

Imágenes positivas, las preferidas para la educación en salud durante la mediana edad

Georgina Sánchez Ramírez*

Resumen: En México hay una carencia de investigaciones e intervenciones sobre la salud integral de las mujeres mayores de 40 años, a pesar de que ya son alrededor de 11.7 millones en el país. El objetivo de este estudio fue evaluar qué tipo de mensajes para el cuidado de la salud prefieren las mujeres en la mediana edad y si en ello influye el estrato económico al que pertenecen. Se realizó una intervención, bajo la modalidad de taller, de un programa de información sobre climaterio con 138 mujeres de entre 40 y 60 años de edad, de tres estados del país (Veracruz, Chiapas y Estado de México), y de dos estratos económicos diferentes (Medio y Bajo). A partir de una evaluación con imágenes pictóricas en cartas (que representaban imágenes positivas o negativas sobre el climaterio) para abarcar, tanto a las mujeres alfabetas, como a las que no manejaban la lectoescritura, se pudo comprobar que las mujeres en esta etapa de la vida prefieren recibir información sobre cuidados de su salud de forma "positiva" o visualmente agradable, independientemente de su estrato económico. **Palabras clave:** Climaterio, género, salud de las mujeres, metodologías de género, edad mediana.

Abstract: In Mexico, there is a lack of research and interventions regarding holistic health of women over the age of 40, despite the fact that 11.7 million women in Mexico fall into this age group. The objective of this study was to evaluate what type of messages menopausal women prefer regarding healthcare, and the impact of economic strata. This intervention was carried out in an informative workshop regarding climacteric with 138 women from age 40 to 60 from three different states of Mexico (Veracruz, Chiapas, and the State of Mexico) and two different economic strata (medium and low). Through an evaluation using cards with pictorial images representing positive and negative images regarding menopause, it was shown that women in this stage prefer to receive information regarding healthcare in a positive manner in both economic strata. **Key words:** menopause, gender, women's health, gender's methodologies, middle edge

Introducción

En diversos países de Latinoamérica hay una carencia de investigaciones e intervenciones educativas sobre la salud integral de las mujeres entre los 40 y los 64 años de edad, a pesar de que la población femenina que se aproxima a esta etapa se incrementa de manera acelerada en la época actual (en México por ejemplo hace 50 años eran 3.2 millones, en la actualidad son aproximadamente

*Profesora Investigadora del Departamento de Sociedad, Cultura y Salud del Colegio de la Frontera Sur, Unidad San Cristóbal. Es Maestra en Población por la FLACSO y Phd. En Sexualidad por la Universidad de Salamanca, España. Correo electrónico: gsanchez@ecosur.mx. Dirección Carretera Panamericana y Periférico Sur s/n. Barrio de María Auxiliadora C.P. 29290. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. México. Tel 01 967 4 90 00 ext. 1507.

11.7 millones de mujeres) como efecto del incremento general en la esperanza de vida (Conapo, 2000).

El por qué ocurre la menopausia se explica biológicamente como el resultado de la desaparición de óvulos en el organismo femenino. Como es sabido, las mujeres nacen con un número finito de oocitos (óvulos inmaduros), mismos que van disminuyendo a lo largo de la vida reproductiva, hasta desaparecer, declinando a su vez la producción de hormonas sexuales —estrógeno y progesterona— (Leidy, 2003: 91-112 y Cravioto, 1994: 541-561). Por tanto el ciclo menstrual no se repite, y se llega al final de la etapa de la reproducción biológica; esto suele ocurrir alrededor de los 49 años de edad.

Lo anterior está acompañado por una serie de procesos fisiológicos antes y después de la menopausia en el organismo de las mujeres —climaterio—, coincidiendo además con diversos cambios psicosociales, positivos: tales como la sabiduría propia de la edad, el reconocimiento social como persona y no sólo como madres, el plan de vida propio y no enajenado al servicio de los demás, o negativos: como la dependencia económica, el deterioro progresivo de un cuerpo descuidado por exceso de trabajo, malnutrición, o medicación inadecuada, dependiendo del contexto en el que vivan. Dichos cambios y procesos suelen ocurrir en la madurez temprana (entre los 40 y los 55 años de edad) y posteriormente se enlazan con acontecimientos correspondientes a la madurez tardía (entre los 55 y los 65 años de edad), en donde puede ser que ocurran sucesos como: que los hijos se vayan del hogar o vuelvan repentinamente, separaciones de la pareja, pérdida de seres queridos, problemas de estatus económico, aparición de los primeros síntomas de enfermedades graves como consecuencia de no haber tomado medidas preventivas de salud, estigmatización social por ya no ser jóvenes, entre otros. Confundiéndose incluso la madurez con la vejez, la cual en términos psicoevolutivos se considera a partir de los 66 años de edad (Sánchez, 2005).

