R.A., V.-M. P. (03 de septiembre-diciembre de 2023). Síndrome genitourinario de la menopausia en mujeres del policlínico universitario Dr. Cosme Ordoñez EE Carcelier, Cuba. Horizonte Sanitario.

Moreno-López, N., Sánchez-Torres, A. I., & Pérez-Raigoso, A. D. P. (2020). Tradición oral y transmisión de saberes ancestrales desde las infancias. *Panorama*, 14(26). <https://doi.org/10.15765/pnrm.v14i26.1489>

Moreno Isturiz, J. (2022). "Menopausia en equilibrio". X Congreso Federación Latinoamericana de sociedad del climaterio y menopausia. Asunción Paraguay: FLASCYM.

Mujeres para la Salud. (2023). La salud mental de las mujeres: los malestares de género. <https://www.mujeresparalasalud.org/la-salud-mental-de-las-mujeres-los-malestares-de-genero>

Murillo, F. j. (15 de 3 de 2017). Sugerencias para escribir un buen artículo científico en educación. REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación, 5-34.

NAMS (North American Menopause Society). (2021). Menopause Practice: A Clinician's Guide.

Nieto, M. Rus, M., Areal-Quenty, V., Lubián.López, D. (2025). Menopausal shift on women's health and microbial niches. *Women's Health* 3(1).11 <https://doi.org/10.1038/s44294-024-00050-y>

Nogueiras García B, La teoría feminista aplicada al ámbito de la salud de las mujeres: discursos y prácticas (España, 1975-2013), Tesis nivel doctoral, Madrid, 2018

Pérez, L. (2022). Climaterio: etapas y fisiología. *Revista de la Facultad de Medicina*, 10(25), 123-135.

Pérez, M. &. (2019). Efficacy of good treatment therapy in improving well-bein in climateric women. *Clinical Psychology Review*, 2(39), 178-187

Pérez, M. (2023). Revisión de Literatura sobre la Influencia de la Cultura en la Menopausia. *Revista de Género y Salud*, 15(2), 110-120

Perls, F. S.,

Hefferline, R., & Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. Julian Press.

Santamaría-Pérez. (2023). "Salud con perspectiva de género: la menopausia desde la voz de las mujeres". (R. d. Sevilla, Ed.) Panacea.

Rodríguez, S. (2024). Calidad de vida en mujeres posmenopáusicas. *Journal of Women's Health*, 15(1), 78-89.

Rondón, M (2008). Aspectos Sociales y Emocionales Del Climaterio: Evaluación y Manejo SIMPOSIO CLIMATERIO Y MENOPAUSIA. *Revista Peruana Ginecología y Obstetricia*, 99-107.

Rosales, M. B. (2020). Cultura: el lugar de la transmisión generacional (Cap. 3). En Documento completo [PDF]. Sedici, Universidad Nacional de La Plata. Recuperado de https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/135651/Documento_completo.pdf?sequence=1

Romero López, E., & Sánchez Miranda, G. (2010). El misterio de la menopausia: la perspectiva de las mujeres. *Iztapalapa, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 68, 39-55.

Reséndiz-Oviedo M.G., S. R. (2022). Relación entre la ansiedad, depresión o insomnio con la calidad de vida en mujeres adultas en proceso de envejecimiento reproductivo. Una revisión

Rea Ángeles, P., Montes de Oca Zavala, V., & Pérez Guadarrama, K. (2021). Políticas de cuidado con perspectiva de género. *Revista Mexicana de Sociología*.

Rivero Corona, J. (2024). Cambios fisiológicos durante el climaterio y la menopausia. *Top DOCTORS*.

Riveros Aedo, E. (2014). La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Ajayu*, 12(2), 135-186

Rodríguez, S. (2023). Menopausia y climaterio. *Journal of Women 's Health*, 15(1), 56-70.

Ríos Everardo, M. (2024). La Terapia de Reencuentro para los cuidados feministas de buentrato. *Estudios del Discurso*, 10(1), 177-192. Recuperado de *Estudios del Discurso*.

Rodríguez, I., & Díaz, P. (2020). Menopausia y salud mental: abordajes clínicos y críticas feministas. *Salud y Sociedad*, 18(1), 77–94.

Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Houghton Mifflin.

Romero López, E., & Sánchez Miranda, G. (2010). El misterio de la menopausia: la perspectiva de las mujeres. *Iztapalapa, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 68, 39-55. Recuperado de *Redalyc*

Sassenfeld Jonquera, A., & Moncada Arroyo, L. (2006). Fenomenología y psicoterapia humanista- existencial. *Revista de Psicología*, 15(1), 91-106.

Sanjuán-Quiles, Á., Alcañiz-Garran, M. M., Montejano-Lozoya, R., & Ramos-Pichardo, J. D. (2023). La perspectiva de las personas cuidadoras desde un análisis de género. *Revista Española de Salud Pública. Sistemática. Casos y revisiones de Salud*, 4(1).

Sánchez Rivera, M. (2016). Construcción social de la maternidad: el papel de las mujeres en la sociedad. *Opción*, 32(13), 921-95

Sanz Ramón, F. (2003). Psicoterapia de la reconciliación femenina. Kairós. O. P. (2023). OPS/OMS México participa en el Foro "La Menopausia: un desafío de política pública". <https://www.paho.org/es/noticias/17-5-2023-opsoms-mexico-participa-foro-menopausia-desafio-politica-publica>

Sanz Ramón, F. (1990) PSICOEROTISMO FEMENINO Y MASCULINO para un relaciones placenteras, autónomas y justas. Editorial Kairós

Sanz Ramón, F. (2016) EL BUENTRATO como proyecto de vida, Editorial Kairos

Sanz Ramón, F. (2022) LA FOTOBIOGRAFÍA Imágenes e historias del pasado para vivir con plenitud el presente, Editorial Kairos e-book

Sanz Ramón, F. (1995) LOS VÍNCULOS AMOROSOS: amar desde la identidad en la terapia de Reencuentro, Editorial Kairos.

Sanz Ramón, F. (2023) Escuchar, Acompañar Bientratar, Editorial Kairos

Sanz Ramón, F. (2012) DIÁLOGOS de MUJERES SABIAS, Editorial Kairos,

Sanz Ramón, F. (2005). El ciclo vital femenino: sexualidad, maternidad y menopausia. Desclée de Brouw

Sanz Ramón, F. (2003). Psicoterapia de la reconciliación. Desclée de Brouwer.

Sanz Ramón, F. (2021). La pareja, un proyecto de amor: Conflictos, educación para la salud y terapia. Fundación Terapia de Reencuentro. Santamaría-Pérez, M. I. (2023). "Salud con perspectiva de género: la menopausia desde la voz de las mujeres." Panacea. Recuperado de la Universidad de Sevilla.

Tolosa, A. (11 de agosto de 2021). El análisis genómico de la menopausia amplía el conocimiento de los mecanismos implicados en la vida reproductiva de las mujeres. *Genética Médica News*.

Secretaría de Salud. (2009). Guía de Práctica Clínica: Atención del Climaterio y Menopausia. <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

Torres Jiménez A.P., T. R. (marzo/abril de 2018). Climaterio y Menopausia. Revista de la Facultad de Medicina (México), 61(2).

Vélez P., & Figueredo, L. (2016). Importancia histórica del climaterio y la menopausia. Revista Educación en Valores, 2(26), 48

White, M., & Epston, D. (1990). Narrative means to therapeutic ends

Editorial WW Norton & Company

Yebra Delgado, S. (2021). Abordaje sanitario en la menopausia. Revisión con perspectiva de género. Ocronos, 4(9), 143-152. Recuperado de Revista Cronos

9. Anexos

9.1 Anexo 1 Sobre la propuesta psicoterapéutica desarrollada.

Este anexo tiene como finalidad complementar, ilustrar y profundizar la propuesta psicoterapéutica desarrollada en esta tesis para llevarla a la práctica. En coherencia con el enfoque feminista, simbólico y clínico del trabajo, contiene materiales los cuales buscan visibilizar el proceso vivencial de intervención, ofrecer herramientas replicables y consolidar una narrativa visual y metodológica que enriquezca el abordaje de los mandatos de género en mujeres menopáusicas.

Cada anexo refleja dimensiones distintas de talleres psicoterapéuticos: desde las fichas técnicas que organizan el trabajo por sesiones, hasta los instrumentos de evaluación que permiten una aproximación crítica al impacto subjetivo del proceso. Asimismo, se incluye el ejemplo de una lámina anatómica simbólica que representa los cambios del cuerpo menopáusico desde un lugar de conocimiento, dignidad y reconexión emocional.

Estos recursos están diseñados como herramientas flexibles y éticas, posibles de adaptar a diversos contextos clínicos, educativos y comunitarios, siempre que se sostenga la perspectiva situada, empática y emancipadora que guía esta investigación, y basten como un ejemplo de multitud de alternativas.

9.1.1 Ejemplo de protocolo terapéutico propuesto

Se expone en primer lugar el taller “Narrar(se) en el cuerpo que cambia, resignificar el cuerpo desde la autonomía” desde su marco ético y teórico, estructura y sesiones con ejemplo de desarrollo de las mismas.

“El cuerpo es el primer territorio de libertad” Fina Sanz

Tabla resumen del dispositivo terapéutico propuesto	
Elemento	Descripción
Nombre del módulo	Narrar(se) en el cuerpo que cambia: resignificar el climaterio desde la autonomía
Objetivo general	Favorecer la resignificación simbólica y emocional de la experiencia menopáusica desde un enfoque feminista y psicoterapéutico
Duración sugerida	7 sesiones grupales
Población destinataria	Mujeres de 45 a 65 años, en etapa climática o menopáusica
Fundamentos teóricos	Teoría feminista (Lagarde), psicoterapia humanista (Sanz), enfoque narrativo y terapia centra en la persona (C. Rogers)
Técnicas empleadas	Escritura terapéutica, narrativa , fotobiografía, terapia de arte, visualización guiada, rituales simbólicos
Ejes temáticos	Mandatos de género, cuerpo, deseo, límites, autocuidado, autonomía
	Escalas de transformación simbólica, preguntas abiertas, mapa corporal simbólico
Materiales requeridos	Cartulinas, revistas, láminas anatómicas, fotografías personales, música, objetos simbólicos
Potencial de aplicabilidad	Espacios clínicos, educativos o comunitarios orientados a la salud mental y al empoderamiento femenino
convertir estas observaciones en un texto más narrativo para el capítulo de cierre	No implementado en esta investigación; requiere adaptación cultural y evaluativa en contextos específicos

9.1.2 Marco Ético del Modelo Grupal del taller: “Narrar(se) en el cuerpo que cambia, resignificar el climaterio desde la autonomía”

“Cada cuerpo narrado es un acto de dignidad. Cada ritual creado, una afirmación de autonomía. Lo simbólico no adorna: transforma.”

La presente propuesta metodológica se fundamenta en un marco ético que reconoce la dignidad, autonomía y diversidad de las mujeres participantes como principios irrenunciables. Desde una perspectiva feminista y humanista, se privilegia el cuidado mutuo, la escucha sensible y la creación de espacios seguros donde cada mujer pueda narrarse, resignificarse y habitar su cuerpo en transformación.

Autonomía narrativa y simbólica

Cada participante es considerada autora de su propio proceso. Se respeta su derecho a decidir qué narrar, cómo hacerlo y qué rituales crear, sin imposiciones ni juicios. La autonomía se expresa también en la posibilidad de modificar, omitir o resignificar los dispositivos simbólicos propuestos.

2. Confidencialidad y consentimiento informado

Toda participación en el taller y en los registros narrativos se realizará bajo consentimiento informado, explicando claramente los objetivos, alcances y usos de los materiales. Se garantizará la confidencialidad de las experiencias compartidas, cuidando la identidad y privacidad de cada mujer.

1. Cuidado como principio metodológico

El cuidado no se limita a lo emocional, sino que atraviesa el diseño de cada sesión, la elección de los materiales, el ritmo del proceso y la forma de acompañar. Se evita la exposición innecesaria, el uso de lenguaje patologizante o la reproducción de estereotipos.

Respeto por la diversidad de experiencias

El modelo reconoce que el climaterio no es una experiencia homogénea. Se valida la pluralidad de vivencias, cuerpos, deseos y formas de transitar esta etapa, evitando cualquier enfoque normativo o biologicista.

1. Simbólico como acto ético

Los rituales y dispositivos simbólicos no son meros recursos estéticos, sino actos éticos que permiten a las mujeres reapropiarse de su cuerpo, su historia y su deseo. Se diseñan desde el respeto, la escucha y la co-creación, evitando toda forma de manipulación emocional o espiritual.

2. Narrar como resistencia

La escritura, el cuerpo y la voz se entienden como herramientas de resistencia frente a los discursos que invisibilizan o patologizan el climaterio. Narrar(se) es un acto político que devuelve agencia y sentido a las mujeres en tránsito.

9.1.3 Metodología Taller “Narrar(se) en el cuerpo que cambia: resignificar el climaterio desde la autonomía”

El presente taller psicoterapéutico titulado "Narrar(se) en el cuerpo que cambia: resignificar el climaterio desde la autonomía" se enmarca dentro de una propuesta de intervención que busca atender los malestares ocasionados por los mandatos de género en mujeres que transitan la etapa menopáusica. Partiendo de un enfoque feminista y psicoterapéutico humanista, el módulo reconoce al cuerpo como territorio simbólico de opresión, pero también como espacio de transformación.

La metodología se fundamenta en la integración de técnicas de psicoterapia narrativa, terapia de arte, enfoque gestáltico y escritura terapéutica, todas ellas orientadas a potenciar la autonomía, la resignificación del cuerpo y el desmontaje de narrativas patriarcales interiorizadas. Se favorece el trabajo grupal como dispositivo de resonancia colectiva y de construcción de vínculos empáticos.

Objetivos generales del taller

- Reconocer los mandatos de género internalizados en torno al cuerpo y la menopausia
- Facilitar procesos de expresión simbólica, emocional y corporal como vía de transformación
- Promover el empoderamiento de las participantes mediante recursos terapéuticos y narrativos

Participantes

El módulo está dirigido a mujeres entre 45 y 65 años, en etapa de climaterio o menopausia, que expresen interés en explorar vivencias corporales, emocionales y simbólicas vinculadas con el género. No se requiere experiencia previa en procesos terapéuticos.

Modalidad

Formato: Grupal presencial/ semiestructurado/ vivencial Frecuencia: 1 sesión semanal

Duración: 5 sesiones de 2 horas y 2 sesiones de 3 horas

Total: 7 sesiones

Facilitadora: Psicoterapeuta con formación en enfoque de género y terapias humanistas integrativas

9.1.4 Fichas de Sesión (Resumen, actividades y material psicopedagógico) Taller “*Narrar(se) en el cuerpo que cambia: resignificar el climaterio desde la autonomía*”

Ficha Sesión 1: “¿Quién me ha dicho cómo debo ser? “Los mandatos que (me) construyen”

- Objetivo: Identificar los mandatos de género vinculados a la vivencia menopáusica.
- Técnicas: Lluvia de ideas, mural simbólico, diálogo grupal.
- Materiales: Papel Kraft, marcadores, tarjetas adhesivas. Lectura introductoria “¿Qué son los mandatos de género y por qué me atraviesan? Lámina de imagen de Romper el mandato.
- Indicador de avance: Reconocimiento verbal y simbólico de narrativas hegemónicas.
- Duración 2 horas

Esta sesión fue incorporada como apertura del módulo psicoterapéutico grupal para favorecer la comprensión crítica de los mandatos de género como estructuras simbólicas que producen malestar en la vivencia menopáusica. Su abordaje temprano permite que las participantes reconozcan de forma consciente el sistema de normas culturales que han internalizado en relación con el cuerpo, el deseo, el envejecimiento y los roles femeninos.

La metodología combina psicoeducación feminista, dinámicas proyectivas y rituales simbólicos, configurando un espacio que articula saber teórico con experiencia personal. Desde un enfoque narrativo y humanista, la sesión busca habilitar el cuestionamiento activo y la agencia simbólica frente a los dispositivos de que limitan la autonomía subjetiva. Se propone una lectura Introductoria para las participantes

Título: ¿Qué son los mandatos de género y por qué me atraviesan?

Los mandatos de género son normas invisibles que aprendemos desde niñas: ideas sobre cómo “debe ser” una mujer, cómo debe comportarse, verse, sentir, cuidar o desear. No son leyes escritas, pero están en frases, miradas, silencios, expectativas familiares y sociales que se repiten una y otra vez.

En el climaterio, estos mandatos se hacen más fuertes porque el cuerpo cambia y deja de “encajar” en lo que la cultura considera valioso: juventud, belleza, disponibilidad. Esto genera malestar, pero no es culpa tuya. No es que estés “fallando”, sino que estás viviendo un proceso natural en un mundo que no te ha enseñado a valorarlo.

En esta sesión vamos a nombrar esos mandatos, a dibujarlos, cuestionarlos y comenzar a transformarlos. Porque tu cuerpo y tu deseo merecen ser habitados desde tu voz, no desde las expectativas ajenas. Se realiza una dinámica simbólica adicional de cierre: “el hilo que rompe el mandato”, como un gesto ritual se puede acompañar de música suave o lectura de frases colectivas. Es especialmente útil en grupos con alta capacidad reflexiva o sensibilidad emocional.

Nombre: “El hilo que rompe el mandato”

-Cada participante recibe un pequeño hilo rojo.

-Se invita a escribir en una hoja el mandato que más le ha limitado.

Luego, colocan el hilo sobre la hoja y lo cortan simbólicamente.

-Finalizan escribiendo una frase afirmativa: “Hoy elijo...”



En esta imagen, una mano femenina corta un hilo rojo que atraviesa una hoja escrita con frases impuestas: “debes callar”, “ya no eres deseable”, “una mujer cuida, no desea”. Al fondo, flores emergen del corte y una espiral luminosa representa el inicio de nuevas narrativas.

Elementos clave:

- Hilo rojo: metáfora del mandato cultural que ata, enlaza y define.
- Corte simbólico: gesto de ruptura voluntaria, consciente y ritualizada.
- Palabras impuestas: escritas en negativo, tachadas o difuminadas.
- Flores nacientes: del acto de ruptura, brota la posibilidad.

Uso sugerido en el taller:

- Realizar la dinámica en la sesión sobre mandatos de género.
- Acompañar con lectura de frases afirmativas.
- Invitar a escribir en el reverso su elección personal: "Hoy elijo..."

Tarjeta Simbólica de Cierre

Con frases en el anverso que digan por ejemplo

"Mi cuerpo cambia, pero mi voz florece. Elijo narrarme desde la autonomía.", etc. y en el reverso "Este proceso fue habitado con sensibilidad por __ (firma de la participante)"

"Soy más que lo que esperaban de mí. Soy lo que decido ser."

Ficha Sesión 2: “Mi cuerpo como territorio de significación”

- Objetivo: Favorecer la autoexploración corporal desde el símbolo y la emoción.
- Técnicas: Visualización guiada, collage autobiográfico, círculo de palabra.
- Materiales: Revistas, fotografías personales en diferentes etapas de la vida, tijeras, pegamento, cartulinas, velas led , plumones, crayones, acuarelas, revistas para collage, espejos pequeños, telas, objetos naturales (piedras, semillas, flores)
- Indicador de avance: Expresión gráfica y verbal de la experiencia corporal.

Está diseñada para facilitar la reapropiación simbólica del cuerpo desde una perspectiva feminista, narrativa y ritual.

Resignificar el cuerpo como territorio simbólico, político y narrativo en el tránsito del climaterio, reconociendo sus marcas, memorias y potencias desde la autonomía y el deseo.

Objetivos específicos

- Identificar las narrativas impuestas sobre el cuerpo en el climaterio.
- Explorar las vivencias corporales desde el lenguaje simbólico y ritual.
- Reapropiarse del cuerpo como espacio legítimo de saber y transformación.
- Iniciar la construcción de una narrativa corporal propia, situada y digna.

Duración 2 horas

Metodología

Vivencial, simbólica, narrativa y ritual. Se privilegia el trabajo con el cuerpo, la metáfora, la escritura reflexiva y el diálogo ético.

Actividades principales

- Ritual de Llegada: “Presencia encarnada” (15 min)

Respiración guiada, contacto corporal consciente y uso de espejos pequeños para mirar(se) sin juicio. Se invita a nombrar una palabra que represente el cuerpo hoy.

1. Cartografía simbólica del cuerpo (40 min)

Cada participante trabaja sobre una silueta corporal en papel Kraft, representando con colores, palabras e imágenes:

- Zonas de dolor, deseo, transformación.
- Marcas que desean resignificar.
- Símbolos que representan su cuerpo en este momento vital.

Se puede complementar con collage, objetos naturales o frases poéticas.

2. Diálogo grupal: “Lo que mi cuerpo cuenta” (30 min)

Ronda de palabra donde se comparte una metáfora corporal. Se valida la diversidad de narrativas sin interpretación clínica. Se acompaña con escucha ética y resonancia simbólica.

3 . Ritual de afirmación corporal (35 min)

Cada mujer elige una frase que afirme su vínculo con el cuerpo (ej. “Soy digna de habitarlo”, “Mi cuerpo es mi casa”) y realiza un gesto simbólico (colocar una tela, encender una vela, tocar una zona corporal con respeto).

Dispositivos de apoyo

Siluetas corporales en papel Kraft o cartulina

Plumones, crayones, acuarelas, revistas para collage

Espejos pequeños, telas, objetos naturales (piedras, semillas, flores)

Bitácoras personales o cuadernos del taller

Fragmentos de textos de autoras feministas (Fina Sanz, Marcela Lagarde)

Música ambiental suave (instrumental o voces femeninas) Preguntas de reflexión sugeridas

Algunas preguntas a realizar:

¿Qué narrativas han marcado mi cuerpo y cuáles deseo transformar?

¿Qué zonas de mi cuerpo necesitan cuidado, presencia o resignificación?

¿Qué metáfora representa mi cuerpo hoy?

¿Cómo puedo habitar mi cuerpo desde la autonomía?

Evaluación cualitativa

Observación participativa del proceso simbólico y narrativo

Registro de frases, metáforas y gestos compartidos

Reflexión escrita en la bitácora sobre el vínculo con el cuerpo

Retroalimentación grupal sobre la experiencia vivida Observaciones metodológicas

Esta sesión se ubica en el eje de reapropiación simbólica del cuerpo. Se recomienda facilitar con sensibilidad, evitando interpretaciones clínicas o invasivas.

El cuerpo se aborda como territorio legítimo de saber, no como objeto de corrección.

La diversidad de vivencias debe ser validada y sostenida éticamente.

Ritual de llegada: “Presencia Encarnada” Propósito

Facilitar el tránsito del afuera al adentro, promoviendo una conexión consciente con el cuerpo como espacio legítimo de presencia, memoria y deseo. Este ritual inaugura el espacio grupal desde la escucha encarnada y la dignificación del cuerpo en el aquí y ahora.

Desarrollo

1 Ambientación suave: luz tenue, música instrumental o voces femeninas suaves.

2 Respiración guiada: se invita a cerrar los ojos, inhalar profundamente y exhalar con intención, reconociendo el ritmo propio.

3 Contacto corporal consciente: cada mujer coloca sus manos sobre una zona del cuerpo que desea habitar (vientre, pecho, rostro, etc.) y permanece ahí unos segundos.

4 Uso del espejo: se entrega un espejo pequeño. Se invita a mirar(se) sin juicio, reconociendo lo que está presente.

Palabra encarnada: cada participante nombra una palabra que represente su cuerpo hoy (ej. “cansado”, “sabio”, “en tránsito”, “fuerte”) y la deposita simbólicamente en el centro del círculo (puede ser escrita en papel, dicha en voz alta o representada con un objeto).

Observaciones

Este ritual no busca “relajar” sino reconectar. Se valida cualquier emoción o sensación emergente. El cuerpo no se interpreta, se acompaña.

Cartografía simbólica del cuerpo Propósito

Explorar el cuerpo como territorio narrativo, político y simbólico, reconociendo sus marcas, zonas de poder, memorias y deseos. Esta cartografía permite resignificar el cuerpo desde la experiencia situada y la autonomía.

Desarrollo

1- Entrega de siluetas corporales: cada mujer recibe una silueta en papel Kraft o cartulina.

2- Lenguaje simbólico: se ofrecen materiales diversos (colores, revistas, telas, objetos naturales) para intervenir la silueta.

3- Indicaciones abiertas:

Representa las zonas que han sido marcadas por el dolor, el deseo, la

transformación.

Señala los lugares que deseas habitar con más conciencia.

Usa símbolos, palabras o imágenes que representen tu cuerpo hoy.

Puedes incluir frases, metáforas, colores o texturas que te conecten con tu vivencia corporal.

- Tiempo de creación libre: se acompaña con música suave y se respeta el ritmo de cada participante.
- Bitácora reflexiva: al finalizar, se invita a escribir una frase que sintetice lo que el cuerpo ha contado en este ejercicio.

Observaciones

No se busca una “obra estética” sino una expresión simbólica legítima. Se evita la interpretación externa. Cada cartografía es un testimonio encarnado que merece cuidado y confidencialidad.

Ficha Sesión 3: “Habitando el cuerpo desde la anatomía del cambio”

Tema: Conocer y resignificar los cambios anatómicos en el cuerpo menopáusico

Objetivo: Brindar información clara sobre los cambios fisiológicos del climaterio y promover su integración emocional desde una mirada empática

Actividades:

- 1.- Charla psicoeducativa (20 min)
- 2.- Explicación sencilla sobre cambios hormonales, vulvovaginales, óseos, metabólicos y cardiovasculares
- 3.- Uso de láminas o esquemas anatómicos
- 4.- Mapa corporal colectivo (30 min)

5.- Dibujo grupal sobre un cuerpo humano de papel kraft: ¿qué partes se sienten olvidadas, tensionadas, empoderadas?

6.-Narrativa personal (30 min)

7.-Escritura o dibujo libre: “Mi cuerpo me está diciendo que...”

8.-Cierre ritual (20 min)

9.-Dinámica de afirmación: cada participante coloca una palabra sobre una zona corporal que desea reconectar

Materiales:

- Láminas anatómicas
- Papel Kraft grande
- Plumones, adhesivos, imágenes
- Música instrumental Técnica:

Psicoeducación + diálogo grupal + arte simbólico

Estos contenidos se presentan en lenguaje accesible, priorizando el respeto, la autonomía y la despatologización del cuerpo femenino. Hay una integración entre psicoeducación biomédica adaptada, terapia de arte, escritura terapéutica y diálogo reflexivo.

1. Indicadores de avance

- Capacidad para identificar al menos dos cambios corporales vividos personalmente.
- Manifestación verbal o simbólica de una actitud de aceptación, curiosidad o reconexión.

2. Observaciones para la facilitadora

- Enfatizar el respeto al ritmo emocional de cada participante; evitar términos clínicos sin explicación.
- No promover “normas de salud ideal”, sino presentar la diversidad de cuerpos menopáusicos como legítima.
- Asegurar un entorno seguro: validar preguntas, emociones y silencios.

de narrativas que expresen vinculación afectiva con el cuerpo



Lámina anatómica simbólica del cuerpo menopáusico: conocimiento, dignidad y reconexión

La presente lámina representa los principales cambios anatómicos y fisiológicos que experimenta el cuerpo femenino durante el climaterio y la menopausia. Desde una visión integral y empática, se ilustran zonas del cuerpo vinculadas con transformaciones hormonales, metabólicas, óseas, cardiovasculares y genitourinarias. Cada área aparece acompañada por símbolos que resignifican el

conocimiento biomédico en clave de autonomía, autoescucha y aceptación corporal.

Los colores, texturas y palabras incorporadas no buscan medicalizar ni estigmatizar, sino ofrecer una alternativa visual que permita a las mujeres comprender y narrar su cuerpo desde un lugar de dignidad. Esta lámina puede ser utilizada como recurso educativo, terapéutico o reflexivo en espacios grupales, talleres clínicos y procesos psicoterapéuticos, favoreciendo la apropiación del saber corporal y la construcción de nuevas narrativas sobre el cuerpo menopáusico.

Esta ilustración muestra la anatomía del cuerpo menopáusico desde una perspectiva simbólica y empoderante. Los órganos internos están acompañados por elementos florales, espirales y tramas que representan ciclos, sabiduría corporal y fuerza regenerativa.

Elementos clave:

- Útero en espiral: símbolo del centro energético que no desaparece, sino que se transfigura.
- Ovarios con semillas: evocación de una fertilidad simbólica que continúa.
- Flores abiertas en el pecho y vientre: representación del deseo y la emocionalidad que florecen en esta etapa.
- Contorno corporal fluido: rompe el modelo rígido de la anatomía clínica, abriendo paso a una estética del sentir.

Uso sugerido en el taller:

- Presentar en la sesión de psicoeducación anatómica.
- Invitar a las participantes a intervenir la imagen con frases, colores o símbolos propios.
- Reflexionar sobre los significados personales del cuerpo que cambia.

Ficha Sesión 4: “La voz que callé, la historia que quiero contar”

- Objetivo: Desarrollar la narrativa propia en relación con el cuerpo menopáusico.
- Técnicas: Escritura libre, lectura voluntaria, resignificación lingüística.
- Materiales: Cuadernos, bolígrafos, hojas guía.
- Indicador de avance: Producción de textos con contenido reflexivo y simbólico.

“La voz que callé, la historia que quiero contar” abre un espacio simbólico y terapéutico para recuperar el relato propio desde el cuerpo y la palabra, al facilitar la expresión narrativa de experiencias silenciadas durante el climaterio, integrando cuerpo, voz y memoria simbólica para resignificar desde la autonomía y la dignidad.

Estructura de la sesión (Duración: 3 horas) Materiales a emplear

- Cartulinas, revistas, tijeras, pegamento, plumones
- Velas pequeñas de parafina o led y frases impresas sobre el poder de la mujer
- Piedras lisas para pintar
- Música instrumental suave (para momentos de introspección)
- Cuadernos personales o hojas para escritura libre Evaluación cualitativa
- Bitácora reflexiva individual (preguntas guía al final de la sesión)
- Observación participativa (registro de gestos, participación, resonancias)
- Mapeo simbólico grupal (palabras clave que emergen en el círculo final)

Indicadores:

- Capacidad de nombrar experiencias silenciadas

- Integración de cuerpo y palabra en la expresión narrativa
- Reconocimiento de la propia voz como fuente de autonomía Sugerencias éticas y metodológicas
- Asegurar consentimiento informado para compartir narrativas
- Ofrecer opción de expresión no verbal (dibujo, gesto, símbolo)
- Validar todas las formas de participación (incluido el silencio)
- Cuidar el tiempo emocional de cada fase, sin forzar proceso

Ficha sesión 4: “La voz que callé, la historia que quiero contar”

Taller: Narrar(se) en el cuerpo que cambia: resignificar el climaterio desde la autonomía
Propósito de la sesión

Promover la recuperación de la voz propia y la narrativa corporal en mujeres climáticas, reconociendo experiencias silenciadas y resignificándolas desde la autonomía, la dignidad y el deseo.

Fundamentos teóricos

- Feminismo de la diferencia, Marcela Lagarde): Reconocimiento de la voz femenina como fuente de saber y poder simbólico.
- Psicoterapia humanista (Carl Rogers, Laura Perls): Validación de la experiencia subjetiva y el cuerpo como territorio de sentido.
- Narrativas terapéuticas (Michael White, Mary Gergen): El relato como herramienta de resignificación y agencia.
- Epistemologías del sur (Boaventura de Sousa Santos): Recuperación de

saberes encarnados y comunitarios frente a la hegemonía del silencio. Recursos y materiales

- Frases inspiradoras impresas: pensadas como elementos simbólicos, disparadores narrativos o recursos rituales. Puedes imprimirlas en tarjetas, piedras, telas o papeles decorativos, según el dispositivo que elijas.

Frases como disparadores narrativos (inicio de sesión), estas frases invitan a la reflexión y apertura del relato personal:

“Mi voz merece ser escuchada, incluso cuando tiembla.” “Lo que callé también me construyó.”

“Hoy elijo contar mi historia desde mí, no desde otros.” “Cada silencio tiene una raíz, cada palabra una flor.” “No soy la misma que calló. Soy la que ahora habla.”

Frases para el ritual de cierre, pueden usarse en piedras pintadas, velas, telas o como parte de un altar simbólico:

“Esta palabra me acompaña: [nombre elegido por la participante]” “Mi historia tiene fuerza, belleza y sentido.”

“Lo que hoy nombro, ya no me domina.” “Mi voz es medicina, memoria y camino.”

“Me reconozco en mi relato, y me abrazo en él.”

Frases para el espacio grupal (pared, círculo, centro), estas pueden estar visibles durante toda la sesión:


**Mi voz merece ser
escuchada, incluso
cuando tiembla.**

**Lo que callé también
me construyó**

**Hoy elijo contar
mi historia
desde mí,** 

**Cada silencio tiene
una raíz, cada palabra
una flor**


**No soy la misma que calló.
Soy la que ahora habla**


“Aquí nadie juzga. Aquí todas escuchamos.” “Cada historia es sagrada.”

“La voz de una, despierta la voz de todas.” “Este círculo sostiene, no interroga.”

“Lo que se dice aquí, se honra.”

Material para collage: revistas, tijeras, pegamento, cartulinas

Piedras lisas, pinturas acrílicas, pinceles

Música instrumental suave (para momentos introspectivos)

Bitácoras personales o cuadernos de escritura Metodología sugerida

Enfoque vivencial y simbólico: cada ejercicio conecta cuerpo, emoción y palabra.

- Escucha activa y validación grupal: se prioriza el respeto por los tiempos y formas de expresión.
- Ritualización terapéutica: se integran elementos simbólicos para anclar el proceso (vela, piedra, palabra).
- Adaptación comunitaria
- Traducir materiales y dinámicas a lenguajes locales (visual, oral, corporal).
- Incluir referentes culturales propios (mitos, cantos, símbolos).
- Facilitar en espacios seguros y accesibles (centros comunitarios, casas de salud).
- Formar cofacilitadoras locales para sostener el proceso desde la comunidad.

Evaluación ética y participativa tabla

1. ¿Qué parte de mi historia había callado y hoy se asomó?
2. ¿Cómo se sintió mi cuerpo al nombrarla?
3. ¿Qué deseo contar de mí que aún no ha sido dicho?
4. ¿Qué palabra me acompaña al salir de esta sesión?

Ficha Sesión 5: “Reconstruyendo el deseo”

- Objetivo: Reconectar con el deseo como fuerza vital.
- Técnicas: Bitácora del deseo, tótem grupal, reflexión colectiva.
- Materiales: Piedras, telas, madera, pinturas.
- Indicador de avance: Capacidad de expresar deseos propios sin culpabilización.

Aquí el objetivo es resignificar el deseo como fuerza vital, no solo erótica, sino creativa, relacional y simbólica, reconectar con el deseo como energía vital, resignificando su expresión en el cuerpo climatérico desde la autonomía, el goce y la potencia simbólica.

Estructura de la sesión (Duración sugerida: 3 horas) Materiales sugeridos

- Telas rojas (pueden ser retazos, cintas o pañuelos)
 - Plumones, lápices de colores, papel kraft para mapas corporales
 - Música corporal (ej. Mercedes Sosa, Lila Downs, instrumentales de raíz)
 - Hojas para escritura libre, sobres decorativos
 - Agujas, hilos o marcadores para bordar/escribir palabras en tela
- Evaluación cualitativa

Instrumentos:

- Bitácora reflexiva individual
- Registro simbólico grupal (palabras clave en tela colectiva)
- Observación participativa (gestos, participación, resonancias)
- Indicadores:
 - Reconocimiento del deseo como energía vital

- Capacidad de nombrar zonas de placer y bloqueo
- Expresión simbólica y narrativa del deseo resignificado Sugerencias éticas y metodológicas
- Evitar reducir el deseo a lo sexual: abrirlo a lo creativo, relacional, espiritual
- Validar todas las formas de expresión (incluido el silencio o el gesto)
- Cuidar el espacio emocional: ofrecer contención si emergen bloqueos o duelos
- Asegurar consentimiento para compartir narrativas o símbolos

Ficha Sesión 6: “Mis límites, mis rituales”

- Objetivo: Explorar límites personales y crear rituales de autocuidado.
- Técnicas: Diagrama personal, ritual simbólico, afirmaciones.
- Materiales: Hojas tamaño oficio, velas, elementos naturales.
- Indicador de avance: Construcción de prácticas de cuidado basadas en autonomía.

Teniendo como objetivo reconocer los propios límites físicos, emocionales y simbólicos en el proceso del climaterio, así como explorar rituales personales y colectivos que fortalezcan la autonomía, el cuidado y la resignificación del cuerpo que cambia.

Duración 2 horas

Estructura de la sesión con actividades detalladas

1. Ritual de conexión corporal: “Estoy aquí”
 - Material: Música suave, velas, tela para cubrir los ojos, esencia aromática.
 - Dinámica: En círculo, cada participante se cubre los ojos y realiza una breve exploración táctil de su cuerpo, guiada por frases como: “Reconozco mi piel”, “Escucho mi pulso”, “Estoy aquí”.
 - Propósito: Aterrizar en el cuerpo presente, abrir el espacio desde la escucha interna.
2. Cartografía de límites: “Lo que ya no”
 - Material: Hojas grandes, plumones, stickers, revistas para collage.
 - Dinámica: Cada mujer dibuja una silueta de su cuerpo y marca en ella:
 - Límites físicos (lo que el cuerpo ya no tolera)
 - Límites emocionales (lo que ya no desea sostener)

0 Límites simbólicos (mandatos que decide romper)

- Reflexión guiada: ¿Qué límites me protegen? ¿Cuáles me aíslan? ¿Qué límites necesito reafirmar para cuidar mi autonomía?

3. Diseño de rituales personales: “Lo que sí quiero”

- Material: Objetos simbólicos (semillas, telas, piedras, cuencos), papel artesanal, tintas.

- Dinámica: Cada participante elige un objeto que represente un deseo o afirmación. Luego, escribe un ritual que pueda realizar en casa para honrar ese deseo (ej. encender una vela cada luna nueva, caminar descalza al amanecer, escribir cartas a sí misma).

- Propósito: Reapropiarse del cuerpo y del tiempo desde prácticas significativas.

4. Ceremonia colectiva: “Afirmo mi lugar”

- Material: Manta ritual, flores, agua, música.

- Dinámica: En círculo, cada mujer comparte una frase que afirme su autonomía y sus nuevos límites. Se colocan los objetos simbólicos en el centro como ofrenda colectiva.

- Ejemplo de frases:

- “Mi cuerpo es mi territorio sagrado”

- “Ya no sostengo lo que me rompe”

- “Me doy permiso de cuidarme sin culpa” Material de apoyo

- Fragmentos de textos de Marcela Lagarde, Fina Sanz y otras sobre cuerpo, autonomía y ritual.

- Poemas de mujeres en tránsito (pueden incluirse textos del propio grupo).

- Playlist sugerida: música de mujeres latinoamericanas que evoque fuerza, ternura y transformación.

Reflexiones sugeridas para el diario personal

- ¿Qué límites he aprendido a respetar en mí?
- ¿Qué ritual me conecta con mi poder interno?
- ¿Cómo se transforma mi noción de cuidado en esta etapa?

Cierre metodológico

Esta sesión articula el reconocimiento de límites como acto de autonomía, y el ritual como herramienta de resignificación simbólica. Se propone como un espacio de transición entre el duelo por lo que se deja atrás y la afirmación de nuevas formas de estar en el cuerpo.

Ficha Sesión 7: “Integrar para seguir”

- Objetivo: Integrar el proceso vivido y proyectar transformaciones futuras.
- Técnicas: Línea de tiempo, red de palabras, evaluación vivencial.
- Materiales: Cuerda, tarjetas, pinzas, fotografías simbólicas.
- Indicador de avance: Articulación de aprendizajes desde la experiencia grupal.

Propósito de la sesión

Facilitar un espacio de integración simbólica, emocional y narrativa que permita a las participantes reconocer su tránsito por el taller, resignificar sus vivencias y proyectar acciones futuras desde la autonomía, el cuidado y la agencia feminista.

Objetivos específicos

- Sistematizar los aprendizajes personales y colectivos del proceso.
- Reconocer los cambios internos y externos que se han gestado.
- Elaborar una narrativa de continuidad que honre el tránsito vivido.
- Celebrar la autonomía y el vínculo grupal como fuerza transformadora.

. Duración 2 horas Metodología

Narrativa, fotobiografía, ritual, visual y colaborativa. Se emplean dispositivos de cierre simbólico, escritura reflexiva y ceremonia colectiva.

Materiales requeridos

- Hojas de colores, plumones, papel artesanal, fotografías personales o significativas.
- Círculo ritual con objetos significativos del taller
- Manta grupal, flores, cuenco con agua, vela central

- Música de cierre (selección colectiva)
- Bitácoras personales o cuadernos del taller.

Estructura de la sesión con actividades detalladas

- Ronda de resonancias: “Lo que se queda en mí”

Cada participante comparte una palabra o gesto que represente lo que se lleva del taller. Se acompaña con música suave y respiración consciente.

- Línea de vida simbólica: “Mi tránsito”

Se elabora una línea visual que represente el tránsito por el climaterio y el taller, marcando momentos de ruptura, descubrimiento, cuidado y afirmación. Se puede usar collage, dibujo o escritura libre.

- Carta a mi futuro cuerpo: “Lo que deseo seguir siendo”

Cada mujer escribe una carta dirigida a sí misma en el futuro, honrando lo aprendido y proyectando deseos, límites y rituales que desea sostener. Ver formato más adelante.

El siguiente formato es un ejemplo de cómo se puede permitir a cada participante escribir una carta dirigida a sí misma en el futuro, como acto de continuidad, cuidado y afirmación simbólica, proyección autónoma y afirmación narrativa. Puede integrarse a la bitácora personal o al archivo colectivo del taller:

Fecha de escritura de la carta

Nombre simbólico de la carta (Ej. “Lo que deseo seguir siendo”, “Mi cuerpo en tránsito”, “La que seré”)

Mensaje al cuerpo futuro ((Puedes comenzar con “Querida yo...” o “A ti, cuerpo que sigue cambiando...”))

(Incluye lo que deseas recordar, sostener, cuidar, transformar o agradecer)

Deseos que desea cultivar (Ej. seguir caminando con libertad, sostener mis rituales, cuidar mis límites)

Frase de afirmación (Ej. “Me sigo eligiendo”, “Mi cuerpo es mi casa”, “Soy digna de ternura y decisión”)

Firma simbólica (Puede ser tu nombre, un símbolo, una palabra que te represente)

* Ceremonia de continuidad: “Nos seguimos eligiendo “En círculo, se coloca una ofrenda simbólica en el centro (objeto, palabra, flor, semilla, etc.). Se enciende una vela y se pronuncia una frase de compromiso con el propio proceso y con el cuidado colectivo.

Preguntas de reflexión sugeridas

¿Qué parte de mí se transformó en este tránsito?

¿Qué deseo seguir cultivando en mi cuerpo y mi vida?

¿Cómo puedo sostener mi autonomía más allá del taller?

¿Qué vínculos me fortalecen y deseo preservar?

Observaciones metodológicas

Esta sesión cierra el ciclo del taller desde una lógica de integración y continuidad. No se plantea como clausura, sino como apertura hacia nuevas formas de estar en el cuerpo, en el vínculo y en la vida. Se recomienda documentar las cartas y líneas simbólicas como insumo para la validación narrativa del modelo.

Ritual de entrega

1. Círculo de cierre: Se forma un círculo con todas las participantes. Se enciende una vela central como símbolo de lo compartido.
2. Lectura de carta: Cada mujer lee (si desea) su carta al cuerpo futuro o una frase que la represente.

3. Entrega del dispositivo: la facilitadora, entrega el frasco con la semilla, el símbolo y la carta, nombrando a cada mujer por su nombre simbólico.
4. Gesto colectivo: Al final, todas colocan sus frascos en el centro y luego los toman de nuevo, como acto de apropiación y continuidad.

Variaciones posibles

- Se puede incluir un pequeño cuaderno artesanal donde cada mujer registre sus rituales personales.
- Si el grupo lo permite, pueden intercambiar mensajes anónimos de reconocimiento entre ellas.
- El frasco puede decorarse en una sesión previa como actividad creativa.

Los dispositivos simbólicos (fuego, agua, escritura, objetos naturales (semillas, flores, etc.) operan como mediadores terapéuticos:

La función terapéutica se expresa en términos de reconexión, liberación, reparación, cuidado y afirmación.

- La resonancia feminista se manifiesta en la ruptura con mandatos patriarcales y la reapropiación del cuerpo como territorio autónomo.

Guía breve para realizar un dispositivo simbólico: “Semillas de tránsito”

Propósito:

Este dispositivo acompaña los procesos de transformación simbólica en mujeres en el climaterio. Cada semilla representa un tipo de tránsito: una experiencia que se está gestando, soltando o resignificando. El gesto de elegir, nombrar y portar una semilla permite anclar el proceso en el cuerpo y la memoria.

Modo de uso:

- Al inicio o cierre de una sesión grupal, invita a cada participante a elegir una

semilla que represente su tránsito actual.