Dentro de la salud pública se han hecho algunas aportaciones sobre el tema a nivel nacional desde el enfoque biomédico. Desde otros espacios de investigación se han realizado estudios en mujeres del centro y del norte de México, algunos de los cuales apuntan hacia una visión más integral del climaterio y la menopausia, lo cual es importante en el abordaje de la salud diferencial de varones y mujeres (Ibídem, 2006).

Datos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2009: 81-95) indican que de los 1,300 millones de personas que viven por debajo del umbral de la pobreza, el 70% son mujeres de edades avanzadas. Esto genera un círculo vicioso, ya que en la medida en que las mujeres no gozan de equidad y de poder frente a los varones, menos desarrollo hay en las regiones, a la vez que las regiones menos desarrolladas son las que presentan mayores rezagos en materia de oportunidades para las mujeres.

Lo anterior es preocupante en virtud de la feminización del envejecimiento a nivel mundial, en donde México no es la excepción ya que la esperanza de vida se ha incrementado y con ella la población de mujeres que, década a década se encuentran en el grupo de edad considerado objeto

de la salud posreproductiva, porque además y de acuerdo a la tendencia mundial, son ellas quienes están ganando más años de vida con respecto a los varones, en este sentido, las mexicanas han pasado de tener una esperanza de vida de 41.4 en el año 1940 (Corona, 1988: 4) a 77.8 para el año 2010 (INEGI, 2010a: 11).

Además, hay un elemento importante a destacar dentro de este grupo poblacional femenino de mediana edad, y es el nivel de escolaridad; si bien México ha logrado importantes avances para combatir el analfabetismo, aún siguen siendo las mujeres las que engrosan en mayor medida dicho indicador en comparación con la población masculina, como puede observarse en el siguiente cuadro:

Cuadro 1. Población analfabeta por sexo y grupos quinquenales de edad a nivel nacional, 2010.

Grupo de edad	Varones	Mujeres
15-29 años	273,201	285,622
30-49 años	558,226	857,214
50-59 años	336,087	610,044
60 y más	931,755	1,541,516

Fuente: Cálculos propios con base en INEGI (2010b). Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico.

Por tanto, al hablar de educación para la salud en este sector de la población, necesariamente cabe referirse a un tipo de instrucción que considere elementos más allá de la información que se puede transmitir a partir de la lectoescritura, o de mensajes cargados de contenidos biologicistas o técnicos de difícil comprensión.

Aunado a lo anterior, la brecha existente en la esperanza de vida entre varones y mujeres seguirá ensanchándose a favor de ellas, y es posible que la mayoría de países en desarrollo no cuenten con los elementos educativos socio-sanitarios suficientes para hacer frente a estos dos fenómenos demográficos: el incremento de la población mayor y la prevalencia de población femenina en edades avanzadas.

Evidenciar los elementos antes señalados ha sido posible gracias a la perspectiva de género y salud, misma que surge como una respuesta a la visión parcializada que había prevalecido en la medicina con respecto a la salud de las poblaciones.

Por género en este trabajo estamos entendiendo:

al bagaje teórico que permite analizar el mundo a partir de las posiciones inequitativas de poder que ocupan hombres y mujeres como resultado de su socialización, construcciones simbólicas, y recursos a disposición, derivados de lo que se atribuye a las personas a partir de su sexo biológico (Pérez y Sánchez, 2009: 193).

Influir en la salud de las mujeres de edad mediana a través de una reeducación de la autopercepción de sí mismas

Una de las mayores limitantes para trabajar educación para la salud de las mujeres en la edad mediana (entre los 40 y los 64 años de edad) es la invisibilización social de la que son objeto (Sánchez, 2006); ya no son jóvenes pero tampoco son ancianas, y debido a que persiste la valoración hacia las mujeres en cuanto a cuerpo como depositario simbólico de deseo, reproducción, violencia, enfermedad o estereotipo, el reconocimiento del territorio corporal autónomo y biográfico es una tarea casi imposible en las mujeres que se encuentran en el umbral del climaterio.

Marcela Lagarde (2000: 106-114) menciona que el cuerpo y la imagen de las mujeres están encasillados en por lo menos seis estereotipos que afectan su autoestima —y por ende su salud— debido a que provocan que ellas mismas se consideren “fallas estéticas” al no corresponder con los cánones establecidos por la sociedad contemporánea que tienden a diluir la riqueza de la diversidad; estos estereotipos son: el feísmo —la no aceptación de partes del cuerpo que no corresponden con las formas, tamaño, tersura o color “establecidos”—, la dictadura del cuerpo —la exigencia extrema de inducir socialmente a las mujeres a un excesivo tratamiento estético del cuerpo, por medio de dietas, ingesta de medicamentos, ejercicios físicos extremos, uso exagerado de pócimas y tratamientos “embellecedores”, acompañadas de maquillaje e indumentaria de “última moda”—, el racismo —valoración de las mujeres según su pertenencia o semejanza a razas con superioridad cultural, social o política, un ejemplo de ello es el cambio de color de cabello, de ojos o de piel, con la finalidad de asemejarse a las características físicas de otras razas—, el etnicismo —sobrealora lo folklórico, siempre y cuando se asemeje a lo que se considere étnico-estético, pero que a su vez, provoca que las personas se avergüencen de su indumentaria, su estilo corporal, su talla y fenotipo—. Por último están el androcentrismo —que caracteriza a mujeres “modernas” que dan una apariencia masculinizada para alcanzar el estereotipo del cuerpo público aceptado, desdibujando corporalmente a las mujeres— y el juvenilismo —permanente exigencia de juventud en las mujeres, que implica aparentar menos edad de la que se tiene, traducéndose en tallas de ropa pequeñas, desórdenes alimenticios como la anorexia y la bulimia, dietas sin control nutricional, gastos en tratamientos que simulen rejuvenecimiento como botox, estiramientos quirúrgicos, peeling, o cremas faciales y corporales extremadamente caras.