- Puede colocarse en una bolsita ritual, sobre el altar grupal, o llevarse consigo como recordatorio.
- Se sugiere acompañar la elección con una frase simbólica que nombre el tránsito y lo dignifique.

Al final del ciclo, las semillas pueden sembrarse, intercambiarse o transformarse en otro objeto ritual.

Tipos de tránsito representados por las semillas:

Tránsitos de duelo, de deseo, de decisión, de descanso, de dignidad. Frases:

1. Semillas de duelo

“Estoy soltando lo que ya no me sostiene.”

“Honro lo que fue, y me permito llorarlo.”

“Esta semilla guarda mi despedida.”

2. Semillas de deseo

“Algo nuevo arde en mí, y merece espacio.”

“Esta semilla es mi anhelo en germinación.”

“Me permito desear con todo mi cuerpo.”

3. Semillas de decisión

“He elegido, y mi elección tiene raíz.”

“Esta semilla sostiene mi claridad.”

“Camino hacia lo que decidí, sin volver atrás.”

4. Semillas de descanso

“Me doy permiso de pausar y respirar.”

“Esta semilla es mi tregua.”

“Descansar también es sembrar.”

5. Semillas de dignidad

“Esta semilla honra mi historia.”

“Me planto en mi dignidad, sin pedir permiso.”

“Soy tierra fértil de memoria y fuerza.”

“Esto que hoy cierras, también se abre. Cuerpo, palabra y deseo sigan floreciendo.

9.1.5 Metodología de Evaluación del taller

Se utilizará un enfoque cualitativo basado en observación participante, análisis de contenidos producidos durante el módulo (textos, collages, narrativas orales), y entrevistas semiestructuradas al finalizar el proceso.

Herramientas evaluativas

Escala de transformación simbólica

Indicador	Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto
Identificación de mandatos de género	☐	☐	☐
Capacidad para narrarse con autonomía	☐	☐	☐
Reconexión emocional con el cuerpo	☐	☐	☐
Expresión del deseo sin censura	☐	☐	☐
Implementación de rituales de autocuidado	☐	☐	☐

Evaluación mediante entrevista final (preguntas clave):

1. ¿Qué significados sobre el cuerpo menopáusico han cambiado para ti?
2. ¿Cómo describirías tu vínculo actual con el deseo?
3. ¿Qué ritual o práctica te llevarías como símbolo del proceso?
4. ¿Qué te gustaría seguir explorando después de este módulo?

Informe de cierre grupal

Elaborado por la facilitadora con base en las observaciones durante todo el proceso, incluyendo resistencias, momentos de apertura, producciones simbólicas relevantes y dinámicas del grupo.

Las principales observaciones que emergen del proceso:

1. El cuerpo como archivo vivo del que se extraen memorias corporales que no habían sido narradas mediante los ejercicios corporales y rituales.
2. Lo simbólico como lenguaje de autonomía. Cada símbolo elegido (fuego, agua, piedra, escritura) funciona como mediador entre lo íntimo y lo colectivo, entre lo vivido y lo deseado. Permitiendo nombrar lo innombrable y cuidar lo vulnerable.
3. La narrativa como acto político al desafiar discursos hegemónicos sobre el climaterio.
4. El grupo como espacio de resonancia y cuidado, siendo clave para sostener los procesos individuales, el funcionar como espejo, refugio y amplificador.
5. La ética como práctica encarnada .sin intervenciones solo acompañando

6. Emergencia de nuevos saberes resultantes de los rituales, cartas, metáforas, gestos constituirán aportes valiosos para el campo de la psicoterapia feminista y la investigación cualitativa que no suelen tener lugar en espacios académicos o clínicos tradicionales.

9.2. Anexo 2 Propuestas de Investigación

El presente anexo sistematiza seis propuestas de investigación futura derivadas del desarrollo teórico y aplicado del modelo psicoterapéutico humanista-feminista para mujeres en etapa climatérica. Estas líneas de investigación responden a vacíos epistemológicos, necesidades clínicas y proyecciones éticas que emergen del trabajo realizado. Se mencionan 6 propuestas incluyendo su objetivo, justificación, metodología sugerida y contribución esperada, con el fin de orientar futuras tesis, proyectos institucionales o colaboraciones interdisciplinarias que fortalezcan y expandan el modelo en diversos contextos.

Asimismo, estas propuestas abren la posibilidad de articular el modelo con políticas públicas, redes profesionales y espacios de formación, favoreciendo su institucionalización ética y su inserción en marcos de salud integral con enfoque de derechos. En este sentido, el modelo no se presenta como una técnica cerrada, sino como una praxis viva, en constante diálogo con las mujeres, los territorios y las genealogías que lo nutren.

Este anexo, por tanto, no solo complementa el cuerpo teórico de la tesis, sino que proyecta su potencia transformadora hacia horizontes de investigación, acción y cuidado colectivo.

Se plantean 6 propuesta de investigación:

Propuesta 1 de investigación: Evaluación cualitativa del impacto terapéutico

Objetivo: Analizar efectos del modelo en narrativa, cuerpo y agencia

Justificación: Validar clínicamente el modelo y documentar su eficacia Contribución esperada:

Evidencia empírica, legitimación profesional

Propuesta 2 de investigación Adaptación comunitaria en mujeres indígenas y rurales

Objetivo Explorar viabilidad del modelo en contextos no clínicos

Justificación Democratizar el acceso terapéutico y dialogar con saberes ancestrales

Metodología sugerida Investigación acción participativa; co-diseño, registro etnográfico

Contribución esperada Adaptación situada, fortalecimiento comunitario

Propuesta 3 de investigación Estudio comparativo con otros enfoques terapéuticos

Objetivo Comparar el modelo con enfoques cognitivo, narrativo, corporal

Justificación Posicionar el modelo en el campo clínico y epistemológico Metodología

sugerida Diseño mixto; entrevistas, escalas de evaluación emocional Contribución esperada Aportes diferenciales, diálogo interdisciplinario

Propuesta 4 de investigación Estudiar el papel terapéutico de símbolos y rituales

Objetivo Explorar herramientas no verbales desde enfoque feminista

Justificación Estudios de caso, análisis narrativo, observación participante

Metodología sugerida Sistematización metodológica, innovación simbólica

Propuesta 5 de investigación Estudio interseccional de la vivencia climática
Objetivo Investigar experiencias en mujeres con identidades múltiples Justificación
Ampliar el modelo desde una perspectiva plural y anticolonial Metodología sugerida
Investigación cualitativa con enfoque interseccional Contribución esperada Inclusión
de voces diversas, adaptación ética

Propuesta 6 de investigación Articulación con políticas públicas de salud Objetivo
Explorar incorporación del modelo en programas institucionales Justificación
Transformar prácticas de atención desde enfoque de género
Metodología sugerida Investigación aplicada; diseño de protocolos, evaluación de
impacto Contribución esperada Incidencia política, institucionalización ética.

ANEXO 2. Revisión Biomédica de la Menopausia

A continuación, se explicita bajo el lente de un microscopio médico los cambios que se van dando en el cuerpo de una mujer en menopausia.

Anexo 2.1 Definición, fisiología y tratamientos del Climaterio y la Menopausia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la menopausia natural o fisiológica como el “cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas”.

Se presenta alrededor de los 45 y 55 años; se ha visto que depende, entre otros factores, de la ubicación geográfica por ejemplo en Europa aparece a los 54 años, en América y Asia alrededor de los 51 y en México en promedio a los 48 años. (Torres Jiménez A.P., 2018)

Climaterio, proviene del griego climater, que significa peldaños o escalones, lo que hace referencia a un periodo de transición desde la etapa reproductiva hasta la no reproductiva, cuando inician cambios hormonales y síntomas, hasta uno más después de la menopausia. También se puede definir como síndrome climatérico al conjunto de signos y síntomas que aparecen en la perimenopausia. (Martínez A., 2021)

Tipos de Climaterio

Atendiendo a la naturaleza del proceso que lo determina, se distinguen tres tipos de climaterio:

A) Climaterio natural o fisiológico.

Es la claudicación funcional ovárica de la gónada. Dependiente de la edad a la que se retira definitivamente la menstruación se clasifica en:

-Precoz. Si la desaparición de las hemorragias cíclicas sucede antes de los 35 años.

-Prematura. Cuando la actividad ovárica cesa entre los 35 y los 45 años.

-Tardío. Cuando la actividad ovárica se mantiene más allá de los 55 años.

B) Climaterio artificial

Es aquel provocado por factores extrínsecos

a) Quirúrgicos. Provocado por la exéresis quirúrgica de los ovarios, asociada o no a histerectomía. El climaterio se instaura de manera brusca causando importantes repercusiones físicas y psicológicas.

b) Radioterapia y quimioterapia. Condicionado por aplicación de dichos tratamientos.

c) Climaterio transitorio. Ocasionado por la utilización de ciertos fármacos, como los análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) o ciertos quimioterápicos. La función ovárica se restablece tras la supresión del fármaco.

Cronología del Envejecimiento Reproductivo

Desde el punto de vista fisiológico se ha hecho una clasificación para entender la cronología del envejecimiento reproductivo en la mujer conocida como tabla de STRAW (Stage of Reproductive Aging Workshop), siendo útil para determinar los cambios clínicos y endocrinos contemplando ciclos menstruales y niveles hormonales de FSH, LH, hormona antimülleriana, inhibina B, cuenta folicular, los cuales varían de acuerdo a la etapa en la que se encuentre: reproductiva, transición a la menopausia y postmenopausia.

Tabla 1. Envejecimiento reproductivo según STRAW (Stage of Reproductive Aging Workshop)

FINAL DE PERIODO MENSTRUAL								
0								
ETAPAS	-5	-4	-3	-2	-1	+1 A	+1 B	+2
TERMINOLOGIA	REPRODUCTIVA			TRANSICION MENOPAUSICA		POSTMENOPAUSIA		
	TEMPRANA	PICO	TARDIA	TEMPRANA	TARDIA *	TEMPRANA*		TARDIA
				PERIMENOPAUSIA				
DURACION	Variable			Variable		1 año	4 años	Hasta Fallecimiento
CICLOS MENSTRUALES	Variable a Regular	Regular		Duración Variable (> 7 días de lo normal)	Intervalos de amenorrea (>60 días)	Amenorrea por 12 meses	Ninguno	
FSH	Normal		Elevada	Elevada		Elevada		

* Estados que se caracterizan por síntomas vasomotores

La estadificación de STRAW considera la periodicidad de los ciclos ováricos y niveles de hormona foliculoestimulante (FSH), (Torres Jiménez & Torres Rincón 2019)

Aunque se ha demostrado que los factores sociales/conductuales y de desarrollo, como el tabaquismo, las circunstancias socioeconómicas de la vida, el crecimiento infantil, la lactancia materna y la capacidad cognitiva infantil influyen en el envejecimiento reproductivo, también se considera que la edad de la menopausia es altamente hereditaria (Levine M, 2016).

“Cada persona está moldeada por una interacción de su entorno, sobre todo por su entorno cultural con los genes que afectan a su comportamiento social” Wilson, entomólogo. Eso es la base de la epigenética, es decir, los factores ambientales que afectan mecanismos moleculares que modulan la expresión de los genes (Berdasco, 2025), cambios que sin alterar la secuencia del ADN activan o inactivan genes debido a cosas como la edad o los factores ambientales. Y en visión de la epigenética sería difícil decir donde empiezan los genes y su afectación por el medio ambiente, comenzando en el útero materno y se continúa a través de toda la vida.

Los interesados en detener el “envejecimiento reproductivo de las mujeres” plantean cómo podría ser manipulado un grupo de 290 variantes genéticas relacionadas con el envejecimiento ovárico y confirmando en modelos animales la participación de algunas de ellas. Esto con el fin de brindar “una oportunidad para muchas mujeres que retrasan la posibilidad de tener descendencia”, aunque por otro lado podría ser beneficiosa para mantener la densidad ósea y reducir el riesgo de fracturas o de desarrollar diabetes tipo 2, pero el inconveniente podría aumentar el riesgo a desarrollar diferentes cánceres sensibles a hormonas . (Tolosa, 2021)

Pero ¿de dónde vienen esas hormonas?

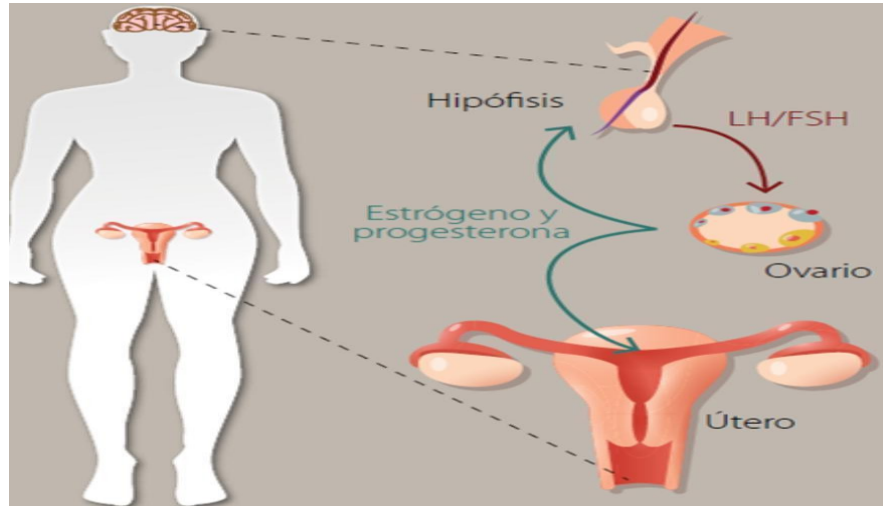
Son los ovarios los encargados de la síntesis de hormonas y de la ovogénesis.

Así, en la embriogénesis de las células germinales primordiales, que son aproximadamente 5 millones, llegan al área gonadal, donde se forman los folículos ováricos que estarán en diferentes etapas de maduración. Al nacimiento habrá unos 600,000 ovocitos detenidos en la primera división meiótica, que al alcanzar la adolescencia por influencia hormonal irán madurando y aumentando de tamaño en un proceso que se volverá cíclico y continuo a lo largo de unos años iniciada la menarca, que es la primera menstruación. A esta secuencia cíclica la conocemos como ciclo menstrual.

Dentro del cerebro, es el hipotálamo quien en la adolescencia enviará la señal liberando la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) para que a su vez la porción anterior de la hipófisis comience a liberar al torrente sanguíneo hormona folículo estimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH) para que actúen en el ovario, sobre el folículo de Graaf. La FSH actuará en las células de la granulosa para aumentar su espesor y en las células de la teca interna se encontrarán receptores para LH, que en respuesta al estímulo de la hormona secretan andrógenos, los que

por acción de la enzima aromatasa serán convertidos en estrógenos. (Torres Jiménez A.P., 2018)

Gráfica 1 Eje Hipotálamos-Hipófisis-Ovario-Útero



En esta gráfica se observa el eje hipotálamo-hipófisis-ovario iniciando la hipófisis libera hormona foliculoestimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH) para estimular los folículos ováricos para que se produzcan estrógenos y progestágenos, que son liberados al torrente sanguíneo para llegar a los diferentes órganos diana como ovarios, útero, endometrio entre otros. (Torres Jiménez & Torres Rincón, 2018).

Dentro del cerebro, es el hipotálamo quien en la adolescencia enviará la señal liberando la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) para que a su vez la porción anterior de la hipófisis comience a liberar al torrente sanguíneo hormona foliculo estimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH) para que actúen en el ovario, sobre el folículo de Graaf. La FSH actuará en las células de la granulosa para aumentar su espesor y en las células de la teca interna se encontrarán receptores para LH, que en respuesta al estímulo de la hormona secretan andrógenos, los que por acción de la enzima aromatasa serán convertidos en estrógenos. (Torres Jiménez A.P., 2018)

El ciclo menstrual está dividido en 2 fases: folicular o estrogénica y lútea o progestacional, en un ciclo regular de 28 días, el día 14 se estará generando el pico LH que favorecerá la ovulación del folículo de Graaf.

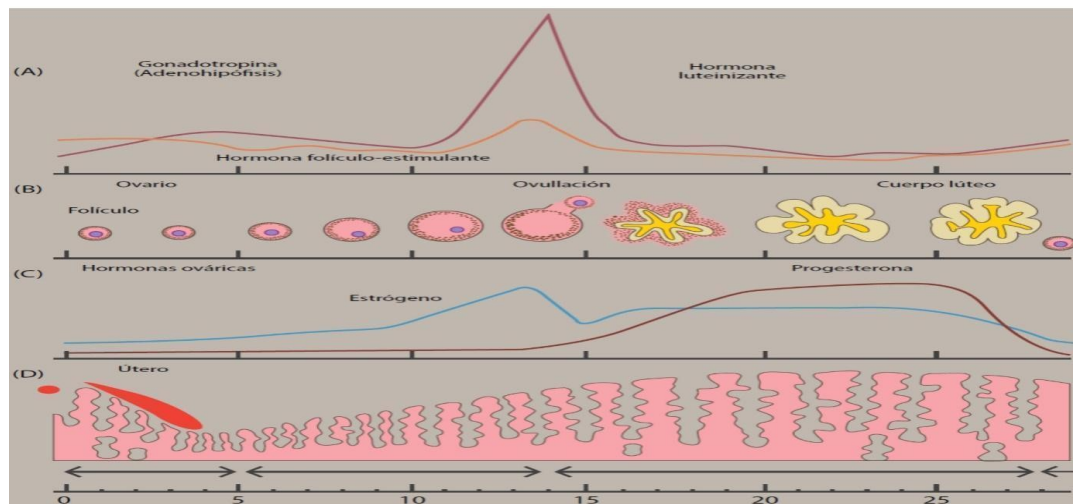
TABLA 2 FASES DEL CICLO MENSTRUAL

Órgano	Fase folicular	Fase lútea
Hipófisis	Pico de LH en el día 14 del ciclo	
Ovario	Maduración folicular y ovulación en el día 14	Formación de cuerpo lúteo y cuerpo albicans
Torrente sanguíneo	Aumento de la producción de estrógenos por estímulo de FSH	Aumento de la producción de progesterona por el cuerpo lúteo por 14 días
Útero	Menstruación en el primer día y aumento de tamaño de las glándulas del endometrio	Siguen aumentando de tamaño y producción de líquido rico en nutrientes

FSH: hormona folículo estimulante; LH: hormona luteinizante. (Torres Jiménez & Torres Rincón, 2028)

Gráfica 2. Esquema de variaciones de los niveles hormonales en la fase lútea y folicular

Se grafican 4 locus: A) Hipófisis, B) Folículo ovárico, C) Producción hormonal ovárica y D) Endometrio uterino:



A) Hormonas FSH Y LH producidas por la hipófisis, el pico de la LH en un día 14 produce la ovulación.

B) Crecimiento folicular y su involución a cuerpo lúteo.

C) En fase folicular, la hormona predominante son los estrógenos, y en lútea, la progesterona.

D) Proliferación de las glándulas endometriales. (Torres Jimenez & Torres Rincón 2018)

Anexo 2.2 Cómo afecta la Menopausia al cuerpo

Actualmente la medicina moderna ha mejorado la comprensión de la fisiología del funcionamiento normal y patológico o enfermo, ya hasta se puede encontrar la molécula causante de la alteración orgánica; conocimientos y avances espectaculares que sin marcan una diferencia entre los médicos actuales y de antaño quienes con los escasos conocimientos establecían un contacto más humano al escuchar a la paciente, observar sus cambios físicos y lo que esto le afecta, seguir los procesos naturales como tal y hacer a un lado la tendencia a patologizarlo, es decir tratarlo como si fuera una enfermedad.

Al inicio de la menopausia se producen cambios orgánicos del ovario producen una disminución de la inhibina, hormona que regula a la baja la síntesis de FSH, con niveles de estradiol normales o ligeramente bajos. Estos primeros cambios hormonales dan lugar a un acortamiento de la fase folicular dependiente de estrógenos y, por ende, a ciclos menstruales de menor duración.

GRÁFICO 3. DIAGRAMA DEL FLUJO HORMONAL DURANTE LA MENOPAUSIA

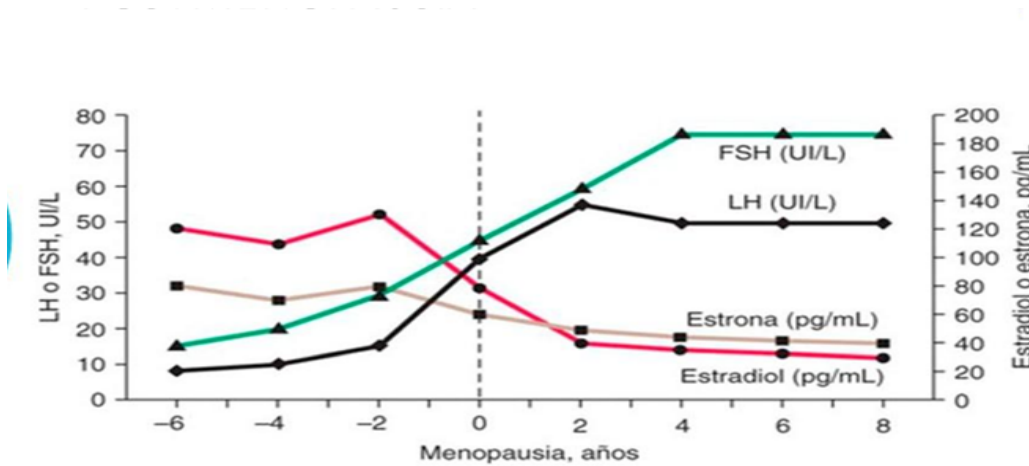


Diagrama de flujo donde se aprecia cualitativamente la transición de las hormonas involucradas en la menopausia. Donde se muestra ante la disminución de la inhibina, la FSH (Hormona Folículo Estimulante) eleva sus niveles y aún más ante la ausencia de estradiol llega a picos máximos y mayor producción de estrona. (Torres Jiménez & Torres Rincón, 2018)

Los niveles séricos de FSH empiezan a aumentar debido a la atresia de folículos ováricos y por esto desciende la producción de estrógenos. Es una retroalimentación negativa, ya que al encontrarse disminuida la cantidad de estrógenos en el torrente sanguíneo (principalmente estradiol), el hipotálamo libera más hormona liberadora de gonadotropina (GnRh) para que la adenohipófisis reciba la señal de liberar más FSH, pero el problema radica en que ya no hay folículos suficientes para la producción. En

una mujer en edad reproductiva el estrógeno predominante es el 17 β estradiol (E2), y en la menopausia el predominante es la estrona, esto se debe a la deficiencia de células de la granulosa con capacidad de producir aromatasa para transformar la testosterona en estradiol y al aumento de conversión periférica (adipocitos) de la androstenediona (producida por la capa reticular de la corteza suprarrenal), para su transformación en estrona.

El estrógeno natural más potente es el estradiol (E2), 10 veces más potente que la estrona y alrededor de 80 veces más potente que el estriol en sus efectos estrogénicos. Durante la menopausia la estrona es el estrógeno más dominante el cual aumenta por cambios periféricos de andrógenos, y durante el embarazo el estriol. Estrógenos y progesterona regulan la barrera de las mucosas y la respuesta inmune, de ahí que su disminución provoca muchos cambios.



Gráfica 4. Cambios hormonales en etapa reproductiva y menopausia. En la gráfica se aprecian como cambian los niveles de FSH (hormona foliculo estimulante), LH (Hormona luteinizante), la estrona y el estradiol. (Modificado de Torres Jiménez & Torres Rincón, 2018)

Efectos en el Cuerpo por el descenso o ausencia del Estrógeno

La acción de las hormonas sexuales ejerce influencia en todas las mucosas del cuerpo: la oronasal, gingival y glándulas salivales, genitourinarias, también actúan sobre hueso, músculo, corazón, cerebro y afectan el metabolismo de las grasas y la glucosa.

Cambios en el Microbioma

El microbiota se define como la comunidad de microorganismos que ocupa un hábitat específico, mientras que el término de microbioma se refiere a la microbiota y a la función que cumple dentro de dicho entorno. Los humanos adquirimos la microbiota al nacer y su composición dependerá de la vía de nacimiento (parto vaginal o cesárea), pero se va modificando por una serie de factores como el sexo, el índice de masa corporal, el consumo de fibras de las frutas y verduras, estado hormonal y actividad física entre otros.

Ahora se conoce que el microbioma juega un rol importante en varios aspectos de la salud. (Moreno del Castillo, 2018)

Durante la menopausia, cambios hormonales pueden influenciar la función y composición del microbioma, particularmente en regiones como la cavidad oral, intestino, vagina y piel. Actualmente se sugiere que microorganismos gastrointestinales pueden metabolizar directamente hormonas sexuales tales como estrógenos y progesterona. Se sugiere en un estudio que modificaciones a la dieta, e intervenciones individuales hacia el microbioma podrían favorecer la buena salud durante el envejecimiento de las mujeres. (Nieto, 2025)

El descenso en los niveles de estrógenos durante la menopausia dirige los cambios en el pH vaginal y los niveles de humedad, creando un ambiente donde disminuye la presencia de Lactobacilos, con presencia de algún otro tipo de bacterias

puediendo producir inflamación. Por la cercanía de la uretra con la vagina, en casos paradójicos en menopáusicas que presentan abundantes Lactobacilos, dada la cercanía con la uretra podrían introducirse en ella y provocar comezón.

Síndrome Urogenital

El estrógeno juega un papel crucial en la función del área urogenital en las mujeres, pues ayuda a mantener la elasticidad y grosor de la mucosa vaginal y la uretra, así promueve la hidratación y lubricación de dichos tejidos creando un entorno vaginal ácido y con todo ello

previenen infecciones. Por otro lado, el estrógeno ayuda a mantener la tensión de la musculatura del piso pélvico, y así mantener buena continencia urinaria y la función sexual.

El síndrome urogenital son las molestias que agrupan la sequedad vaginal, la dispareunia, prurito vulvar, la incontinencia urinaria, la disuria y puede favorecer la aparición de infecciones, como la vulvitis, cervicitis, endometritis, uretritis y cistitis lo cual perjudica la calidad de la vida de la mujer (Maurece-Barcia J. Jorna-Calixto R.A., 2023)

Dentro de la fisiopatología endocrina de la menopausia es la hipoestrogenemia (disminución de los estrógenos en sangre) el cambio principal que produce los principales síntomas y signos en la menopausia como son sequedad vaginal, sofocos, fragilidad capilar (Manni, 2022)

La sequedad vaginal es una manifestación conocida de la menopausia y tiene una prevalencia entre el 8% y el 43%. Además, se puede presentar acortamiento vaginal y prolapso uterovaginal. La hipoestrogenemia produce adelgazamiento de la mucosa vaginal debido a los bajos niveles de estrógeno local en las células superficiales de la vagina. La vagina normal, gruesa y húmeda, ahora se convierte en un epitelio

delgado. La hipotonía y la debilidad de la contracción de la musculatura perineal se relaciona con la alta frecuencia de las disfunciones del suelo pélvico, puede provocar desde descenso vesical (cistocele) con salida de orina, incontinencia urinaria de esfuerzo, e incluso prolapso uterino. Como se presenta un acortamiento de la uretra favorecen las infecciones. Además, la reducción del flujo sanguíneo de la mucosa altera las secreciones vulvovaginales.

La sequedad vaginal, que algunas mujeres refieren asociada al coito, ocasiona un descenso en la frecuencia de las relaciones sexuales, aunque no es la única causa, pudiera ser por problemas de pareja, o por vergüenza de comunicar las molestias para ser resueltas.

Cambios en la composición corporal

La menopausia se asocia con un aumento del depósito de tejido adiposo central visceral. Las mujeres menopáusicas tienen una relación cintura-cadera más alta en comparación con los controles premenopáusicos.

Fisiopatología: hay una reducción predecible en el gasto energético en reposo (REE) que refleja los niveles de estrógeno en mujeres posmenopáusicas, produciendo una oxidación reducida de la grasa con su consecuente acumulación de tejido adiposo visceral y subcutáneo. Los estrógenos provocan la acumulación de grasa en la región fémoro-glútea, mientras que los andrógenos influyen en la distribución de la grasa abdominal.

En las mujeres posmenopáusicas, un nivel bajo de estrógeno provoca una reducción en producción hepática de globulina fijadora de hormonas sexuales (SHBG). La SHBG baja aumenta los niveles de andrógenos activos no unidos. Un cambio en el equilibrio hacia los andrógenos explica la acumulación central de grasa.

Efectos en la Cognición y Salud Mental

El estrógeno juega un papel crucial en la salud cerebral y emocional de las mujeres, afectando desde la regulación del estado de ánimo hasta la función cognitiva y la percepción del dolor. (Rivero Corona, 2024).

El estrógeno modula la actividad de neurotransmisores como la serotonina, la dopamina y la noradrenalina, que son cruciales para la regulación del estado de ánimo, la memoria y el aprendizaje.

De manera más detallada el estrógeno:

1. Promueve la neuroplasticidad, que es la capacidad del cerebro para adaptarse y cambiar en respuesta a nuevas experiencias. Esto incluye la formación de nuevas conexiones neuronales y la mejora de la memoria y el aprendizaje
2. Ayuda a regular el estado de ánimo y puede proteger contra el deterioro cognitivo. Su presencia en el cerebro está asociada con una mejor regulación emocional y una
3. Mejora la función cognitiva, incluyendo la memoria de trabajo, la cognición espacial y la capacidad de reconocimiento social. También puede mejorar el rendimiento en tareas de reconocimiento de objetos y colocación de objetos.

Trastornos Cognitivos

Las mujeres de mediana edad comúnmente experimentan cambios en su función cognitiva a medida que pasan por la menopausia y expresan su preocupación acerca de si estos cambios representan las etapas iniciales de un trastorno cognitivo más grande. Las quejas cognitivas en la menopausia son frecuentes y se asocia a ansiedad en muchas mujeres, que temen que estos cambios predigan una demencia en etapas posteriores de la vida. (Maki, 2023).

Se denomina “niebla mental” a la dificultad de concentrarse, confusión, olvidos y falta de claridad mental y puede estar provocado por cambios hormonales, pero

también a factores como estrés, falta de sueño, ciertas enfermedades como COVID entre otros.

El término “Mild Cognitive Impairment (MCI)”, deterioro cognitivo leve, se refiere a la declinación de las funciones cognitivas que exceden a lo típicamente esperado para la edad, pero no perturba significativamente la vida diaria de las personas, y la niebla mental puede ser parte de ello.

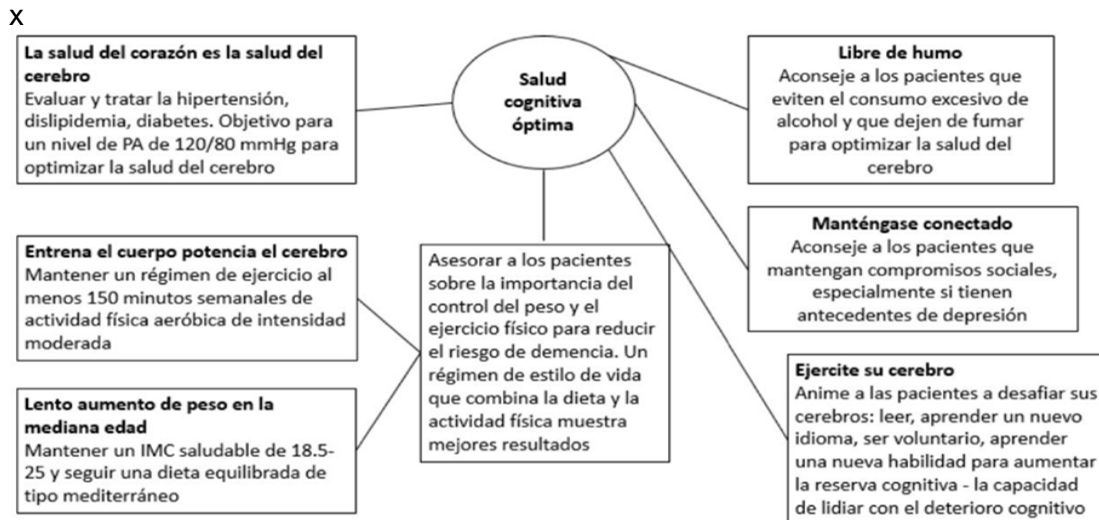
Sin embargo, las mujeres podrían tener un alto riesgo para trastornos cognitivos como demencia debido al descenso en los niveles de estrógeno después de la menopausia, pues dicho descenso va unido a un incremento en citoquinas proinflamatorias y una declinación en los receptores estrogénicos en el músculo. Lo cual puede alterar la fuerza y elasticidad muscular. También la declinación cognitiva puede limitar las habilidades para realizar actividades físicas, lo cual podría exacerbar la sarcopenia (.Vallejo, 2025).

Por otro lado, se reporta que el nivel socioeconómico bajo aunado a la baja escolaridad, falta de estimulación cognitiva más decremento de estrógenos va unido de la ansiedad y de depresión a un alto riesgo en el aspecto cognitivo. Se ha descrito en algunos estudios sobre si es posible el uso de estrógenos para prevenir el deterioro cognitivo a través de aumentar la función del hipocampo y la corteza frontal, reduciendo la neuroinflamación, previniendo la degradación de receptores de estrógenos, disminuyendo el daño oxidativo al cerebro, e incrementando las funciones colinérgicas y serotoninérgicas sin embargo aún no se reportan hallazgos fiables en la literatura para guiar las decisiones terapéuticas en cuanto a la formulación o duración de un tratamiento de reemplazo hormonal. (Maki, 2023).

Se ha recomendado que el asesoramiento clínico debería centrarse en un enfoque múltiple para reducir la demencia a través de factores de riesgo modificables como la obesidad, la hipertensión, la diabetes, la actividad física, el tabaquismo, la actividad

cognitiva, la interacción social, la discapacidad auditiva y la depresión (Maki, 2023)

Gráfica 5. Consejos para optimizar la salud cerebral modificando factores de riesgo modificables para la prevención de la demencia.



Consejos para pacientes para optimizar la salud cerebral basados en factores de riesgo modificables para la demencia (Basados en directrices de la OMS de 2019 y de la Comisión Lancet de 2020)

Síntomas psicológicos. Alteraciones del sueño, ansiedad y depresión.

Los síntomas psicológicos que se presentan con mayor frecuencia durante el envejecimiento reproductivo son la ansiedad, depresión e insomnio. La menopausia aumenta la vulnerabilidad a la depresión y ansiedad, quizás a través de las fluctuaciones de los estrógenos que suelen afectar los niveles del ácido gamma-aminobutírico (GABA) y de la serotonina, responsable de la sensación de recompensa, satisfacción, seguridad y bienestar.

La progesterona también influye en el estado de ánimo, la sensación de miedo, los estados de inquietud, la percepción del dolor. Un nivel constante y alto de progesterona ayuda a afrontar el estrés y tener estabilidad psicológica. También se ha demostrado que la edad, el ingreso familiar, la actividad física regular, las enfermedades crónicas, el estado de la menopausia, los síntomas vasomotores, los

síntomas somáticos y los síntomas urogenitales se asociaron con síntomas depresivos, mientras que el lugar de residencia, la actividad física regular, las enfermedades crónicas y urogenitales se asocian a síntomas de ansiedad (F.J.2024) Se cree que hay un efecto dominó donde los síntomas vasomotores favorecen las alteraciones depresivas, afectan el sueño con la consecuente fatiga, irritabilidad y disminución del rendimiento diurno.

De los síntomas psíquicos el insomnio es el síntoma de mayor intensidad en un casi 56%, seguido del humor ansioso un 33.73% y el humor depresivo (30.2%) (F.J., 2024)

Estudios reportan uso de medicamentos un 19.8% hipnóticos, 14.7 antidepresivos y un 12.6% ansiolíticos.

La ansiedad es caracterizada por miedos y preocupaciones excesivas a lo largo de la vida, estas emociones emergen en situaciones que no representan un peligro real para la paciente. En la depresión se experimenta un estado de ánimo deprimido (tristeza, irritabilidad y sensación de vacío) o una pérdida del disfrute o del interés de actividades, la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas.

Otros síntomas que se presentan también incluyen la dificultad de concentración, el sentimiento de culpa excesiva o de autoestima baja, la falta de esperanza en el futuro pensamientos de muerte o de suicidio, alteraciones del sueño o del apetito o en el peso y sensación de cansancio acusado o de falta de energía.

El insomnio es referido como dificultades para conciliar el sueño, para mantenerse dormida o para lograr un sueño de buena calidad. Esto ocurre incluso cuando se tiene el tiempo y el entorno correcto para dormir bien. (Reséndiz-Oviedo M.G., 2022)

Algunas mujeres les puede costar aceptar la entrada en esta etapa de la vida: la pérdida de la fertilidad, aunque es un proceso fisiológico, significa probablemente un

cambio de etapa vital: los hijos se van del nido, los padres se hacen mayores, pueden surgir problemas de salud mayor importancia o que exigen más dedicación y esfuerzo. Los cambios en la percepción de una misma, cambios morfológicos como incremento de grasa abdominal observada en el período posmenopáusico, así como los roles sociales, puede ser también un factor desencadenante de ansiedad, incluso derivar en un estado ansioso depresivo.

Los Sofocos

Los sofocos resultan ser el síntoma más frecuente que experimentan las mujeres durante el climaterio. Los sofocos se presentan como periodos intermitentes de sensación de calor localizada, eritema (enrojecimiento de la piel) y sudoración excesiva en la cara y el pecho. La mayoría de las mujeres experimentan una mejoría de los síntomas en 2 años. Aproximadamente el 10% de las mujeres pueden experimentar bochornos molestos 10 años después de su último periodo menstrual. La interrupción de la terapia de reemplazo hormonal (TRH) puede provocar la reanudación de los sofocos sintomáticos en cualquier momento después de la menopausia. Los sofocos se asocian consistentemente con picos de GnRh y FSH.

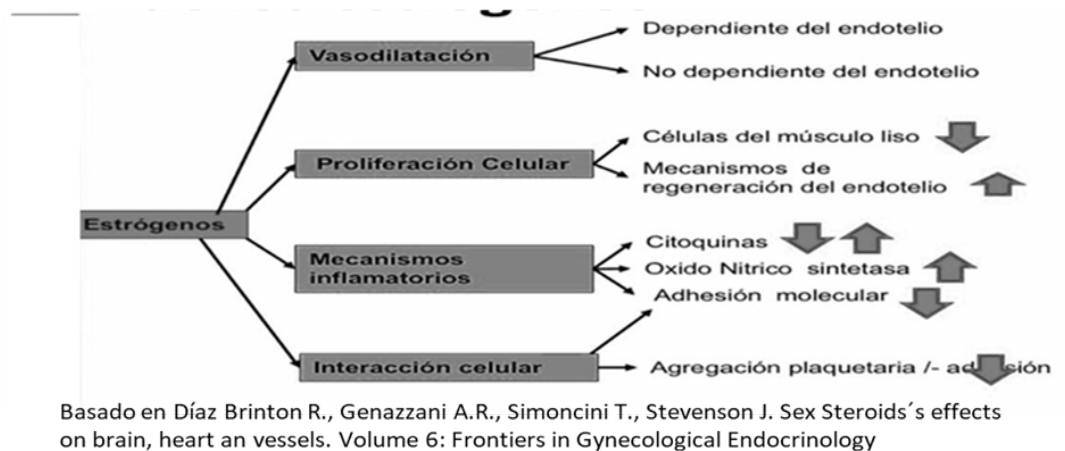
Problemas Cardiacos

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte prematura en el mundo occidental. La aterosclerosis subyacente evoluciona insidiosa y progresivamente a lo largo de muchos años y suele estar avanzada cuando aparecen los síntomas clínicos, pero también están estrechamente relacionados con hábitos de vida y factores bioquímicos y fisiológicos modificables.

Los estrógenos tienen un efecto cardioprotector al aumentar la expresión de los receptores de LDL en la superficie de las células, lo que mejora la eliminación de LDL de los tejidos periféricos.

El estrógeno aumenta directamente la actividad de la lipoproteína lipasa (almacenamiento de lípidos) y reduce la actividad de la lipasa sensible a hormonas (liberación de lípidos) en el tejido adiposo.

Esquema 1. Efectos vasculares directos de los estrógenos



Por eso el déficit de estrógenos favorece el síndrome metabólico y se establece como factor de riesgo cardiovascular (RCV) por desarrollar enfermedad cardiovascular (ECV), y diabetes mellitus iniciando con la presencia de resistencia a la insulina, hiperinsulinismo compensador asociado a trastornos del metabolismo lipídico, hipercolesterolemia elevación tensión arterial y obesidad.

La hipertensión arterial sistémica es muy frecuente en la población adulta, favorecida por que con la edad se presenta mayores mecanismos degenerativos, la rotura de fibras elásticas y su reemplazamiento por colágeno, junto con los fenómenos de fibrosis e inflamación genera una disminución de la elasticidad arterial.

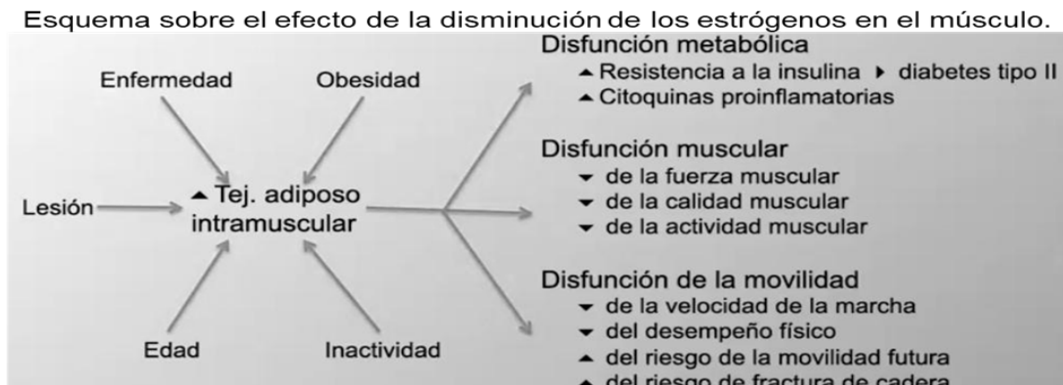
Síndrome Musculoesquelético de la Menopausia

Más allá de su papel como hormona sexual, el estrógeno tiene funciones importantes en el desarrollo, la maduración y el envejecimiento de los tejidos extragonadales como los huesos, los músculos y los tejidos conectivos.

Los receptores de estrógenos están presentes en estos tejidos y regulan su metabolismo.

Por ello en la transición menopáusica hay mayor riesgo de lesiones musculoesqueléticas, desgaste óseo.

El estrógeno juega un papel crucial en la recuperación muscular, así como su protección contra lesiones, esto es debido a que mejora la proteostasis muscular, es decir, el equilibrio entre la síntesis y degradación de proteínas en los músculos, ayudando a mantener la masa muscular y la fuerza.



También aumenta el contenido de colágeno en los tendones, lo que mejora la resistencia, la elasticidad y flexibilidad de los tejidos musculares y ligamentos. Además, el estrógeno ayuda en la recuperación muscular después del ejercicio, mejorando la capacidad de los músculos para recuperarse y adaptarse a nuevas cargas físicas.

El estrógeno es un potente factor antiinflamatorio modulado el inflamosoma que

es modulado por el receptor estrogénico Beta. Se reporta que los niveles de los marcadores de inflamación en cuerpo cambian significativamente con los cambios en el nivel de hormonas femeninas (IL, IL-6, TNF-alfa, PCR)

Así como también el estrógeno desempeña un factor de protección de la artralgia generalizada (experiencia subjetiva de dolor articular)

EL TNF alfa es liberado por los adipocitos y puede promover la acumulación de grasa dentro del músculo (obesidad muscular) perjudicándolo.

El estrógeno tiene un efecto metabólico en el músculo debido a la capacidad del estrógeno para repara la homeostasis redox (metabolismo oxidativo) y de regular glucosa celular en el músculo, su disminución conduce a alteraciones en la sensibilidad de la insulina y disminución de los niveles de proteínas antioxidantes..

. Se reporta que a medida que la producción ovárica de estrógeno disminuye y finalmente se detiene, un 70% de las mujeres experimentará síntomas musculoesqueléticos durante la transición de perimenopausia a la postmenopausia., un 25% experimentará síntomas graves e incluso podrá verse discapacitada por ellos, reportes en encuestas ENACLIN en mujeres mexicanas y en otras internacionales donde se preguntaba cuál era el principal motivo de consulta médica en molestias corporales teniendo una prevalencia mayor las molestias musculares y articulares incluso sobre los sofocos con un 69.43% vs 55% respectivamente. Siendo las causas más comunes del dolor articular y cambio en la movilidad: osteoartritis, osteoporosis, osteomielitis, Lupus Eritematoso Sistémico, bursitis, tendinitis, traumatismos, esguinces y trastornos en ligamentos y tendones.