El juvenilismo implica para muchas mujeres el descenso de la valoración estética y social al llegar a ciertas edades, lo que provoca una “negación” de la edad o de los años que se cumplen. Lagarde (2000, op. cit.: 112-113) dice al respecto:

Sometidas a la dictadura del tiempo que avanza en sus cuerpos y en sus mentes inexorablemente, al cultivar la negación atentan contra su seguridad personal y quedan en condiciones riesgosas y vulnerables al no atender sus necesidades de envejecimiento y al usar los esfuerzos vitales en el ocultamiento estético, sin envejecer bien.

La imagen estereotipada sobre las mujeres eternamente jóvenes correspondería más a la realidad de siglos pasados, cuando las mujeres rara vez llegaban a la menopausia, debido a que su esperanza de vida no superaba los 45 años. Sin embargo, actualmente en la mayoría de los países, la población femenina tiene muchos años de vida posteriores a la menopausia. Por lo tanto, las mujeres tienen que lograr nuevos significados en su vida, como seres humanos “liberados” de las expectativas ajenas.

Puede considerarse que la preocupación por cubrir todos estos estereotipos se restringe a sociedades que cuentan con recursos económicos suficientes para invertir en el logro de la apariencia estética, pero los tópicos a través de los medios masivos de comunicación influyen cada vez más en todas las sociedades, devaluando seriamente la imagen femenina de la mujer en la edad mediana y trastocando, de manera generalizada, a los diferentes grupos culturales.

Dichos medios de comunicación hegemónicos utilizan referentes sobre la imagen y el bienestar de las mujeres que están cargados de clichés y estereotipos que influyen negativamente en la autopercepción de las mujeres, incitándose en muchos casos —al menos en mujeres con recursos económicos o capacidad de endeudamiento— a una preocupación frívola sobre la apariencia y no a una responsabilidad sobre la salud en la edad mediana (Marchamalo y Ortiz, 2006: 7-24). Calificar a las mujeres mayores como “viejas, malas, decrepitas” poco ayuda al logro de un buen envejecimiento femenino.

Así, en este mundo globalizador en el que se pretende cada vez más maquillar las desigualdades homogenizándolas con iconos, la cultura visual, de acuerdo con Preto (2012) se conforma de todas aquellas realidades visuales, sean del tipo que sean, que impactan a las personas comunes; se trata del mundo de las imágenes, sobre todo artificiales, que expresan y modelan nuestra forma de pensar, de vivir y de amar. Esta puede volverse una frontera entre lo que refuerza la autopercepción de lo negativo, o bien, un catalizador que sensibiliza desde las imágenes otras realidades posibles a partir de la creatividad inspirada por el arte. Coincidiendo con Gaily Humez (2011) y Marchamalo y Ortiz (op. cit.), si unimos la baja escolaridad de las mujeres de la edad mediana, con el tiempo que pueden pasar expuestas a la información vertida por los medios masivos de comunicación tenemos un panorama bastante desalentador con respecto a cómo pueden transitar de mejor manera el climaterio y toda la etapa de la mediana edad, ellas mismas y la sociedad que les rodea; puesto que en estos medios, por lo general, se presentan programas con chistes misóginos, telenovelas y programas donde las mujeres de mediana edad son las malas o las sirvientas; barras de entretenimiento en donde se perpetúa el apego a los roles hegemónicos de género, aderezados con comerciales en donde se usa reiteradamente la figura de la mujer en la mediana edad con el fin de vender pañales para incontinencia urinaria, productos “antiedad”, hormonas antibochnos, alimentos laxantes o estimulantes sexuales para agradar a los varones¹.

¹ Con base en el contenido de los textos citados sobre sesgos de género en los medios, se hizo una observación grupal con estudiantes del Seminario de Género de la Maestría en Ciencias en Recursos Naturales y Desarrollo Rural para dos canales de televisión abierta en México (2 y 13) durante 5 días del mes de septiembre de 2007, 2008, 2009, y 2010 resultando ésto, algunos de los clichés más observados en la barra de programación de mañana y tarde.