En el año 2024, Wright J. describe el Síndrome Musculoesquelético de la Menopausia como el conjunto de síntomas y signos asociados a la pérdida de estrógenos que incluye pero no se limita a: dolor musculoesquelético, artralgia,

pérdida de la masa muscular magra, pérdida de la densidad ósea con mayor riesgo de fractura resultante, lesión de tendones y ligamentos, capsulitis adhesiva con progresión a la osteoartritis, fragilidad de la matriz del cartílago con la progresión de la osteoartritis

Esto es debido a que la deficiencia de estrógenos provoca alteraciones principales:

Inflamación que provocará molestias y dolor en las articulaciones (Artritis: dolor y rigidez en las articulaciones)

Disminución de la densidad mineral ósea: Disminución de la estatura, dolor de espalda, postura encorvada, osteoporosis y fracturas por fragilidad.

Otro cambio es la disminución de la proliferación de las células satélite (células madre musculares) lo que condiciona la pérdida de la masa muscular para ganar músculo.

Osteoporosis

El estrógeno es un regulador hormonal del metabolismo óseo en las mujeres. Los efectos directos del estrógeno en las células del hueso son: en los osteocitos inhibición de la remodelación ósea; en los osteoclastos: disminución de la resorción ósea y en los osteoblastos: mantenimiento de la formación ósea.

Si bien la principal consecuencia de la disminución del estrógeno es un aumento en la resorción ósea, la deficiencia de estrógeno se asocia como una brecha entre la resorción ósea y la formación ósea, lo que indica que el estrógeno es también importante para mantener la formación ósea a nivel celular.

El factor de riesgo más importante para la baja densidad mineral ósea (DMO) en mujeres posmenopáusicas son tan altas como 40% dependiendo de la edad y el origen étnico, siendo más bajas en mujeres afroamericanas menopáusicas vs. las caucásicas de la misma edad.

La baja en la densidad mineral ósea es provocada pues la deficiencia de estrógeno acelera la tasa de osteoclastogénesis, ya que el estrógeno previene la apoptosis de los osteoblastos, es decir altera la formación del hueso haciéndolos menos densos. Los picos de hormona FSH (Folículo estimulante) contribuyen a la pérdida ósea acelerada al estimular la osteoclastogénesis, especialmente en la perimenopausia tardía y la menopausia temprana. Durante la perimenopausia las mujeres sufren una reducción media del 10% de la densidad mineral ósea.

Entre el 30% y el 50% sufrirán una fractura clínica en su vida. El 70% de las fracturas de cadera se producen en las mujeres. Las fracturas osteoporóticas pueden provocar dolor crónico, deformidad, discapacidad e incluso la muerte.

La Piel y Anexos

El estrógeno juega un papel crucial en mantener la salud y apariencia de la piel, promoviendo la producción de colágeno, la hidratación, la elasticidad y la regulación de la producción de sebo.

El estrógeno promueve la producción de colágeno, una proteína que proporciona estructura y elasticidad a la piel. Esto ayuda a mantener la piel firme y a reducir la aparición de arrugas, lo que contribuye a una apariencia más suave y saludable, protegiendo contra los signos del envejecimiento, como arrugas y la flacidez.

El estrógeno puede influir en la producción de sebo (aceite) en la piel. Aunque su impacto exacto puede variar, generalmente se cree que el estrógeno puede ayudar a reducir la producción de sebo, lo que puede ser beneficioso para personas con piel grasa, pero causar resequedad en otras.

El estrógeno puede influir en la respuesta inflamatoria de la piel, ayudando a reducir la inflamación y a mejorar la salud general de la piel. En la menopausia debido a los niveles más bajos de estrógeno pueden llevar a un aumento de citocinas

proinflamatorias como la interleucina-1 e interleucina-6 y presentarse un estado proinflamatorio y con cambios en la inmunidad.

En cuanto a la alopecia, pérdida de pelo, un estudio sobre patrón de caída de cabello en la mujer postmenopáusica concluye que existe y previene estar atentos en las menopáusicas a detección y prevención de dicha caída pudiera incrementar la calidad de vida en las mujeres postmenopáusicas (Chaikittisilpa & Rattanasirisin, 2022)

El envejecimiento de la piel y el cabello son problemas importantes que afectan a las mujeres a nivel mundial, especialmente la alopecia, la cual puede traer afectar el estatus psicológico e incrementar la angustia socioemocional, bajando la autoestima y la calidad de vida. Ya que el cabello es un símbolo muy estético en la mujer, Chaikittisilpa una prevalencia del 52.2% de alopecia, y el sentimiento de bajo autoestima con la pérdida severa del cabello, aunque es un estudio pequeño.

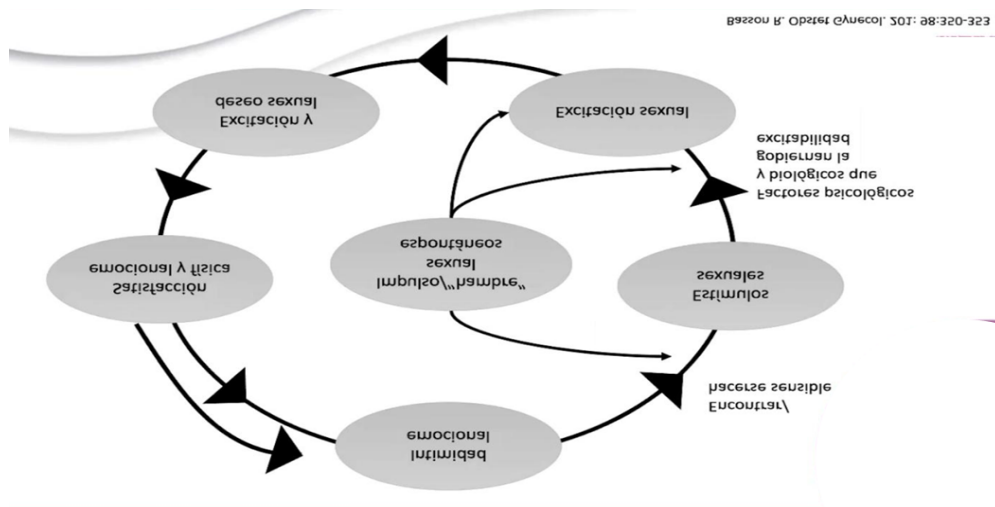
La Sexualidad en la Menopausia

Una investigación reporta que después de realizar una revisión de toda la evidencia científica actual, todavía no se concede la importancia suficiente a la sexualidad en el ámbito sanitario y es habitual que no se recojan datos sobre la sexualidad en las historias clínicas a pesar de que es un factor más de la salud integral de la persona y de su calidad de vida. (Vázquez González A.M., 2020)

Para Cuoto y otros “la sexualidad matiza los intercambios entre las personas, en su vida familiar, laboral y social, lo cual es un importante marcador de bienestar y de la calidad de vida”. La sexualidad es la expresión personalizada del ser humano, atravesada por la cultura y determinada por el momento histórico que le toca vivir. Está presente desde el nacimiento, en el proceso de diferenciación sexual y su construcción atraviesa los eventos fisiológicos vitales hasta la muerte. Matiza el

accionar cotidiano. (Splender Gonzalez, 2021). Lo cual se muestra muy acorde con el modelo circular de la respuesta sexual de Basson (2003) en la cual una mujer puede propiciar contacto físico o ser receptiva a la iniciación sexual por varias razones tales como deseo de cercanía, intimidad, compromiso y como una expresión de cariño, así es como los factores psicológicos y biológicos gobiernan realmente la excitabilidad.

Esquema 4 Modelo Cíclico Biopsicosocial de la Respuesta Sexual Feminista de Basson.



Podemos encontrar mitos tales como que la vida sexual inicia con la menarquia (primera menstruación) y termina con la menopausia (última menstruación), así ya en la menopausia, se considera que las mujeres viven pasivas, con disminución del apetito sexual, pues en la sociedad occidental persiste la idea de que el placer erótico-sexual no admite a mujeres mayores, el mito de la “vejez asexuada”, y siendo comparada con la madre tierra, con el campo, como ya no produce porque no se puede sembrar, pues no sirve y se abandona.

La sexualidad en la mujer climatérica se ve afectada en las diferentes esferas de la vida cotidiana incluyendo las relaciones interpersonales, específicamente las de

pareja. Así hay investigaciones que reportan que con cierta frecuencia las mujeres consideran o creen que la disminución de la libido forma parte de los cambios del climaterio y buscan ayuda para mejorar este aspecto, sobre todo por “miedo a perder su pareja y para seguir cumpliendo con su papel de esposa”. Una de las principales características de la menopausia en el ámbito sexual, es que la mujer acostumbra a estar más atenta de la respuesta de su compañero que, de su propio disfrute o placer, y a esto se le conoce como “expectativa ansiosa”. Asimismo, la mujer comienza a desarrollar aversiones como el miedo al embarazo (producido por que se presenta con frecuencia desajustes y se preocupa cuando presenta amenorrea, o sea, la falta de menstruación. (Socarras León, 2020).

También se puede presentar que, por miedo al acto sexual, ya sea por sequedad vaginal, inseguridad por cambios morfológico en su cuerpo podrían presentar disminución de la libido, dispareunia y hasta considerar el acto sexual como una agresión.

Por ello, se han reportado malestares en la sexualidad muy fluctuantes dependiendo de la población investigada van de un 4% hasta en un 57%, tales como disminución del deseo sexual, falta de lubricación, mayor dificultad para lograr el orgasmo y dispareunia (Socarrás León, 2020)

También se mencionan como causas de las dificultades de las relaciones sexuales: los cambios corporales en un 22.3%, otros un 20.6%, dificultades con la pareja un 14.7%, poca privacidad 12.7%, exceso de trabajo un 9.8% y no tener pareja estable un 7.8%.

Anexo 2.3 ¿Cómo se diagnostica la Menopausia y el climaterio?

Se torna fácil el diagnóstico clínico de menopausia ya con solo tener la ausencia de menstruación durante 12 meses consecutivos, lo cual indica el cese de la función ovárica y consecuentemente la disminución de los niveles de estrógeno, presentándose en mujeres con edades entre 45-52 años. Muy raramente se requieren estudios de laboratorio para apoyar dicho diagnóstico mediante la medición de gonadotropinas (hormona foliculoestimulante -FSH- elevada y el estradiol bajo), aunque es frecuente que las mujeres soliciten un perfil hormonal sexual en la etapa de climaterio y menopausia para ver “cómo están de hormonas” puesto que es esa incertidumbre de cuándo se presentará la menopausia, es una verdadera angustia para algunas mujeres, ya que entran al periodo de climaterio con un tiempo indefinido, pues siendo un periodo de transición desde la etapa reproductiva hasta la no reproductiva, se puede iniciar cambios hormonales y síntomas variados desde irregularidades menstruales, hemorragias uterinas, sofocos, insomnio, resequeidades, etc., hasta presentarse la menopausia, pero inclusive persistir los signos y síntomas por más de un año. Y en algunas mujeres solo reportan la ausencia de menstruación sin otra sintomatología.

Hay reportes donde incluso la sintomatología menopáusica como el síndrome vasomotor (los sofocos, bochornos, palpitaciones), el síndrome urogenital (resequedad vaginal, vaginitis, incontinencia urinaria, cistitis, etc.) pueden no ceder, sino incluso incrementar su intensidad hasta edades de más de 60 años principalmente los sofocos o bochornos, así como la resequedad vaginal (Espitia de la Hoz, 2024)

Medición de la calidad de la vida durante la Menopausia.

La calidad de vida de un individuo puede definirse como el grado de bienestar y

satisfacción que pudiese sentir una persona relacionado con la salud física, estado psicológico, nivel de independencia y relaciones sociales, junto con sus aspiraciones espirituales. Actualmente existen multitud de cuestionarios y listados de síntomas para medir la calidad de vida relacionada con la salud en relación a sintomatología propia de una etapa de vida o enfermedad y resultan imprescindibles para el conocimiento y evaluación de las medidas preventivas y terapéuticas; así como, para comparar situaciones geográficas y su seguimiento en el tiempo, inclusive situación socioeconómica, etnias o razas.

Entre las escalas más importantes de calidad de vida relacionadas con la salud tenemos: Índice Menopáusico de Kupperman y Blatt, el Women's Health Questionnaire (WHQ), el cuestionario MENCAV, la Menopause Quality of Life (MENQOL), la Utian Quality of Life Score (UQOL), la Escala Climatérica de Greene y la Escala de Cervantes. (Ayala Peralta, 2016)

El índice de Blatt-Kupperman, desarrollada en 1953, ha sido referente tradicional para evaluar el impacto de la terapia hormonal sobre la sintomatología climatérica, 11 síntomas: sofocos, sudores, insomnio, debilidad, dolores de cabeza, palpitaciones. En cada síntoma tiene asignado una constante que se multiplica por el valor otorgado a la intensidad de la sintomatología: dicha intensidad se valora en severa (>35), moderada (20–35) y leve (<20). Sin embargo, ha recibido críticas al no reflejar necesariamente como las mujeres perciben sus síntomas o responden al tratamiento (Figueroa Sánchez, 2022).

La Menopause Rating Scale (MRS), es una escala bien definida de autoevaluación de los síntomas menopáusicos, consta de 11 ítems. Las mujeres respondedoras de MRS deben elegir entre 5 grados de severidad: asintomáticas (0 puntos), leve (1 punto), moderado (2 puntos), severo (3 puntos) e intenso (4 puntos); a cada uno de

los 11 síntomas se le asigna un puntaje, obteniendo un score total de MRS que oscila entre 0 (asintomática) y 44 (grado máximo de disturbio por síntomas menopáusicos).

Se presenta un ejemplo de cuestionario MRS de calidad de vida en la menopausia

Nombre..... Fecha.....

☐ MRS - Ingreso

☐ MRS - Control

¿Cuál de las siguientes molestias siente en la actualidad y con qué intensidad? Marque solamente una casilla en cada uno de los 11 grupos de síntomas		No siente molestia	Siente molestia leve	Siente Molestia moderada	Siente molestia importante	Siente demasiada molestia
						
		0	1	2	3	4
1	Bochornos, sudoración, calores.					
2	Molestias al corazón (sentir latidos del corazón, palpitaciones, opresión al pecho).					
3	Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones, dolores reumáticos).					
4	Dificultades en el sueño (insomnio, duerme poco).					
5	Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste a punto de llorar, sin ganas de vivir).					
6	Irritabilidad (sentirse tensa, explota fácil, sentirse rabiosa, sentirse intolerante).					
7	Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al pánico).					
8	Cansancio físico y mental (rinde menos, se cansa fácil, olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse)					
9	Problemas sexuales (menos ganas de sexo, menor frecuencia de relaciones sexuales, menor satisfacción sexual).					
10	Problemas con la orina (problemas al orinar, orina más veces, urgencia al orinar, se le escapa la orina).					
11	Sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en los genitales malestar o dolor con las relaciones sexuales).					

**Somático
(1 al 4)**

**Psicológico
(5 al 8)**

**Urogenital
(9 al 11)**

Total

Uso del profesional

Otro ejemplo de cuestionarios sobre la calidad de vida de la mujer menopáusica

Estamos interesados en su punto de vista acerca de *su menopausia*. Por favor indique con una **x** que tanto está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes situaciones de acuerdo a su menopausia.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Estar en la menopausia ha tenido un impacto negativo en mi vida					
2. Es un alivio el ya no tener riesgo de un embarazo					
3. Mi menopausia durará cerca de un año					
4. La menopausia ha afectado la forma en como me veo como persona					
5. En general siento que me estoy adaptando razonablemente bien a mi menopausia					
6. Me siento menos segura desde que estoy en la menopausia					
7. Mi menopausia durará mucho tiempo					
8. Si tengo problemas relacionados a mi menopausia, sabré que hacer para solucionarlos					
9. Me siento más segura durante esta fase de mi vida					
10. La menopausia ha afectado la forma en que los otros me ven					
11. Me siento bien porque mis periodos menstruales pronto llegarán a su fin					
12. Me siento más sentimental que antes de la menopausia					
13. Es bueno que vaya a tener una nueva fase de mi vida					
14. Me siento segura de poder afrontar cualquier cambio que mi menopausia traiga					
15. Mi menopausia durará poco tiempo					
16. Dentro de un largo tiempo los síntomas de mi menopausia mejorarán					
17. Siento que tengo las posibilidades para manejar bien mi menopausia					

son los siguientes:

Tomamos el siguiente resumen, donde podríamos hacer notar que los síntomas durante la menopausia que generalmente se consideran son:

Síntomas psicológicos	Síntomas físicos
Ansiedad	Cansancio
Tensión nerviosa	Problemas del sueño
Dificultad de concentración	Dolor de espalda
Falta de energía	Malestar estomacal
Bostezos	Problemas menstruales
Cambios de humor	Palpitaciones
Olvidos	Bochornos
Llanto fácil	Falta de aire
Disminución del deseo sexual	Diarrea
Ansiedad	Constipación (de 1 a 6 días sin defecar)
	Pérdida de apetito
	Tos persistente
	Sudoración fría
	Retención de líquidos
	Infección vesical/ tracto urinario
	Sequedad vaginal
	Aumento de peso
	Sudores nocturnos
	Nauseas
	Dolor de cabeza
	Mareos
	Dolor de senos
	Fatiga

Por otro lado, el diagnóstico de osteoporosis se realiza mediante un estudio de laboratorio llamado densitometría ósea, que mide la densidad ósea de los huesos. Debido a que la densidad ósea es diferente en cada parte del cuerpo, generalmente la densitometría ósea se solicita de la región de la cadera y lumbosacra por ser éstas áreas las que de presentar fractura son más incapacitantes.

Anexo 2.4 Tratamiento de la Menopausia

Terapias alópatas

“La menopausia no necesita tratamiento” inicia diciendo un panfleto de la Mayo Clinic 2024, sin embargo inmediatamente después menciona “los tratamientos buscan aliviar los síntomas, prevenir o tratar las afecciones que pueden aparecer con la edad”.

El manejo del climaterio debería incluir una visión holística de la salud de la mujer, pues no es solo un problema hormonal. Es necesario que se desarrollen terapias más

efectivas y seguras para el manejo de los síntomas de la menopausia, particularmente ir más allá de la terapia hormonal tanto por decisión propia o por contraindicación de su uso.

Se debe individualizar en cada caso la mejor opción terapéutica, teniendo en cuenta los antecedentes, interacciones medicamentosas, estado cognitivo, entre otros, ya que el objetivo final es mejorar la calidad de vida de las mujeres en climaterio.

En las terapias médicas alópatas también llamadas convencionales u occidentales, la terapia hormonal para la menopausia (THM) se usa a veces para reponer las hormonas naturales (el estrógeno y la progesterona) del cuerpo de la mujer durante la menopausia y después de ésta, cuando bajan las concentraciones de estas hormonas. Se utilizan para el manejo de los sofocos y la sequedad vaginal, así como manejo de la osteoporosis. Es la terapia más frecuentemente prescrita. Se pueden administrar en forma de pastillas, en forma sistémica a través de la piel (parches, geles y aerosoles), inyecciones o mediante un implante. Cuando el objetivo es tratar los síntomas genitourinarios, como la sequedad vaginal, se puede aplicar en forma de cremas u óvulos vaginales. Se recomienda su uso durante el menor tiempo posible y a la dosis más baja posible para controlar los síntomas de la menopausia.

Existen otros productos hormonales llamados “hormonas bioidénticas” son medicamentos mixtos (o compuestos) pero no están totalmente avalados por la FDA (Federal Drug Association) por carecer aún de pruebas científicas confiables.

Los riesgos de usar la terapia hormonal pueden aumentar las posibilidades de contraer coágulos, ataques cardíacos, derrames cerebrales, cáncer de mama, cáncer de endometrio y enfermedades de la vesícula.

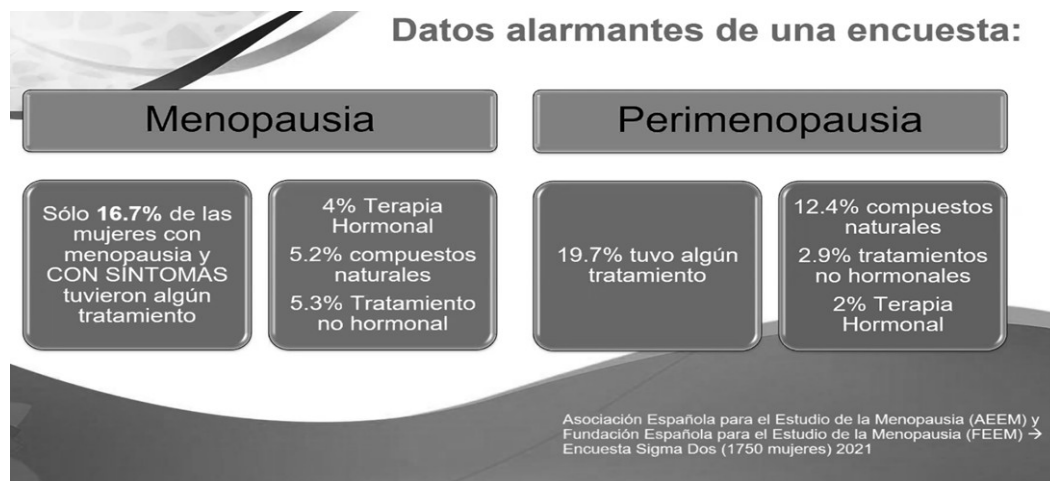
La terapia de reemplazo hormonal está contraindicada en mujeres con cáncer de endometrio, sarcoma uterino, cáncer de ovario, personas con mutaciones en los

genes BRCA1 o BRCA2 o síndrome de Lynch. (La terapia hormonal para la menopausia y el cáncer, 2023)

Flujogramas o Algoritmos de manejo de la Menopausia

Desde la ciencia médica convencional ya existen directrices donde se plantean manejos secuenciales, algoritmos de atención del climaterio y menopausia en diferentes servicios médicos gubernamentales e incluso privados. Se pueden observar en poblaciones latinoamericanas ejemplos de ellos, e inclusive como tienen muchas semejanzas en donde se ha propuesto que la base del tratamiento de la menopausia en la terapia de reemplazo de hormonas sexuales (TRH), con criterios que siguen persistiendo en la actualidad, aunque en estudios investigación sobre apego a tratamientos de menopausia se observa menor adherencia a los tratamientos de reemplazo hormonal por parte de las mujeres:

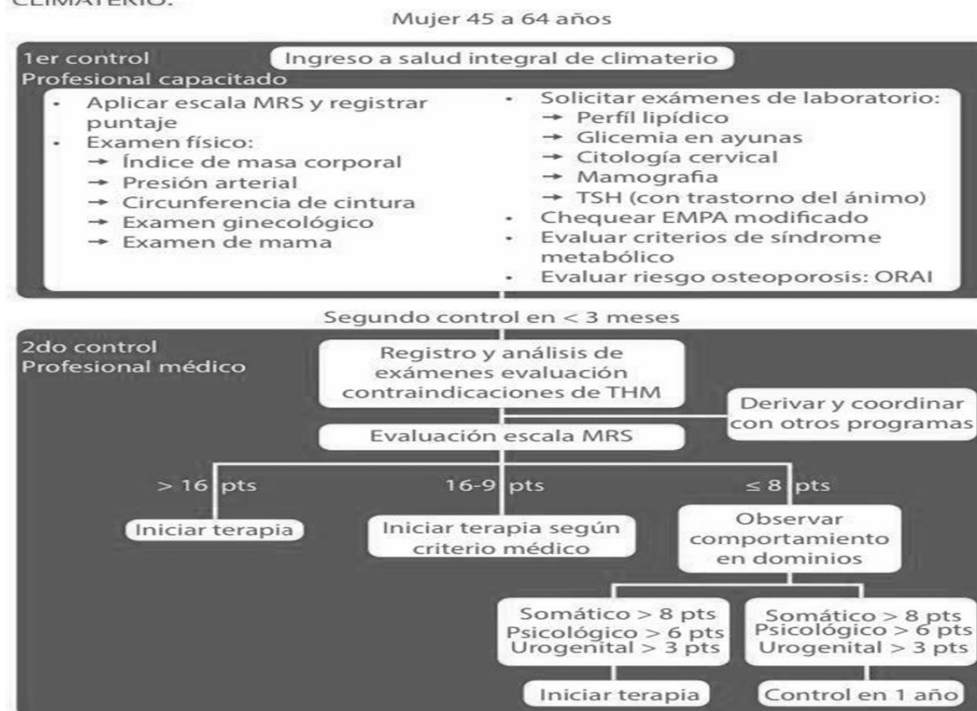
Tabla 3



Comparemos el Diagrama de Climaterio y Menopausia del Consejo Chileno de Ginecobstetricia del 2017 que sigue vigente (Monsalve C, 2017) y con las Guías de manejo de la Perimenopausia y Menopausia del Instituto Mexicano del Seguro Social las cuales podrían ser una muestra de la generalización en el manejo médico que se tiene sobre una mujer en climaterio. Y hay un punto importante a resaltar de entre

ambos la falta de consideración al estado psicoemocional de la mujer en el esquema mexicano. En la región de Perú se está vigilando el bienestar de la mujer climatérica y su funcionalidad en la familia como se muestran en los siguientes flujogramas, situación que no se presenta en las guías mexicanas.