Por tanto, el objetivo de esta investigación fue evaluar, a partir de imágenes, la efectividad de una parte de un programa de información sobre salud y sexualidad en el climaterio (con una metodología de género) en mujeres de tres regiones mexicanas, con la finalidad de proponer nuevas estrategias de educación para la salud en la mediana edad femenina, que puedan mejorar la calidad de vida. Este estudio fue parte de una investigación mayor titulada: “Evaluación de un programa de información sobre el climaterio desde el enfoque de género y salud en mujeres del Estado de México, Veracruz y Chiapas”, financiada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología desde el 2004 al 2007.

La pregunta central era conocer cómo preferían recibir información sobre el cuidado de la salud las mujeres incluidas en el estudio, si de manera positiva o preventiva, o de forma alarmante o negativa, (como son manejados los mensajes en las cajetillas de cigarrillos por ejemplo) y si había una diferencia dependiendo del estrato Medio o Bajo al que pertenecieran las mujeres con quienes se trabajó.

Metodología

Población de estudio

En el estudio participaron 138 mujeres (36 del Estado de México, 12 de Veracruz, y 90 de Chiapas), de las cuales 57 fueron de estrato Bajo; que en términos operativos se definieron como: sin seguridad social para la atención sanitaria, bajos recursos económicos, nula o baja escolaridad y débiles redes de apoyo —tales como amigas, familiares o algún grupos comunitarios— para la toma de sus decisiones. Y 81 de estrato definido como Medio: aseguradas a algún tipo de servicios de salud, ingresos económicos suficientes y propios, 12 y más años de escolaridad y algunas redes de apoyo para tomar decisiones por sí mismas tales como pertenecer a alguna red de género, tener amigas y familiares que les alentaran y apoyaran en sus decisiones.

Las mujeres convocadas a los talleres respondieron antes a un simple cuestionario sobre datos sociodemográficos para que se definiera a qué estrato correspondían y se trabajó con ellas sin mezclar los estratos a los que pertenecían. Todas ellas se encontraban entre los 40 y 60 años de edad, siendo 47 la edad promedio.

No fue una muestra probabilística, sino que se incluyeron mujeres que voluntariamente quisieron colaborar en el estudio, integrantes de la Red de Mujeres, Asociación Civil y las que se enteraron por medio de carteles pegados cerca de los centros de salud, tiendas de abarrotes y otros espacios públicos de los lugares en donde se efectuaron los talleres.

Se realizó una prueba piloto con 12 mujeres de estrato Bajo y 14 de estrato definido como Medio.

Esta prueba piloto se realizó en las instalaciones de un organismo no gubernamental en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, para observar cómo funcionaba el material que se había confeccionado (contenido de la intervención bajo la modalidad de taller y la evaluación) para saber si realmente respondía a lo que se pretendía encontrar. Uno de los primeros hallazgos fue que en mujeres con dificultades severas de lectoescritura no era posible correr una batería de muchas preguntas para evaluar la intervención, por lo que el cuestionario se dejó en una versión muy breve y simple, acompañado de iconografías que mostraran el contenido de las frases del cuestionario, con la intención de captar las impresiones de todas las participantes. Con esto y algunas anotaciones que hicieron las participantes se elaboró el material definitivo dirigido a mujeres de ambos estratos.

Método

A las mujeres participantes en el programa de intervención se les impartieron talleres sobre la salud, la sexualidad y la calidad de vida durante el climaterio², separadas en grupos según el estrato social al que pertenecían: Estrato Medio (EM) y Estrato Bajo (EB) como ya se mencionó, en las diferentes entidades en las que se intervino a lo largo de dos años de trabajo de campo. El contenido de cada uno de los talleres era el siguiente:

1. Mujeres en la edad mediana
 - a. La edad adulta. Características biopsicológicas.
 - b. El contexto en que vivimos: aspectos sociales.
 - c. Los roles femeninos. Situación en distintas etapas.
 - d. Algunos retos de esta etapa.
2. Cuidar nuestro cuerpo. Qué sucede si nos cuidamos y qué si no nos cuidamos
 - a. El cuerpo y la identidad personal. Autocuidado y calidad de vida.
 - b. El climaterio, cuidados específicos.
 - c. Prevención de enfermedades ginecológicas, sexuales, padecimientos del corazón, cerebrovasculares, obesidad, osteoporosis, diabetes, tensión arterial, higiene bucal, etcétera.
 - d. Alimentación-actividades físicas-relajación.
3. Con una misma, con los demás y hacia delante
 - a. Concepto de salud.
 - b. Recursos para el bienestar de las mujeres.
 - c. Autoestima y asertividad.
 - d. Las relaciones en esta etapa (familia, amistades).
 - e. Relaciones de pareja (sexualidad, desvinculación, nuevos vínculos).

² El contenido del programa diseñado para trabajar con las mujeres se puede obtener en la web dentro de la siguiente dirección: <http://www.menopausiabien.org/>

- f. Las emociones (el manejo del estrés, el enfado y la depresión).
- g. Vivir desde sí (proyecto de vida gratificante).

Esta propuesta pretendía reforzar la capacidad de afirmación y asertividad de las mujeres, potenciando el trabajo colectivo, a través de la creatividad y la permanente acción-reflexión-investigación desde la pedagogía feminista (Rodríguez, 2000; Breen, 1999: 25-32, y Sayavedra y Reyes, 1999) dotando de información sobre esta etapa en la que atraviesan las mujeres que se encuentran entre los 40 y los 55 años de edad. De esta manera se cumple con el principio ético de devolver a los participantes algo a cambio de la información que proporcionan (Dominelli y Macleod, 1999) bajo la modalidad de taller.

Lo anterior se relaciona con la participación en el sentido de “tomar parte del proceso”, sabiendo de antemano que la intervención generará cambios en el entorno en el que se está trabajando, pero que debe, en todo momento, dotar de elementos a las personas que participan en el grupo para que incrementen su capacidad de afirmación, en un proceso dinámico de retroalimentación en su propio beneficio que, a su vez, sea útil para los fines de la investigación.

Las técnicas o métodos educativos que se emplearon fueron el de Grupo de Investigación de aula, útil para abordar objetivos y contenidos del área afectiva de la persona, aunque también de conocimientos, creencias y habilidades; el de Técnicas de Análisis, que sirve para trabajar las habilidades cognitivas —análisis, síntesis, valoración de situaciones, etcétera— a través de técnicas de relajación y reflexión para realizar debates o resúmenes, y otros métodos de aula y fuera del aula, opciones muy abiertas, sugeridas sobre todo para trabajos en zonas rurales o semiurbanas —distintos tipos de trabajos en grupos, ejercicios de juegos, modelos de pasta, rompecabezas, entre otros— (SEGO/AEEM/Centro Cochrane Iberoamericano/SEMFYC, 2004; García, 1996: 245-250; Pérez y Echaury, 1996; Lozano, 1992).

La estructura final de cada una de las sesiones se ajustó al número de horas al día que durara cada sesión, al tamaño del grupo, y a la capacidad de trabajo del colectivo, por tanto, la carta descriptiva era una guía que se adaptaba de acuerdo a las necesidades de cada colectivo con el que se trabajó, bajo la secuenciación de actividades para facilitar el aprendizaje, siguiendo los pasos propuestos por Pérez y Echaury (op. cit.: 21)

Que el propio grupo aumente la conciencia de su realidad (cómo soy-cómo estoy-cómo me siento), que el grupo deconstruya su realidad (lo que pienso y siento ¿es normal o inmutable?), que el grupo valore y decida si desea actuar o no sobre su realidad de acuerdo a su propia experiencia.

Recolección de datos

Se elaboró un registro que recogiera la manera en la que las mujeres de ambos estratos preferían recibir información para procurar una buena salud en la etapa de la menopausia y el climaterio, la

cual estaba escrita en positivo (con una acción proactiva) y en negativo (con acciones alarmantes o sancionadoras como las que se ilustran en las cajetillas de cigarros). Como en la muestra había mujeres con dificultades de lectoescritura incorporamos a cada texto dibujos que aludieran a lo que estaba escrito y de este modo las mujeres que no sabían leer pudieron contestar a las preguntas; además sugerimos visualmente otras opciones para vivir la edad mediana. El resultado fueron 14 cartas (de 13 por 17 cm) con dibujos a color y textos que contenían las preguntas escritas.

Se utilizaron dibujos cuya expresión en formas y tonos pertenecen a la cultura gráfica de las regiones incluidas en el estudio, de forma que las mujeres se identificaran con el colorido y las formas a las que están habituadas, propios de las urdimbres de México y en particular de las zonas en las que se trabajó.

La evaluación se realizó al final de cada taller, para conocer tanto las preferencias en torno a cada una de las frases y las imágenes de las cartas, así como para determinar si existían diferencias en la dirección de la respuesta entre los dos estratos de población. Se tenían siete preguntas, cada una con dos alternativas que indicaban dos direcciones de respuestas que se identificaron como positiva o como negativa.

La manera en la que se procedió fue dar a cada mujer por separado las cartas de dos en dos según correspondieran a cada una de las siete preguntas, y las participantes eligieron la que consideraron más pertinente de acuerdo a cómo preferían recibir la información sobre el cuidado de su salud en la etapa de climaterio. Esto se anotaba en un instrumento escrito que contenía las preguntas y sus correspondientes opciones de respuesta, por parte de la persona responsable de la evaluación.

Para analizar estadísticamente la información se realizó la comparación de las respuestas de cada pregunta en cada uno de los estratos, obteniéndose el número de respuestas positivas (global) para cada estrato y los porcentajes asociados, y se hizo una tabla de dos por dos con las frecuencias observadas. Posteriormente se compararon entre los estratos mediante el estadístico chi-cuadrado; una vez que se había elaborado una base de datos en Excel, se exportó a SPSS (Statistical Package for Social Science).