FLUJOGRAMA 1. EVALUACIÓN INTEGRAL DE MUJERES EN PERÍODO DE CLIMATERIO.



Flujograma 1 de Climaterio y Menopausia del Consejo Chileno de Ginecoobstetricia

Desglosando este flujograma de Evaluación Integral Climaterio, notamos que la primera cita de control por un profesional capacitado (médico, enfermería u otro) aplica la escala del rating Menopáusico (MRS) y registra el puntaje.

Consideramos importante resaltar que después de 2 meses iniciado el tratamiento de sustitución hormonales repite la escala MRS para comprobar si hay mejoría.

ANEXO 2. MRS (MENOPAUSE RATING SCALE).

¿Cuál de las siguientes molestias siente en la actualidad y con qué intensidad? Marque solamente una casilla en cada uno de los 11 grupos de síntomas		No siente molestia	Siente molestia leve	Siente Molestia moderada	Siente molestia importante	Siente demasiada molestia
						
		0	1	2	3	4
1	Bochornos, sudoración, calores.					
2	Molestias al corazón (sentir latidos del corazón, palpitaciones, opresión al pecho).					
3	Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones, dolores reumáticos).					
4	Dificultades en el sueño (insomnio, duerme poco).					
5	Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste a punto de llorar, sin ganas de vivir).					
6	Irritabilidad (sentirse tensa, explota fácil, sentirse rabiosa, sentirse intolerante).					
7	Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al pánico).					
8	Cansancio físico y mental (rinde menos, se cansa fácil, olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse)					
9	Problemas sexuales (menos ganas de sexo, menor frecuencia de relaciones sexuales, menor satisfacción sexual).					
10	Problemas con la orina (problemas al orinar, orina más veces, urgencia al orinar, se le escapa la orina).					
11	Sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en los genitales malestar o dolor con las relaciones sexuales).					

	Somático (1 al 4)	Psicológico (5 al 8)	Urogenital (9 al 11)	Total
Uso del profesional				

Tomado de: Orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio en el nivel primario de la red de salud (APS). Programa Nacional Salud de la Mujer⁽⁹⁾. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/OTCLIMATERIOinteriorValenteindd04022014.pdf>

FLUJOGRAMA 2. ELECCIÓN DE LA TERAPIA HORMONAL DE LA MENOPAL SIA.

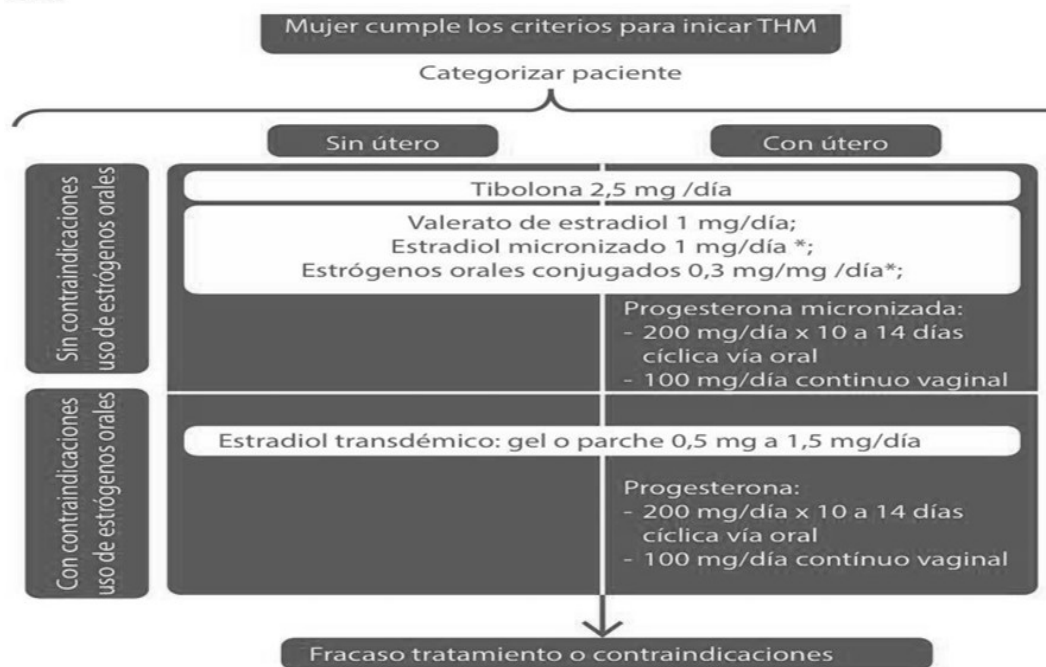
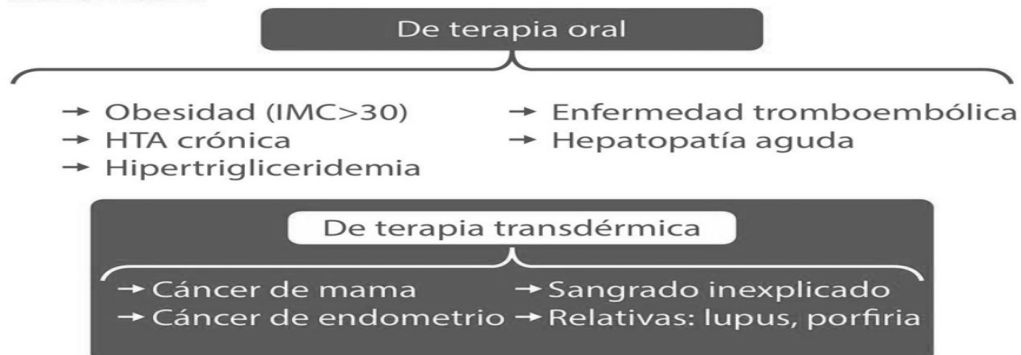
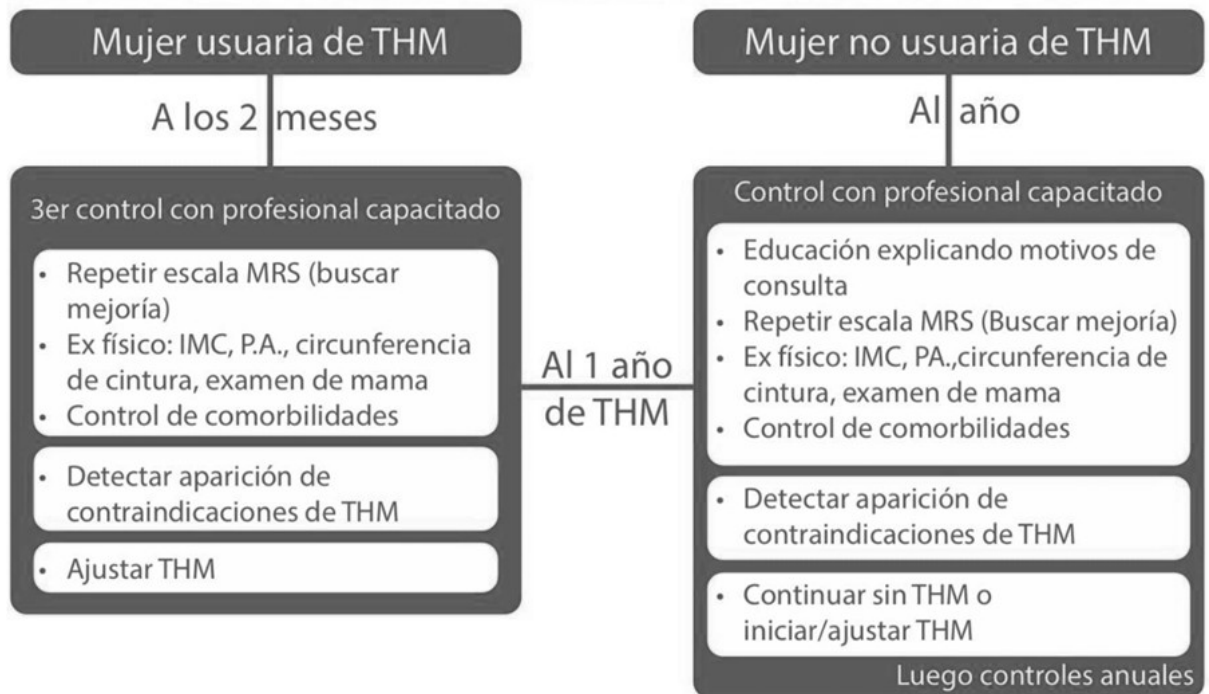


TABLA 1. CONTRAINDICACIONES DE LA TERAPIA HORMONAL DE LA MEMOPAUSIA.



FLUJOGRAMA 3. SEGUIMIENTO MUJERES EN CONTROL DE CLIMATERIO.



Tomado de: Orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio en el nivel primario de la red de salud (APS). Programa Nacional Salud de la Mujer⁽⁹⁾. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/OTCLIMATERIOinteriorValenteindd04022014.pdf>

En otros estudios aplican un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a niños. Es llamado el APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN evaluando funciones básicas de la familia que el autor consideró: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto y Recursos. (Suárez Cuba, 2014)

Adaptación: es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar

Participación o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la

toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar

Gradiente de recursos, es el desarrollo de la maduración física, emocional y autorrealización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.

Afectividad: es la relación de cariño, amor que existe entre los miembros de la familia.

Recursos o capacidad resolutive: es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios

ANEXO 1. ÁPGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN.

Haga una marca en un casillero en cada línea, el que mejor describa su caso.		0	1	2
		Casi nunca	A veces	Casi siempre
A	¿Está satisfecha con la ayuda que recibe de su familia, cuando algo la perturba?			
B	¿Está satisfecha con la forma en que su familia discute áreas de interés común y comparten problemas resolviéndolos juntos?			
C	¿Encuentra que su familia acepta sus deseos de hacer nuevas actividades o cambios en su estilo de vida?			
D	¿Está de acuerdo con la forma en que su familia expresa afecto y responde a sus sentimientos de angustia, amor, pena...?			
E	¿Está satisfecha con la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			
TOTAL				

Interpretación:

0 a 3	Disfunción severa.	Necesidad de apoyo inmediato.
4 a 6	Probable disfunción.	Evaluar. Verifique ecograma y genograma.
7 a 10	Funcionalidad normal.	No requiere intervención.

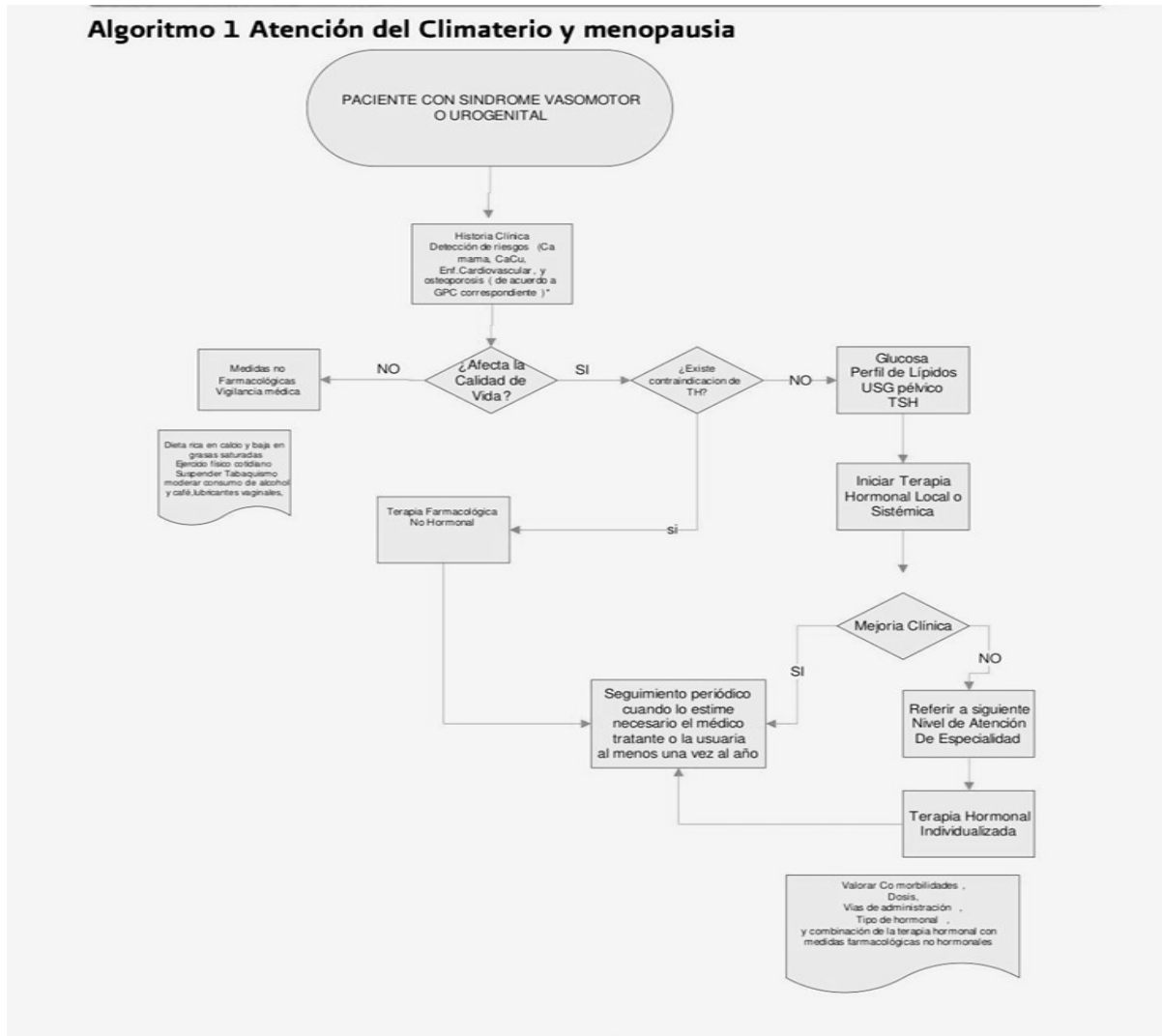
Tomado de: Orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio en el nivel primario de la red de salud (APS). Programa Nacional Salud de la Mujer⁽⁹⁾. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/OTCLIMATERIOinteriorValenteindd04022014.pdf>

En el ámbito psicológico, en la literatura científica médica se proponen este instrumento APGAR Familiar de Smilkstein (Monsalve & Reyes, 2018) para valorar el grado de funcionalidad o disfuncionalidad de la persona en la familia, propuesto en el Programa Nacional Salud de la Mujer

La calidad de vida durante el climaterio se asocia con la funcionalidad familiar, en tres estudios población mexicana aislados en Sinaloa, Veracruz y Tamaulipas concluyen que las mujeres con mayor severidad de los síntomas climatéricos, especialmente dispareunia y disminución de la libido, tienen mayor riesgo de disfunción familiar, donde una afecta negativamente a la otra.

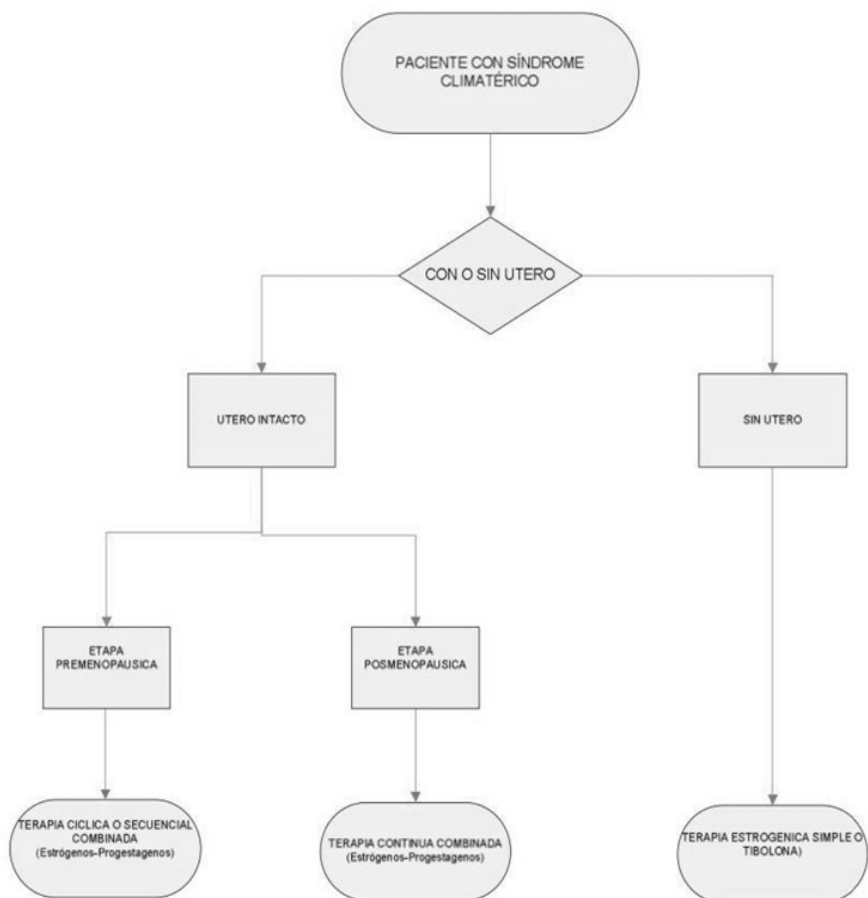
La severidad de los síntomas del climaterio se incrementa a medida que aumenta la disfunción familiar, por ello sugieren el manejo temprano del síndrome climatérico. (Ahora comparemos los algoritmos para el tratamiento del climaterio y menopausia según las Guías para el Manejo de la Perimenopausia y Menopausia por el Instituto Mexicano del Seguro Social (Contreras Star, 2015) (Muñoz, 2025)

GUÍAS PARA EL MANEJO DE LA PERIMENOPAUSIA Y MENOPAUSIA POR EL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



Algoritmo 1 Atención del Climaterio y menopausia tomado de la Guías de manejo en la perimenopausia y menopausia del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social)

Algoritmo 2 Esquemas de terapia hormonal



Esquema de terapia hormonal tomado de la Guías de manejo en la perimenopausia y menopausia del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social)

El esquema básico de terapia hormonal está basado en estrógenos solos y estrógenos combinados con progestágenos utilizados en mujeres con útero para prevenir alteraciones en el endometrio como hiperplasia.

Veamos el machote del esquema institucional de dichas hormonas, que podemos resumir se limitan a recetar estrógenos y progesterona en diferentes presentaciones.