Las cartas siempre se presentaron en el mismo orden para poder medir con mayor exactitud la preferencia de los mensajes que en ellas estaban contenidos. Las preguntas y respuestas (escritas en cada carta correspondiente a cada ilustración) fueron las siguientes

1-¿Qué me impresiona más?



(a)



(b)

2- ¿Qué me impresiona más?



(c)



(d)

3-¿Qué me impresiona más?



(e)



(f)

4- ¿Qué me impresiona más?



(g)



(h)

5- ¿Qué me impresiona más?



(i)



(j)

6- ¿Qué me impresiona más?



(k)



(l)

7- ¿Qué me impresiona más?



(m)



(n)

Resultados

Los resultados permiten ver que la mayor preferencia de las mujeres participantes de ambos estratos se inclinan hacia los mensajes e imágenes en positivo, como se puede observar en la el siguiente cuadro.

Cuadro 2. Preferencia de imágenes y mensajes positivos o negativos en el test según estrato social de las mujeres

Pregunta	Estrato Bajo N= 69		Estrato Medio N= 69		Valor-p/1
	Positivo (%)	Negativo (%)	Positivo (%)	Negativo (%)	
1	81	19	81	19	0.908
2	91	9	98	2	0.097*
3	96	4	99	1	0.367
4	93	7	99	1	0.073*
5	86	14	93	7	0.204
6	74	26	94	6	0.001***
7	84	16	96	4	0.013**
Total Global/2	86	14	94	6	0.000***

/1 Significancia en la prueba de independencia entre estratos Chi-cuadrado:

* Diferencias al 10% de significancia

** Diferencias al 5% de significancia

*** Diferencias al 1% de significancia

/2 Corresponde al porcentaje basado en el total de respuestas positivas o negativas en cada estrato.

La diferencia apenas es significativa entre ambos estratos, siendo solo un poco mayor la proporción de mujeres de EM que escogieron los mensajes en positivo, incluso algunas participantes manifestaron que ver imágenes de mujeres obesas o deterioradas les hacía rechazar el mensaje inmediatamente.

Sin embargo, en la pregunta 6 “Si no ahorro para mi vejez y espero a que alguien se ocupe de mí, siempre estaré sirviendo a los demás y no seré independiente” se pudo apreciar el porcentaje negativo más elevado dentro del EB.

Otra pregunta que resultó con una diferencia significativa entre estratos fue la pregunta 7 (0.013) en donde las mujeres de EB se inclinaron un poco más por el mensaje en negativo (“Si no hablo de mis experiencias sobre la menopausia con mis hermanas e hijas, ellas pueden enfermar por falta de información”).

Por último, las preguntas 2 y 4 cuyos mensajes en negativo (“Si sigo una vida sin hacer al menos un poco de ejercicio aumentaré de peso cada año y puedo desarrollar diabetes y enfermedades del corazón” y, “Si nunca voy a los servicios médicos puede que no me dé cuenta a tiempo del desarrollo de un cáncer”, respectivamente) fueron elegidas con mayor frecuencia (aunque escasa) por mujeres de EB con respecto a la casi nula elección de las mujeres de EM (p con una diferencia al 10%); sin embargo, ya que estadísticamente no se consideran significativas, no se puede hablar de una diferencia sustantiva.

Discusión

La investigación cumplió con el objetivo de explorar, a través de una evaluación puntual, las preferencias del tipo de mensajes que las mujeres en la edad mediana prefieren recibir para una mejor educación para la salud en esta etapa.

A diferencia de lo que generalmente manejan las campañas de sanidad para procurar una buena salud —información por diferentes medios que conlleva a imaginar aterradoras consecuencias por realizar prácticas de riesgo—, las mujeres de este estudio prefirieron una perspectiva más alentadora sobre la procuración de su calidad de vida, a través de mensajes e imágenes positivas que les inspiren una actitud afable sobre la edad mediana, independientemente del estrato social de pertenencia.

En palabras de Valls-Llobet

Una mente sana es capaz de pensar y desear en positivo: conoce las dificultades de realizar los propios deseos en un mundo complejo y con las condiciones de vida y trabajo que la rodean, pero sabe mantener una buena armonía y equilibrio entre deseos, realidades y expectativas (2008: 27).

Esto es una fuerte afrenta a las imágenes y estereotipos de género que se manejan para las mujeres en etapas de climaterio, cuando comúnmente se les infantiliza —al usar información que alarme sobre las consecuencias de los cambios en esa etapa del ciclo vital— desdeñando su capacidad de autonomía para el cuidado y las decisiones sobre su cuerpo, sus emociones y su salud integral.

Si de acuerdo a la filosofía del poeta Schiller (1990), el desarrollo de la racionalidad en las personas sensibles debe ser a través del crecimiento de su sentido estético, las informantes de este estudio ponen de manifiesto esa necesidad de un entorno positivo, alentador y agradable en este espacio del ciclo vital, al rechazar los enunciados e imágenes fatalistas en donde no quieren reflejarse.

De acuerdo con María Castejón (2012: 1-6), la cultura visual contemporánea refuerza o desconstruye identidades de género, en ello mucho depende el uso de la estética que se haga, para bien reforzar estereotipos basados en representaciones del sexo masculino o femenino que perpetúen o acentúen las desigualdades de género o bien, representar modelos que desafíen imágenes hegemónicas del ser varón o ser mujer en la actualidad, y que trastorquen la naturalización de dichas desigualdades genéricas. Lo mismo vale para el tema de la edad y su significación social. Dichos modelos desafiantes implican, por tanto, una reeducación en torno a la edad y la dignidad de las personas, imprescindible de considerar en un mundo cuya pirámide de población envejece segundo a segundo (Conapo, 2011: 11).

Así mismo, es necesario resolver la preocupación que manifiestan las mujeres del estudio sobre su situación socioeconómica, ya que ello está relacionado con las deficiencias de las pensiones en México, la devaluación social de los y las mayores, y la preocupación de ser útil para no quedar desprotegida o desamparada (síndromes como el de la abuela esclava mencionados por Guijarro, 2001; Sánchez, 2004, entre otros). Elementos de suma importancia en mujeres que se acercan al envejecimiento sin autosuficiencia económica ni seguridad social.

Otro elemento que llama la atención del estudio es la preferencia que mostraron las mujeres por hablar sobre la situación en la que se encuentran en esta etapa del ciclo vital, y que tiene concordancia con las ventajas sobre el hablar de sí misma, utilizadas en las terapias. No en vano desde la figura de la confesión en el medioevo cristiano, hasta en la psicoterapia de nuestros días, es una herramienta imprescindible para catalizar problemas personales.

Sin contradecir la relevancia que autores como Tannen (1984: 21-44) atribuyen a la comunicación oral para transmitir conocimientos, incluso en personas con altos niveles de educación, es necesario apuntalar que para la salud de las mujeres es esencial comunicarse entre sí: “La terapia grupal se ha demostrado muy eficaz en grupos de mujeres. De hecho, muchas de las mujeres que trabajan juntas lavando ropa o en el campo ya realizan terapias de grupo sin una conducción experta” (Valls-Llobet, op. cit.: 41).

El cambio de dirección y contenido de los mensajes que se emitan en materia de cuidado de la salud de las mujeres en edad mediana que se encuentran en la menopausia o alguna etapa del climaterio pueden tener un mejor y más eficiente impacto si optan por la sensibilidad de una estética

que contribuya al desarrollo del pensamiento racional de la sociedad que rodea a dichas mujeres y a ellas mismas, en tanto seres aptos de autonomía y pensamiento, con capacidad de admirar y elegir formas positivas de cuidar su calidad de vida como adultas.

La educación para la salud en dicha etapa tiene que partir de preceptos relacionados con la propia autopercepción que tienen las mujeres de sí mismas. Las influencias poco educativas de los contenidos de los medios de comunicación sobre los cambios de la mediana edad femenina y la mirada alarmista sobre dicho peldaño del ciclo vital tienen que sufrir una sacudida revolucionaria que reeduce a las mujeres y a toda la sociedad en cuanto a la mirada sobre las mujeres grandes, población que va en aumento sin precedentes en nuestro país.

En cuanto a la metodología, un elemento a destacar es la utilidad del uso de material de evaluación como las cartas con diseños gráficos que facilitaron la comunicación de los mensajes a través de la semiótica, en contextos en donde hay serios problemas de comprensión de la lectoescritura, como fue el caso de los grupos de EB de este estudio.

Finalmente es importante reconocer que dentro de las limitaciones más grandes del estudio está la imposibilidad de hacer una intervención pasado algún tiempo, ya que la evaluación hecha, si bien era una fotografía instantánea que dota de elementos para la educación de la salud en el climaterio y la menopausia, no permite ver cómo estas mujeres se apropiaron de los contenidos de la intervención, a la vez que al optarse por hacer el análisis por estrato, se dejaron de lado otras posibilidades como habría sido por edad, lugar de origen, o por escolaridad, ya que ello habría diluido el tamaño muestral.

Agradecimientos: al PhD. Ricardo Alvarado por el manejo estadístico de la información y al técnico Juan Carlos Velasco Santos. A la Dra. Carmen López Sosa por sus comentarios al trabajo.

Referencias

- Breen, M., (1999) “Historias de mujeres en la madurez. Aprendiendo a escuchar, escuchando para aprender”, en (Gómez A.) La revolución de las canas, (pp. 25-32) Cuadernos Salud/4. Chile, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.
- Castejón, M., (2012) ¿Qué sabemos de los jóvenes como productores de Cultura Visual? Ponencia presentada en 1as. Jornadas Investigar con jóvenes, Pamplona Iruñea.
- Consejo Nacional de Población, (2000) Demandas de Salud específicas para mujeres. [En línea] Disponible en: <http://www.conapo.org.mx/prensa/boletin2000/agosto3.htm> [Accesado en marzo 2012]
- Consejo Nacional de Población, (2011) Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México, Serie de documentos Técnicos. México, Conapo.