Medicamentos mencionados indicados en el tratamiento de la Perimenopausia y postmenopausia del Cuadro Básico del IMSS

Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
010.000.1508.00	Estrógenos conjugados y/medroxiprogesterona	1 gragea 0.625 mg / 5.0 mg cada 24 hrs sin suspender.	Gragea 0.625 mg / 5.0 mg 28 grageas, 14 grageas de color azul y 14 grageas de color marrón Caja con	6 a 12 meses	Edema, cefalea, retención de líquidos, urticaria, anorexia, náusea, vómito, meteorismo, migraña, congestión mamaria, trombosis arterial, cloasma, hipertensión arterial, depresión, hepatitis, irritabilidad.	Disminuyen su efecto terapéutico: barbitúricos, fenilbutazona, hidantoína, rifampicina y ampicilina, incrementan sus niveles.	Hipersensibilidad al fármaco, carcinoma estrógeno dependiente, ictericia colestática, eventos tromboembólicos activos y sangrado genital no diagnosticado. Precauciones: Hipertrigliceridemia, insuficiencia hepática, hipertensión arterial, hipocalcemia, mujeres no histerectomizadas, diabetes mellitus, endometriosis, hipotiroidismo
010.000.1501.00	Estrógenos conjugados	1 gragea 0.625 mg diariamente por 21 días descansando una semana.	Gragea 0.625 mg Caja con 42 grageas o tabletas.	6 a 12 meses	Edema, cefalea, retención de líquidos, urticaria, anorexia, náusea, vómito, meteorismo, migraña, congestión mamaria, trombosis arterial, cloasma, hipertensión arterial, depresión, hepatitis, irritabilidad.	Disminuyen su efecto terapéutico: barbitúricos, fenilbutazona, hidantoína, rifampicina y ampicilina, incrementan sus niveles.	Hipersensibilidad al fármaco, carcinoma estrógeno dependiente, ictericia colestática, eventos tromboembólicos activos y sangrado genital no diagnosticado. Precauciones: Hipertrigliceridemia, insuficiencia hepática, hipertensión arterial, hipocalcemia, mujeres no histerectomizadas, diabetes mellitus, endometriosis,

Medicamentos mencionados indicados en el tratamiento de la Perimenopausia y postmenopausia del Cuadro Básico del IMSS

Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
010.000.1508.00	Estrógenos conjugados y/medroxiprogesterona	1 gragea 0.625 mg / 5.0 mg cada 24 hrs sin suspender.	Gragea 0.625 mg / 5.0 mg 28 grageas, 14 grageas de color azul y 14 grageas de color marrón Caja con	6 a 12 meses	Edema, cefalea, retención de líquidos, urticaria, anorexia, náusea, vómito, meteorismo, migraña, congestión mamaria, trombosis arterial, cloasma, hipertensión arterial, depresión, hepatitis, irritabilidad.	Disminuyen su efecto terapéutico: barbitúricos, fenilbutazona, hidantoína, rifampicina y ampicilina, incrementan sus niveles.	Hipersensibilidad al fármaco, carcinoma estrógeno dependiente, ictericia colestática, eventos tromboembólicos activos y sangrado genital no diagnosticado. Precauciones: Hipertrigliceridemia, insuficiencia hepática, hipertensión arterial, hipocalcemia, mujeres no histerectomizadas, diabetes mellitus, endometriosis, hipotiroidismo
010.000.1501.00	Estrógenos conjugados	1 gragea 0.625 mg diariamente por 21 días descansando una semana.	Gragea 0.625 mg Caja con 42 grageas o tabletas.	6 a 12 meses	Edema, cefalea, retención de líquidos, urticaria, anorexia, náusea, vómito, meteorismo, migraña, congestión mamaria, trombosis arterial, cloasma, hipertensión arterial, depresión, hepatitis, irritabilidad.	Disminuyen su efecto terapéutico: barbitúricos, fenilbutazona, hidantoína, rifampicina y ampicilina, incrementan sus niveles.	Hipersensibilidad al fármaco, carcinoma estrógeno dependiente, ictericia colestática, eventos tromboembólicos activos y sangrado genital no diagnosticado. Precauciones: Hipertrigliceridemia, insuficiencia hepática, hipertensión arterial, hipocalcemia, mujeres no histerectomizadas, diabetes mellitus, endometriosis, hipotiroidismo
010.000.1506.00	Estrógenos conjugados	Tubo crema con 62.5 gm / Envase con 43 g y aplicador	Gragea 0.625 mg	Una aplicación de .625 mg diarios por 7 días, continuar dos veces a la semana por 21 días	Edema, cefalea, retención de líquidos, urticaria, anorexia, náusea, vómito, meteorismo, migraña, congestión mamaria,	Disminuyen su efecto terapéutico: barbitúricos, fenilbutazona, hidantoína, rifampicina y ampicilina, incrementan sus niveles.	Hipersensibilidad al fármaco, carcinoma estrógeno dependiente, ictericia colestática, eventos tromboembólicos
					trombosis arterial, cloasma, hipertensión arterial, depresión, hepatitis, irritabilidad.		activos sangrado genital no diagnosticado. Precauciones: Hipertrigliceridemia, insuficiencia hepática, hipertensión arterial, hipocalcemia, mujeres no histerectomizadas, diabetes mellitus, endometriosis, hipotiroidismo

010.000.1521.00	Clormadinona	Tabletas 2 mg 1 a 3 tabletas diarias de 10 a 14 días cada mes	Envase de 10 tabletas de 2 mg	2 a 3 tabletas diariamente por 10 a 14 días cada mes	Retención de líquidos. Congestión mamaria, distensión abdominal, aumento de peso, vómito, náusea, acné, colestasis intrahepática, eritema, eritema nodoso, urticaria, migraña, hipertensión arterial, trombosis	Interactúa con ampicilina, barbitúricos, fenitoína y tetraciclinas. Por su actividad glucocorticoide disminuye la tolerancia a la glucosa	Hipersensibilidad al fármaco, carcinoma mamario, enfermedad tromboembólica, enfermedad cerebrovascular, ictericia colestática, insuficiencia hepática
010.000.2207.01	Tibolona	1 tabletas 2.5 mg diario	Envase con 30 tabletas	6 a 12 meses	Aumento de peso, mareo, dermatosis seborreica, sangrado vaginal, cefalea, alteraciones gastrointestinales, hirsutismo facial, edema pretibial, elevación de transaminasas, intolerancia a la glucosa, alteraciones en lípidos séricos.	Mayor sensibilidad a los anticoagulantes.	Hipersensibilidad al fármaco, tumores hormona dependientes, tromboflebitis, tromboembolia, disfunción hepática y sangrado vaginal de etiología desconocida.
010.000.1006.00	Calcio	1 a 2 comprimidos cada efervescente cada 12 horas	Envase con 12 comprimidos cada comprimido contiene lactato gluconato de calcio 2.94 g, carbonato de calcio 300 mg y calcio ionizable 500 mg.	Durante el tiempo que el médico considere.	Trastornos gastrointestinales, hipercalcemia, insuficiencia renal, hipercalcemia y cálculos renales.	Las tetraciclinas y los corticosteroides disminuyen su absorción intestinal. Disminuyen el efecto terapéutico de los bloqueadores de calcio e incrementan el riesgo de toxicidad por digitálicos.	Hipersensibilidad al fármaco, hipercalcemia, insuficiencia renal, hipercalcemia y cálculos renales
010.000.1095.00	calcitriol	1 capsula diario aumentando a las 2 o 4 semanas a 2 al día	Envase con 50 capsulas de calcitriol 0.25 µg	Por lo menos 3 meses y revalorar el caso.	Náusea, vómito e hipercalcemia.	Antagoniza el efecto terapéutico de los bloqueadores del calcio. Con	Hipersensibilidad al fármaco a la vitamina D e hipercalcemia.
						tiazida aumenta el riesgo de hipercalcemia.	Usar con precaución en pacientes con digitálicos.

En una investigación de revisión documental de artículos científicos para determinar a la menopausia y aplicación de la terapia hormonal se concluyó que la terapia hormonal de reemplazo es considerada el tratamiento de primera línea en mujeres sanas. La terapia de reemplazo hormonal (TRH) iniciada desde 1960, la terapia hormonal estrógenos solos o combinados con progestágenos en caso de útero intacto para evitar riesgo de hiperplasia. Algunos autores indicaron efectos adversos, ya sea por la combinación de hormonas y otros mencionan por la administración prolongada de la misma reportando y no indicarlos en caso antecedentes de cáncer de mama, cáncer endometrial, cáncer de pulmón, accidente vascular cerebral, trombosis venosa profunda, demencia. (Amancha Moyulema G., 2023)

Y un punto importante es el tiempo que se promueve actualmente su uso se marcan lineamientos de 5 años máximo de uso en estudios Cochrane (Bofill R, 2025)

Terapias con Testosterona

La IMS (International Menopause Society) emite en 2019 un Consenso Global Declaración y Posicionamiento de terapia con Testosterona en Mujeres expresando que “No hay datos suficientes para respaldar el uso de testosterona para el tratamiento de cualquier otro síntoma o condición clínica, o para la prevención de enfermedades.

Pero si ha sido aprobada la DHEA (Dehidroepiandrosterona) vaginal para la atrofia vulvovaginal, pero no está recomendada para el síndrome de deseo hipoactivo. (CLIMACTERIC, 2019) (Davis SR, 2019)

Tibolona

Es un esteroide sintético cuyos metabolitos tienen propiedades estrogénicas, androgénicas y progestágenos. Reduce los síntomas vasomotores en comparación con el placebo, pero es menos eficaz que los estrógenos. La incidencia de sangrado

vaginal no programado es menor que con el tratamiento de reemplazo hormonal. No se recomienda su uso en mujeres con antecedentes de cáncer de mama ya que podría aumentar el riesgo de recurrencia.

Fitoestrógenos

En 2016, en una revisión sistemática y metaanálisis de estudios clínicos aleatorios de terapias que contienen fitoestrógenos, se encontró que algunas de estas terapias se relacionaban con disminuciones moderadas de sofocos y sequedad vaginal. (Cáncer, 2023)

Los fitoestrógenos son compuestos similares al estrógeno que se derivan de fuentes vegetales, son estrógenos naturales en ciertos alimentos. Hay dos tipos principales de fitoestrógenos, las isoflavonas y los lignanos. Las isoflavonas se encuentran en la soja, en las lentejas, en los garbanzos y en otras legumbres. Los lignanos se encuentran en la linaza, en los cereales integrales y en algunas frutas y verduras. En realidad, tiene un efecto estrogénico muy débil.

Plantas medicinales como clavo rojo, kava, dong quai, (Angélica sinensis) aceite de onagra o prímula (Oenothera biennis) el Ginseng (Panax ginseng), el kava (Pipermethysticum), hierbas chinas y el ñame silvestre (Dioscorea villosa), falta estudios que confirmen su utilidad para los síntomas vasomotores. Al igual que se evalúe la eficacia de la raíz de regaliz, la salvia, la zarzaparrilla, la flor de la pasión, el ginkgo biloba o la raíz de valeriana.

Los productos herbolarios no pasan por control de calidad, pero si pueden interferir con medicamentos que se estén ingiriendo y podrían poner en riesgo la salud.

CIMICIFUGA. La cimifuga (cohosh negro) se llega utilizar para los bochornos, pero es tóxica para el hígado y tomar con precaución persona antecedentes cáncer cerebrovascular. No debe usarse conjuntamente con la THS

Hormonas bioidénticas

También provienen de vegetales. El término “bioidénticas” implica que las hormonas del producto son químicamente idénticas a aquellas que genera el cuerpo. La Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó algunas hormonas bioidénticas. Pero muchas se mezclan en una farmacia, las llamadas fórmulas magistrales, lo cual no está totalmente regulado, por lo que la calidad y riesgos pueden variar. Faltan estudios para comprobar su eficacia.

Alternativas de tratamiento hormonal y No hormonal para el control de los bochornos en la Menopausia

Los tratamientos no estrogénicos para los bochornos son eficaces para muchas mujeres. Las opciones incluyen antidepresivos, se les recomienda como tratamiento de primera línea para los sofocos en las mujeres que no pueden tomar estrógenos. Los más usados son la paroxetina, gabapentina, venlafaxina, citalopram, escitalopram. La fluoxetina y sertralina, no funcionan tan bien como los otros antidepresivos enumerados. (Sahni S, 2021)

Para el manejo de los sofocos o bochornos se han indicado el fezolinetant (Veoza) que es un medicamento libre de hormonas, trata de bloquear los sofocos porque actúa bloqueando un vía del cerebro que ayuda a controlar la temperatura corporal. Pero puede causar dolor abdominal, problemas hepáticos y empeorar los problemas del sueño.

La oxibutinina (Oxytrol) . Es un anticolinérgico-antimuscarínico. Este medicamento trata la vejiga hiperactiva y la incontinencia urinaria de urgencia, así como para el síndrome vasomotor. También puede ayudar aliviar síntomas de la menopausia. Tienen efectos secundarios boca seca y dificultades urinarias. Inclusive en los adultos mayores, podría relacionarse con el deterioro mental. (Mayo, 2025)

Ospemifeno (Osphena) Es un medicamento modulador selectivo de los receptores

de estrógenos, que trata el dolor durante las relaciones sexuales relacionado con el adelgazamiento del tejido vaginal. Se contraindica en personas que tienen antecedentes o padecen cáncer de mama.

También se han recomendado los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, los inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina, suvorexam. (Crandall, 2023)

Paroxetina: Es un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina (SSRI). Es el único tratamiento no hormonal que está aprobado en Estados Unidos, específicamente para los sofocos, en dosis bajas (7.5mg c/24 horas al acostarse). No se debe tomar paroxetina si se tiene cáncer de mama y)ta tomando tamoxifeno, ya que puede interferir con éste y hacerlo menos efectivo. Sus efectos secundarios son náuseas y vómito.

Gabapentina: Es un análogo de ácido gama aminobutírico (GABA). Alivia los sofocos en algunas mujeres, dado como una dosis única durante el día o al acostarse. Cuidado con los epilépticos no retirarlos bruscamente. Preferentemente monodosis (off-label): vía oral (liberación inmediata). Día 1: 300 mg 3 veces al día por 4 semanas, luego disminuirlo. Efectos secundarios: mareos y fatiga. Valorar su uso en caso de migraña concomitante o trastornos del sueño.

Venlafaxina, citalopram, escitalopram son tratamientos efectivos para los sofocos. La Venlafaxina es un inhibidor de la recaptura de serotonina y noradrenalina (SNRI). Administrar a dosis bajas (off-label) iniciar 37.5 mg al día (para evitar efectos secundarios como mareos y náuseas), se puede continuar aumentando 37.5mg cada semana hasta 75 o 150 mg. Por dosis únicas o divididas. Puede administrarse a usuarias de tamoxifeno.

Fluoxetina y sertralina, no funcionan tan bien como los otros antidepresivos enumerados.

La Clonidina, es un antihipertensivo alfa2 agonista adrenérgico, se puede administrar 0.05 – 0.15mg/día. Como efectos secundarios puede provocar boca seca, somnolencia y alteraciones en la presión arterial. Hay datos consistentes de su utilidad, es menos efectivo que los ISRS/IRSN y los gabapentinoides; tiene efectos secundarios significativos. (David PS, 2022)

En el siguiente cuadro se resumen los medicamentos anteriores para el control de los bochornos durante la menopausia.

Tipo	Fármaco	Recomendaciones	Precauciones	Presentación-Dosis
	Gabapentina	Dosis única al acostarse o durante el día	Cuidados en el retiro brusco en pacientes epilépticos	Preferentemente monodosis*: Vía oral (liberación inmediata) Día 1: 300 mg al acostarse, Día 2: 300 mg 2 veces al día. Después 300 mg 3 veces al día por 4 semanas, luego disminuirlo
Antidepresivos	Paroxetina, Citalipram, Escitalopram, Sertralina, Fluoxetina	Paroxetina está específicamente aprobada para bochornos	Paroxetina puede interaccionar con tamoxifeno disminuyendo su eficacia en CA de mama.	Paroxetina: 7,5 mg c/ 24 horas, antes de acostarse
	Venlafaxina	Fluoxetina y Sertralina no funcionan tan bien como otros antidepresivos		Venlafaxina*: iniciar en 37,5 mg al día (para evitar secundarios), se puede continuar o aumentar de a 37,5 mg cada semana hasta 75 a 150 mg. por dosis únicas o divididas
Anticonceptivos	Acetato de medroxiprogesterona (progestágeno inyectable)	Reducen bochornos	Inusualmente usados	Usar progestina inyectable anticonceptiva*
Fitoestrógenos	Suplemento de isoflavona	Alimentos que lo contienen: Soya, garbanzos, lentejas, otros	Varios expertos recomiendan evitarlos en CA de mama, al actuar como estrógenos en algunos tejidos	
Tratamientos herbales	<i>Actea racemosa</i> (Cohosh negro)	Prueba muestran misma eficacia que el placebo No son recomendados para bochorno u otros síntomas menopáusicos	Podrían estimular el crecimiento del tejido mamario	

* de uso no habitual

Cambios en el Estilo de Vida

Se recomienda cambios en el estilo de vida como son la alimentación, hacer ejercicio o actividades físicas, la forma de vestir y procurar periodos de sueño adecuados son parte del tratamiento para lograr bienestar en una mujer en climaterio.

Alimentación equilibrada.

Consumir una variedad de frutas, verduras y granos o cereales integrales. Limita el consumo de grasas saturadas, aceites y azúcares.

Se recomienda llevar una dieta saludable, evitando alimentos muy condimentados

o con picantes, el café o bebidas con cafeína o alcohol pudieran desencadenar los bochornos. (Martínez A., 2021)

Una dieta restrictiva para bajar de peso también ha sido recomendada pues se observa que disminuyen los bochornos. (Luque González P., 2023) Y en contraparte hay reportes que las dietas a base de alimentos procesados incrementan tanto los síntomas climatéricos como las lipidemias y enfermedades cardiovasculares. (Martínez Garduño, 2022)- Incluso hay autores que proponen que las dietas altas en sal o sodio, pueden contribuir a la depresión. (J., 2025)

Consumir alimentos ricos en calcio, vitamina D y magnesio, o tomar suplementos de ello ya que son importantes pues contribuyen a prevenir la osteoporosis, aumentar la inmunidad y mejorar el sueño.

Vestimenta

Vestirse en capas, usar camiseta sin mangas y telas transpirables, como el algodón. Preferir ambientes con temperatura baja, climas o ventiladores o bien utilizar abanicos de mano.

Al dormir utilizar compresas frías debajo de la almohada y girarla a menudo para que la cabeza esté en el lado fresco.

Actividad Física

El ejercicio o actividad física con regularidad o diario fortalece la musculatura y los huesos, así como la flexibilidad de las articulaciones. Inclusive puede mejorar el estado anímico. También podrían proteger contra las enfermedades cardíacas, la diabetes, la osteoporosis y otras enfermedades relacionadas con la edad, inclusive disminuir la propensión a caídas.

Se recomienda actividad física regular y constante con ejercicios de resistencia muscular y peso, como el caminar , el entrenamiento de resistencia y ejercicios de equilibrio así como los aeróbicos pueden ayudar en la prevención de sarcopenia y

osteopenia, así como facilitar la flexibilidad y reflejos musculares. (Montes Mata K.J., 2025)

Ejercicios musculares del piso pélvico, para fortalecer los músculos del suelo pélvico, los ejercicios de Kegel, pueden ayudar en algunos tipos de incontinencia urinaria.

Técnicas Cuerpo-Mente

Ejercicios de mindfulness, práctica de ejercicios especiales como la yoga y el taichi tiene múltiples beneficios de ejercicio físico, ejercicios respiratorios y focalizaciones mentales y sensibilización corporal lo que contribuye a la relajación física y mental, mejor control de la ansiedad e irritabilidad.

Ejercicios de respiración consciente, así como ejercicios de relajación física y mental como yoga

Descanso y sueño

Intentar dormir lo suficiente de 6 a 8 hrs, sueño tranquilo y reparador. Evitar la cafeína y el alcohol, porque pueden dificultar el sueño, así como la ingesta de líquidos o meriendas pesadas. Haz ejercicio durante el día, pero no justo antes de dormir. Mantener bajo control los sofocos para poder descansar bien, procurar ropa ligera, espacio bien ventilado y tranquilo con clima templado.

No Fumar

Fumar aumenta el riesgo de presentar enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, osteoporosis, cáncer y una serie de problemas de salud. Además, puede incrementar los sofocos y afecta negativamente al ovario haciendo que se adelante la menopausia.

Métodos Quirúrgicos

El bloqueo de ganglio estrellado es un tratamiento bien establecido con fines analgésicos (contra el dolor), vasculares y misceláneos, en esto últimos incluidos el

manejo en estados postmenopáusicos para disminuir las oleadas de calor. Los datos indican que el bloqueo del ganglio estrellado reduce la frecuencia de los síntomas vasomotores entre un 4% y un 90%, con pocos eventos adversos. Aunque actualmente el bloqueo del ganglio estrellado se recomienda con precaución debido a la falta de datos de ensayos clínicos a largo plazo sobre la eficacia y seguridad. (Restrepo-Garcés C.E., 2012)

Manejo del Síndrome Genitourinario de la Menopausia

Se pueden usar: hidratantes y lubricantes vaginales, tratamiento hormonal, ospemifeno, prasterona, uso de láser fraccionado de CO2 entre otros.

Hidratantes y lubricantes vaginales

Ampliamente prescritos y autorrecetados para el tratamiento de la sequedad vaginal, calmar el dolor vaginal y dispareunia, son de primera elección los geles hidratantes, que reemplazan la ausencia de secreción vaginal normal, como una crema humectante o lubricante a base de silicona (Replens, K-Y y otras), así como el uso de cremas u óvulos que contienen polinucleótidos (Turn over), (Information, 2020) (Squadrito F., 2017).

Pueden ser utilizados de forma regular 2 o 3 días a la semana complementados con lubricantes vaginales durante las relaciones sexuales.

El uso de lubricantes vaginales disminuye la fricción al coito, pueden ser de aceite o agua pero isoosmolares 1220 mOsm, por ejemplo lubricante acuoso (Astroglide, Sliquid u otros) .

Se deben evitar los geles vaginales con antisépticos (p.Ej. clorhexidina) ya que no aportan ventajas y su uso regular podría modificar el equilibrio de la flora vaginal y producir vaginosis bacteriana. También evitar los geles con sustancias alergizantes (propilenglicol, hidroxibenzoatos o parabenos, extractos de perfumes y plantas como Aloe vera)

Tratamiento hormonal vaginal

Los estrógenos vaginales son el tratamiento de segunda línea para el síndrome genitourinario que no responde adecuadamente a los hidratantes y lubricantes vaginales. Pueden mejorar los síntomas de sequedad o malestar vulvovaginal (ardor, picazón, irritación), la fragilidad de los tejidos (que puede provocar el sangrado postcoital o fisuras) o la dispareunia. También pueden disminuir las infecciones del tracto urinario y los síntomas de vejiga hiperactiva; sin embargo, no mejoran los síntomas de incontinencia urinaria de urgencia y de esfuerzo. Están contraindicados en mujeres con tumores dependientes de estrógenos, particularmente las que recién terapia antiestrogénica, inclusive hay controversia en uso prolongado, recomendándole utilizarlo el menor tiempo posible y a la dosis eficaz más baja, por ello se individualiza el tratamiento ya sea en óvulos o crema. Y se pueden usar junto con los hidratantes y lubricantes vaginales.

El ospemifeno oral, modulador selectivo de los receptores de estrógeno (SERM) está indicado para el tratamiento de la atrofia vulvovaginal sintomática de moderada a grave en mujeres postmenopáusicas que no cumplan los requisitos para recibir tratamiento vaginal con hormonales locales. No se ha comparado frente a estrógenos vaginales, y frente a placebos sus resultados son muy inconsistentes. Puede aumentar la incidencia de sofocos. No utilizarse en mujeres con antecedentes de neoplasias sensibles a estrógenos, en particular en mujeres con cáncer de mama. Los SERM presentan un riesgo potencial de efectos adversos de tipo trombótico, pero se necesitan más estudios para detectar esta complicación relativamente rara.

La prasterona o dehidroepiandrosterona (DHEA) vaginal, es otra opción de tratamiento para la dispareunia asociada al síndrome urogenital. Aunque se ha mostrado una eficacia modesta frente a placebo. Aunque al incrementar los niveles en sangre de DHEA, testosterona y estrona podrían producir un aumento del riesgo

de neoplasias malignas sensibles a estrógenos, sobre todo cáncer de mama. Se administra en forma de óvulos vaginales.