- Corona, R. y Jiménez, R., (1988) El Comportamiento de la mortalidad en México por entidad federativa 1980 (Tablas abreviadas de mortalidad). México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Autónoma de México.
- Cravioto, M., (1994) “El climaterio”, en Antología de la Sexualidad Humana, Consejo Nacional de Población, vol. II, México, CONAPO y Grupo editorial Miguel Ángel Porrúa, pp. 541-561.
- Dominelli, L. y Macleod, E., (1999) Trabajo social feminista. Valencia, Ediciones Cátedra, Universitat de València e Instituto de la Mujer.
- Gail, D. y Humez, J., (2011) Gender, Race and Class in Media: A Critical Reader. Thousand Oaks, California, Sage.
- García, A., Nava, L. y Malacara, J., (1987) “La edad de la menopausia en la población urbana de la ciudad de León Guanajuato” en Revista Invest Clín 39, pp. 329-332.
- Guijarro, A., (2001) El síndrome de la abuela esclava. Pandemia del Siglo XXI. Granada, Grupo Editorial Universitario.
- Instituto Nacional de Geografía e Informática, (2010a) Mujeres y hombres en México 2010. México, INEGI, Instituto Nacional de las Mujeres.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, (2010b) “Censo General de Población y vivienda 2010” [En línea] Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27302&s=est> [Accesado el 30 de abril de 2013]
- Lagarde, M., (2000) Claves feministas para la autoestima de las mujeres, Cuadernos inacabados No. 39. Madrid, Horas y Horas.
- Leidy, L., (2003) “El envejecimiento reproductivo: La menopausia en Puebla, México, en Estudios de Antropología Biológica 11, pp. 91-112.
- Lozano, I., (1992) Sobre el cuerpo y nuestra identidad. Sexualidad, Maternidad voluntaria y Violencia. México, CIDHAL.
- Marchamalo, J. y Ortiz, M., (2006) El sexismo en Televisión. Claves para un uso responsable de los contenidos televisivos. Madrid, Instituto de Radio y Televisión Española y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer.
- Pérez, M. J. y Ecahuri, M., (1996) En la Madurez... Guía educativa para promover la salud de las mujeres. País Vasco, Gobierno de Navarra.
- Pérez, V. y Sánchez, G., (2009) “Evaluación de materiales didácticos para el cuidado de la salud y la sexualidad en el climaterio desde el enfoque de género”, en Nazar, Austreberta y Cruz, Jorge, Sociedad y desigualdad en Chiapas. Una mirada reciente, México, ECOSUR, pp. 192-214.
- Preito, P., (2012) Cultura Visual de Masas. [En línea] Disponible en: http://www.darfruto.com/6_cultura_visual.htm [Accesado el 9 de Julio de 2012]
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, (2009) Indicadores de Desarrollo Humano y Género en México 2000-2005. México, PNUD.

- Rodríguez, B., (2000) *Climaterio femenino. Del mito a una identidad posible*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Sánchez, G., (2004) “Empowerment, health and aging in Mexican women” en *Women’s Health Journal* 4, pp. 59-68.
- _____, (2005) “Madurez, climaterio y menopausia. Reflexiones desde la perspectiva de género y salud de las mujeres” en Ángeles Hugo et al., *Actores y Realidades en la Frontera Sur de México*. pp. 49-80. México, CONAPO/ECOSUR.
- _____, (2006) *Incidencia de la información en la salud y sexualidad desde el enfoque de género en la calidad de vida en el climaterio en tres regiones de México (Estado de México, Veracruz y Chiapas)*. Tesis de Doctorado, España, Facultad de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Salamanca.
- Sayavedra, G. y Reyes, E., (1999) *Ser Mujer ¿un riesgo para la salud? Del malestar y la enfermedad al poderío y la salud*. México, Red de Mujeres A. C.
- SEGO/AEEM/Centro Cochrane Iberoamericano/SEMFYC, (2004) *Menopausia y Postmenopausia, Guía de la práctica médica*. España, SEGO/AEEM/Centro Cochrane Iberoamericano/SEMFYC.
- Schiller, F., (1990) *Kallias. Cartas sobre la educación estética del hombre (edición bilingüe)* Barcelona, Anthropos.
- Tannen, D., (1984) “Spoken and written Narrative in English and Greek, en *Coherence in Spoken and written discourse*”. New Jersey, Ablex Publishing Corporation, pp. 21-44
- Valls-Llobet, C., (2008) *Mujeres invisibles*. Barcelona, Debolsillo.

Imágenes utilizadas

- g) Baldung, Hans, (1517), *Death and the Young Woman*-Basilea
- n) Copley, John, (1778) *Watson and the Shark (detail)*-Whashington
- a,b,c,d,e,f,h,i,j,k,l,m) Obersteiner, Irene “Kiki” (s/f) *El beso de la menopausia* (Colección personal)

Recibido: 14/05/13

Dictaminado: 23/07/13

Corrección: 02/09/13

Aceptado: 02/09/13