Tabla 4 Resumen del manejo hormonal vaginal del síndrome genitourinario en mujer menopáusica

Principio activo	Presentación	Dosis/aplicación	Marca comercial
Estrógenos tópicos			
ESTRIOL	Gel vaginal	0,05 mg	Gelistrol® (F), Blissel®
	Crema vaginal	0,5 mg	Ovestinon®
	Óvulo vaginal	0,03 mg	Femmyl®
		0,5 mg	Ovestinon®
ESTRADIOL	Comprimido vaginal	0,01 mg	Vagirux® (F), Vagifem®
	Anillo vaginal	0,0075 mg	Estring®
PROMESTRIENO	Crema vaginal	10 mg	Colpotrofin®
Otros moduladores de hormonas sexuales			
OSPEMIFENO	Comprimido oral	60 mg	Senshio®
PRASTERONA	Óvulo vaginal	6,5 mg	Intrarosa®

Las presentaciones vaginales con dosis $\leq 0,05$ mg de estradiol se consideran dosis bajas⁷.
El estriol tiene una menor potencia estrogénica que el estradiol (de 1:10 a 1:100) y menos efectos extravaginales¹⁶.

Se ha observado que mantenerse sexualmente activa sola o en pareja incrementa el flujo de sangre a la vagina y disminuye el malestar vaginal, porque hay más hidratación vaginal.

Otros suplementos y Vitaminas

Vitamina E. Puede ser una opción en mujeres con sofocos leves porque, en dosis bajas, se tolera bien y no se asocia con toxicidad. Frente a placebo, ha mostrado una diferencia marginal en la reducción de la frecuencia de los sofocos que no parece clínicamente importante.

Omega 3 . Se dice que mejora la salud cardiovascular al disminuir el colesterol sanguíneo, también incrementa el flujo sanguíneo mejorando el funcionamiento cerebral, proporciona beneficios a la piel, . El Omega-3 en especial el Omega 3 DHA es más indicado para cuidar la salud ósea y prevenir la osteoporosis.

Láser fraccionado de CO2

Hay datos que sugieren que el manejo de la atrofia vaginal mediante el uso de láser fraccionado de CO2 ha sido efectiva, pero aún faltan más estudios que avalen su eficacia al tiempo. El láser suele crear una pequeña ablación de alrededor de 30 milimicras de tejido. Luego se forma una protección natural, con una coagulación. Por último, viene el calentamiento con la neocolegénesis, ya que todo el calor transmitido a toda la lámina estimula los fibroblastos.

Manejo de la Osteoporosis en la menopausia

La prevención y tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica va desde medidas generales y fármacos, como se muestra siguiente Tabla 5

Tabla que muestra tratamiento y prevención de la osteoporosis postmenopáusica	
Medidas no farmacológicas	
• Dieta (calcio, vitamina D)	
• Ejercicio físico	
• Abstención del consumo de tabaco	
Medidas farmacológicas	
Fármacos antirresortivos	
• Bifosfonatos (alendronato, risedronato)	
• Raloxifeno (modificador selectivo de los receptores estrogénicos)	
• Calcitonina	
Fármacos osteoformadores	
• Hormona paratiroidea recombinante humana (Teriparatide)	
• Sales de estroncio	
• Abaloparatida (Tymlos)	
• Romosozumab (Evenity)	

Dieta. Vitamina D y Calcio

Una dieta óptima incluye una adecuada ingesta de calorías (para evitar malnutrición), dieta rica en verduras y frutas frescas, leguminosas, aceites vegetales como de olivo, linaza, ajonjolí, entre otros. Y demás alimentos que contengan calcio y vitamina D

La mujer postmenopáusica debería ingerir suplementos adecuados de calcio elemento (generalmente 1 a 1.5 mg/día) con las comidas y en dosis divididas, de tal manera que la ingesta total de calcio, incluida la aportada por los alimentos se aproxime a 1500 mg/día. La mayor fuente de calcio se encuentra en los productos

lácteos, principalmente la leche, un litro de leche igual a un gramo de calcio elemento, un yogur 125 mg. La cantidad de calcio aportada por la dieta fuera de los productos lácteos no supera los 300 mg por día.

Calcio complementario se da en 2 formas sales de citrato de calcio y el carbonato de calcio (la forma más barata) cuya absorción depende del pH gástrico por lo que se toma después de las comidas.

Vitamina D

La vitamina D tiene varias funciones: aumenta la absorción intestinal de calcio y fosfato. Aunque la etiología de la osteoporosis es multifactorial, la ingesta de vitamina D y calcio, a partir de la dieta y suplementos parece tener un impacto clave en el mantenimiento de la densidad mineral ósea, prevención de fracturas al prevenir la disminución de la densidad ósea, promueve la absorción del calcio, el cual modifica el metabolismo lipídico en los adipocitos y mantiene la matriz ósea.

Se ha recomendado ingestas para calcio y vitamina D, ya sea mediante una alimentación rica en ellos, estableciendo un incremento en el aporte aconsejado para el calcio de 200 mg/día hasta los 50 años de edad, respecto a los 1000mg aconsejados anteriormente, y 800 UI de vitamina D al día.

Las dos formas disponibles de vitamina D son el ergocalciferol y el colecalciferol (vitamina D3).

Tratamiento farmacológico de la Osteoporosis

Las mujeres menopáusicas con osteopenia, osteoporosis o con alto riesgo de desarrollarla deben ser tratadas con medidas farmacológicas que incluyen el uso de bifosfonatos moduladores selectivos de los receptores de estrógenos o calcitonina.

Los bifosfonatos actúan sobre los osteoclastos y sus precursores, produciendo un incremento de la muerte celular y un descenso en la resorción ósea. Pueden ser el

alendronato (Fosamax), el risedronato (actonel, atelvia) una píldora semanal o mensual, ibandronato y el ácido zoledrónico (Reclast) una infusión intravenosa anual.

El raloxifeno es un modulador selectivo de los receptores estrogénicos e inhibe la resorción ósea aumentando la densidad mineral ósea, sus efectos adversos son riesgo de tromboembolia venosa, edemas periféricos y calambres en las piernas.

La calcitonina es un péptido que se une a los receptores de los osteoclastos disminuyendo su actividad de resorción ósea. Hay presentaciones de calcitonina intranasal de salmón. Un efecto adicional de la calcitonina es su poder analgésico, tal vez por incremento en las endorfinas.

La hormona paratiroidea (PTH) recombinante humana (teriparatida) es un El romosozumab se administra en inyección mensual por 12 veces, se nota un incremento en la masa ósea, cuando su efecto empieza a declinar se puede continuar con bifosfonatos.

Acupuntura

La acupuntura no tiene estudios suficientes que confirmen su utilidad de control de sofocos.

ANEXO 3. Técnicas de Respiración.

La respiración consciente es una herramienta fundamental en la terapia Gestalt, utilizada para aumentar la consciencia corporal al centrar la atención en las sensaciones y luego llevar dicha atención al plano de las emociones. Esta técnica implica prestar atención plena a la respiración, conectando cuerpo y mente y facilitando el proceso terapéutico al traer al presente las sensaciones y emociones reprimidas.

La técnica de respiración manejada a voluntad estimula la activación del sistema nervioso simpático a través de los reflejos carotídeos y aórticos, los cuales estimulan el núcleo del haz solitario, que comunica con el centro del nervio vago, y a partir de aquí se produce el efecto sistémico, como reducir la presión arterial, disminuir los latidos cardiacos.

La respiración parece tener una influencia notable en la disminución de los niveles de estrés. La respiración prolongada se ha visto efectiva para reducir el arousal y la conductancia de la piel durante los períodos respiratorios caracterizados por inspiración rápida y espiración lenta. De igual forma, se han encontrado diferencias en la conductancia de la piel según patrones de respiración distintos. Los efectos de la respiración han resultado comparables a los de la relajación muscular progresiva.

Las técnicas respiratorias han obtenido también éxito cuando el objetivo ha sido disminuir síntomas de ansiedad en pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad. Se ha reportado que las técnicas de relajación como entrenamiento autógeno y relajación por respiración pueden ser tan eficaces como la medicación ansiolítica en el tratamiento de este trastorno. (Ugarte & Col., 2015)

La respiración consciente consiste en enfocar la atención en la respiración de manera deliberada y sin juzgar, observando el flujo del aire al entrar y salir del cuerpo.

Solo estar presente de lo que va forma figura de esta atención en el organismo. Conectamos con nuestro cuerpo, con la relajación y tomar nota de qué manera el cuerpo experimenta algún dolor, alguna contractura que no ha sido traída a la conciencia presente. Por ejemplo, una respiración superficial y rápida puede estar asociada a ansiedad, mientras que una respiración lenta y profunda puede inducir una sensación de calma. Se realiza una respiración profunda que implica respirar lenta y profundamente enfocándose en llenar los pulmones completamente y luego exhalar lentamente.

Se distinguen tres tipos de respiración denominadas, diafragmática, costal y abdominal (Castellanos Beltran, 2011).

La respiración que se efectúa normalmente es la definida como torácica, focalizándose en la zona media y superior de los pulmones, no llegando a usar en la gran mayoría de los casos la zona inferior de los mismos, la cual es la de mayor extensión. Debido a ello se necesita un mayor número de ciclos respiratorios para proveer al organismo del O₂ que necesita, aumentando el ritmo cardíaco y conllevando no realizar una respiración económica ni óptima (mayor cantidad de aire y menos esfuerzo).

Aprender el uso del diafragma aumentará el volumen de O₂ que llega a los pulmones debido al descenso de este hacia la zona abdominal, facilitando que el aire descienda hasta la parte baja de los pulmones y ocupando de forma racional todo el espacio de almacenaje de los mismos de manera progresiva, primero se llena la parte más baja de los pulmones (fase abdominal), luego la parte intermedia (fase torácica) y por último la más alta (fase clavicular) realizando una respiración total.

De manera inversa, el uso del diafragma durante la respiración permite eliminar una mayor cantidad de CO₂ gracias al empuje que realiza el diafragma del mismo

hacia arriba durante la fase espiratoria.

En técnicas de concentración y relajación la dinámica respiratoria supone la primera técnica a aprender. Siguiendo a McArdle y cia, (2004) y Pellizari y Tovaglieri (2007), una correcta respiración, normal y automática se controla como reflejo no condicionado por el centro respiratorio situado en el encéfalo. Interviniendo el ser humano de manera voluntaria consciente en determinados momentos, siendo esta voluntariedad y conciencia la que va a llevar a la consecución de una respiración correcta, sana y consciente que producirá la distensión muscular y psíquica. Antes comenzar a trabajar una respiración correcta cada individuo se debe concienciar de su propio mecanismo y proceso de respiración. Como técnicas de respiración consciente, además de la respiración diafragmática, están la respiración cuadrada y la respiración alterna.

La respiración cuadrada consiste en inhalar durante cuatro segundos, mantener la respiración durante otros cuatro segundos, exhalar durante otros cuatro segundos y mantener los pulmones vacíos durante otros cuatro segundos. Este ciclo se repite varias veces y ayuda a equilibrar el sistema nervioso y la presencia del ahora.

En la respiración alterna se inhala por una fosa nasal mientras se mantiene la otra cerrada, y luego se exhala por la fosa nasal opuesta. Esto podría favorecer el equilibrio en ambos hemisferios cerebrales y calmar la mente.

La respiración consciente tiene como beneficios, para quien la práctica, una mayor capacidad para manejar el estrés, una mejor regulación emocional y una mayor conciencia de sí mismos y al usarlos diariamente podría tener mejor regulación orgánica, mejor contacto con el ambiente y estar presente en su manera de vivir.

Propuesta didáctica para respiración diafragmática.

Se proponen algunos ejercicios para el desarrollo de la respiración como punto

clave de la relajación. Se busca que los participantes tengan una posición física cómoda. Se optará por dos opciones básicas. La primera una posición decúbito supino utilizando colchonetas, focalizándose dos aspectos posturales claves: colocar una pequeña almohada en la cabeza y apoyar los pies en el suelo elevando las rodillas, respetando la alineación correcta a nivel vertebral y evitando posturas incorrectas. La segunda postura una posición sentada en una silla con respaldo, determinados momentos, siendo esta voluntariedad y conciencia la que va a llevar a la consecución de una respiración correcta, sana y consciente que producirá la distensión muscular y psíquica. Antes comenzar a trabajar una respiración correcta cada individuo se debe concienciar de su propio mecanismo y proceso de respiración. Como técnicas de respiración consciente, además de la respiración diafragmática, están la respiración cuadrada y la respiración alterna.

La respiración cuadrada consiste en inhalar durante cuatro segundos, mantener la respiración durante otros cuatro segundos, exhalar durante otros cuatro segundos y mantener los pulmones vacíos durante otros cuatro segundos. Este ciclo se repite varias veces y ayuda a equilibrar el sistema nervioso y la presencia del ahora.

En la respiración alterna se inhala por una fosa nasal mientras se mantiene la otra cerrada, y luego se exhala por la fosa nasal opuesta. Esto podría favorecer el equilibrio en ambos hemisferios cerebrales y calmar la mente.

La respiración consciente tiene como beneficios, para quien la práctica, una mayor capacidad para manejar el estrés, una mejor regulación emocional y una mayor conciencia de sí mismos y al usarlos diariamente podría tener mejor regulación orgánica, mejor contacto con el ambiente y estar presente en su manera de vivir.

Propuesta didáctica para respiración diafragmática.

Se proponen algunos ejercicios para el desarrollo de la respiración como punto clave de la relajación. Se busca que los participantes tengan una posición física

cómoda. Se optará por dos opciones básicas. La primera una posición decúbito supino utilizando colchonetas, focalizándose dos aspectos posturales claves: colocar una pequeña almohada en la cabeza y apoyar los pies en el suelo elevando las rodillas, respetando la alineación correcta a nivel vertebral y evitando posturas incorrectas. La segunda postura una posición sentada en una silla con respaldo o banco con la espalda apoyada en la pared o manteniendo una postura erguida, los pies apoyados de manera firme en el suelo, formando un ángulo de 90° a nivel de la articulación de la rodilla y de la articulación pélvica, dejando caer los brazos suavemente a los lados o apoyando las manos en las piernas. La indumentaria: debe ser cómoda, no quedando ajustada al cuerpo, siendo cálida, pero sin elevar en demasía la temperatura corporal. También es conveniente retirar del cuerpo todos los adornos como relojes, pulseras, anillos e incluso pendientes dejándolo libre de todo artilugio externo al mismo. Acondicionamiento del lugar: el espacio y ambiente donde se desarrollen los ejercicios debe estar limpio y aireado (se pueden incluir esencias, inciensos, aromas de flores... que puedan ayudar a crear un mejor ambiente), libre de ruidos (voces, tráfico...) que puedan entorpecer la concentración en nuestra propia respiración (se puede incluir música que ayude a mantener y respetar un ambiente de concentración y relajación), la iluminación debe ser indirecta y tenue sin molestar por su intensidad ni ser demasiado oscura, la temperatura debe ser agradable manteniendo la termorregulación corporal normal. Desarrollo de la sesión. Material: colchonetas, reproductor de música relajante, cojines.

Ejercicio 1: Evaluación de la respiración

Tumbados en decúbito supino se coloca una mano sobre la caja torácica y la otra sobre el abdomen, respirando normalmente. Comprobar cómo la respiración queda contenida a nivel torácico no expandiéndose el diafragma hacia el abdomen, necesitándose la entrada de más aire, aumentando para ello el número de

inspiraciones para obtener un VO₂ dado. Una alternativa para comprobar esto es situar un objeto en la caja torácica y otro en el abdomen (papel, pelota...) y comprobar de manera visual lo comentado anteriormente. Inspiración espiración

Ejercicio 2: Comprobación de la respiración diafragmática.

Tumbados decúbitos supinos se extienden los brazos a lo largo del cuerpo realizando respiraciones lentas y profundas, inspirando por la nariz y espirando por la boca, buscando que el aire llegue al estómago mediante la distensión del diafragma. Esto se comprueba al ver como el vientre se hincha con cada respiración (a modo de globo) y se deshinchaba con cada espiración.

Ejercicio 3: Mejora de la mecánica respiratoria, elasticidad de la caja torácica.

Sentados en un taburete dejar caer las manos a los lados del cuerpo. Durante una larga y lenta inspiración se giran los brazos y hombros hacia delante. A esta acción le sigue una apnea inspiratoria de 3-5 segundos. Durante la espiración se giran los brazos y hombros hacia la posición de inicio. A esta acción le sigue una apnea espiratoria de 3-5 segundos. Repetir el ciclo completo 5 veces.

Ejercicio 4: Mejora de la dinámica respiratoria.

Partiendo de la misma posición del ejercicio anterior, se colocan las manos contrapuestas con los dedos apoyados en la unión de las clavículas. Realizar una larga y lenta inspiración, llevando los codos hacia arriba, separando los dedos del punto de contacto clavicular. Esto es seguido de una apnea inspiratoria de 3-5 segundos. Espirar bajando los codos hasta que la parte interna de los brazos toque las costillas. Se mantiene una ligera compresión en apnea espiratoria de 3-5 segundos. Repetir 4 veces el ciclo completo

Ejercicio 5: Mejora de la dinámica respiratoria, elasticidad de la caja torácica.

Partiendo de la misma posición de los ejercicios anteriores. Durante una larga y lenta espiración se alargan los brazos hacia delante y hacia fuera entrelazando los

dedos de ambas manos e inclinando la cabeza entre los brazos. Se estiran ligeramente los brazos, manteniendo una apnea espiratoria de 3-5 segundos. Desde esta posición se llevan los brazos hacia atrás de la espalda a la altura del sacro, realizando una inspiración lenta, seguida de una apnea inspiratoria de 3- 5 segundos. Repetir 4 veces el ciclo completo.

Ejercicio 6: Mejora de la dinámica respiratoria, elasticidad de la caja torácica.

En posición supina con las piernas flexionadas, algo separadas, los pies en contacto con el suelo. Se colocan las manos en la apófisis xifoides, tocándose los dedos y las palmas apoyadas en las costillas. Realizar una espiración lenta y profunda, siguiendo con las manos el descenso de las costillas y el tórax, sin apretar al final. Realizar una apnea espiratoria de 3- 5 segundos. Bloquear las costillas con las manos en la posición máxima espiración e iniciar con dicha presión una larga inspiración, al final de la cual se retiran las manos de las costillas, lo que producirá una rápida entrada de aire por la boca y una veloz expansión de las costillas. Repetir 2-3 veces el ciclo respiratorio completo. Repetir 4-5 veces.

Ejercicio 7: Mejora de la dinámica respiratoria, elasticidad de la caja torácica.

Acostado de lado con las piernas cómodamente flexionadas y la cabeza apoyada sobre el brazo. Con la mano del otro brazo, tocar la parrilla costal correspondiente. De esta manera se realiza el ejercicio anterior de manera unilateral.

Ejercicio 8: Mejora de la dinámica respiratoria, entrenar la respiración diafragmática.

Decúbito supino con las piernas flexionadas y las manos agarradas a las rodillas. Efectuar una larga espiración acompañándola con la flexión de las piernas sobre el abdomen y aplastando la parte baja del tórax. Comenzar una lenta y profunda inspiración, llevando las rodillas hacia su posición inicial, moviendo el diafragma hacia abajo.

Ejercicio 9: Mejora de la dinámica respiratoria, entrenar la respiración diafragmática. Tumbados en decúbito supino con los pies apoyados en el suelo y las piernas flexionadas, se apoyan ambas manos sobre el vientre por encima del pubis. Al inspirar se eleva la cadera lo máximo posible y descendiendo durante la espiración. Tanto inspiración como espiración deben ser diafragmáticas, acompañando los movimientos del diafragma con el ascenso y descenso de la pelvis.

Ejercicio 10: Mejora de la dinámica respiratoria, entrenar la respiración diafragmática.

Sentados en el suelo con las piernas cruzadas y las manos apoyadas sobre las rodillas. Inspiramos profundamente por la nariz a la vez que desciende el diafragma y sentimos cómo se hincha el vientre. Sin interrumpir la inspiración, intentamos extender la caja torácica, elevando el busto. La espiración se realiza haciendo salir en primer lugar el aire del tórax, luego contraemos el abdomen y por último elevamos el diafragma.

Ejercicio 11: Mejora de la dinámica respiratoria, entrenar la respiración diafragmática.

En cuadrupedia, llevar a cabo una inspiración lenta y larga, con el consecuente descenso del diafragma. Breve apnea de 5-6 segundos. Seguir una pausada espiración a la vez que se arquea levemente la espalda hacia arriba y se inclina la cabeza hacia abajo para ponerla en contacto con el esternón.

Ejercicio 12: Respiración visualizada-relajación.

Consigna: Imaginar como el aire entra por la nariz simbolizado por un color (por ejemplo, azul), desciende por la tráquea hasta expandir los pulmones y empujando el diafragma hacia el estómago. Una vez expandidos los pulmones el aire empieza a cambiar de color (por ejemplo rojo) poco a poco y vuelve a ascender lentamente por tráquea hasta ser espirado. De esta respiración normal se solicita que realicen una

respiración diafragmática: “Inspiramos por la nariz profundamente de manera lenta y pausada llenando los pulmones y llevando ese aire hacia el estómago sin contraer ningún músculo..., cuando hemos llenado por completo nuestros pulmones empezamos a empujar el aire que hemos cogido desde el vientre despacio sintiendo como todo él sale de los pulmones se dirige por la tráquea hacia la boca y lo espiramos pausadamente..., una vez que ha salido todo el aire volvemos a inspirar...”

Una vez realizado varios ciclos de inspiración-espiración se dan las siguientes instrucciones: “ahora pensamos que el aire que está a nuestro alrededor es de color azul y vemos como ese aire entra por nuestra nariz lentamente, baja por la tráquea y va llenando poco a poco los pulmones y llega hasta nuestro vientre el cual se hincha como un globo..., cuando nuestros pulmones y nuestro vientre están repletos de ese aire azul poco a poco este se va transformando en rojo, vaciándose poco a poco el vientre, luego los pulmones y pasando el aire por la tráquea para salir por la boca... cuando no queda ni una sola gota de aire rojo volvemos a inspirar introduciendo de nuevo aire azul...” se puede introducir una alternativa indicando que se imagine en un bosque, en la playa... (depende de los sonidos que estemos usando) e imagine como ese aire y sus olores se van introduciendo por su nariz al ser inspirados. La actividad acabaría induciendo a sentarse despacio en la colchoneta sin abrir los ojos y seguir respirando lenta y tranquilamente durante unos segundos para ir abriendo poco a poco los ojos, desperezándose como si acabaran de despertar de una profunda y relajadora siesta.