



---

## **Ginecología y menopausia: reflexiones sobre coproducción, normatividad y multiplicidad en el fin de la menstruación de las mujeres cisgénero<sup>i</sup>**

**Gynecology and menopause: reflections on co-production, normativity and multiplicity at the end of menstruation in cis women**

---

 **Ana Mines Cuenya**

Lic. en Sociología (UBA).

Dra. en Ciencias Sociales (UBA)

Becaria posdoctoral del CONICET.

anamines@gmail.com

Fecha de recepción: 13 de abril de 2021

Fecha de aceptación: 14 de mayo de 2021



---

## Resumen

El objetivo del presente artículo es reflexionar sobre las relaciones entre la ginecología y la menopausia en torno a dos dimensiones. La primera, consiste en las relaciones coproductivas entre la ginecología, campo médico-clínico dedicado a la llamada “salud de la mujer”, sus categorías y metodologías propias, y la menopausia, en tanto figura, estado, hito, etapa que tiene lugar en los cuerpos de las mujeres cisgénero que acuden a sus consultorios. La segunda dimensión trata de la manera normativa en la que se vinculan las respuestas terapéuticas que se ofrecen desde el campo ginecológico a las demandas de las pacientes. Para ello se analizan una serie de materiales heterogéneos que constan de entrevistas realizadas a ginecólogas y ginecólogos que se desempeñan en la Ciudad de Buenos Aires, una conferencia temática auspiciada por la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO), y algunos consensos médico-clínicos difundidos por FASGO y la Asociación Argentina para el Estudio del Climaterio (AAPEC), entre otras.

**Palabras claves:** ginecología, menopausia, coproducción, normatividad, multiplicidad.

## Abstract

The aim of this article is to reflect on the relationship between gynaecology and menopause in two dimensions. The first consists of the co-productive relations between gynaecology, a medical-clinical field dedicated to so-called "women's health", its own categories and methodologies, and the menopause, as a figure, a state, a milestone, a stage that takes place in the bodies of the cis women who come to its clinics. The second dimension deals with the normative way in which the therapeutic responses offered by the gynaecological field are linked to the demands of patients. In order to develop what is proposed here, a series of heterogeneous materials are analysed, consisting of interviews with gynaecologists working in the city of Buenos Aires, a thematic conference sponsored by the Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO), and some medical-clinical consensuses disseminated by FASGO and the Asociación Argentina para el Estudio del Climaterio (AAPEC), among others.

**Key words:** gynecology, menopause, coproduction, normativity, multiplicity.



## Palabras preliminares (que también podrían ser finales)

Recuerdo la época, a principios de los 2000, en que mi madre comenzó con las sudoraciones a las que ella y mis tías llamaban “tuforadas”. De repente, su rostro se empapaba y no era un poco de transpiración más, de aquella ya copiosa que abrillantaba los rostros de todo el mundo en los veranos tucumanos. Era más densa y repentina, como un volcán de agua. La sofocaba un momento, ella se secaba con paciencia y gracia, y todo parecía volver a acomodarse. La menopausia de mi madre llegó junto con el tratamiento quirúrgico que le dieron frente a un cáncer de ovario. Tenía alrededor de 50 años cuando le practicaron una histerectomía radical, es decir, una operación mediante la cual le sacaron el útero, las trompas ováricas, ovarios y parte del cuello de útero. El cáncer y la menopausia, además, coincidieron con su divorcio y con un tiempo de postergación de su vida sexual.

Una amiga lesbiana, que recientemente ha pasado los 50 años, a veces nos cuenta cómo está atravesando la menopausia. Sus calores no parecen ser tan notables. Cuando transpira un poco se peina para atrás con elegancia y sin mayor reparo. Reniega porque subió de peso medio rápido (aunque no sabe si eso se debe al sedentarismo que trajo la cuarentena, a que está comiendo más, a la menopausia o a todo). Le gusta no menstruar más, se siente ligeramente liberada. Además, cuenta que a veces explora con extrañamiento y con curiosidad algunos cambios, por ahora tímidos, en la lubricación de su vulva.

Durante 2020, una *Mestra* de Capoeira Angola, un arte ancestral afrobrasileño, organizó una serie de conversaciones sobre capoeira y menopausia<sup>ii</sup>. En esas conversaciones, ella y otras mujeres cis, también *mestras* de capoeira, dialogaron sobre distintos aspectos vinculados a la menopausia de cada una: hablaron sobre los calores, los cambios hormonales, sobre cómo el ciclo menstrual y la menopausia afectan a la energía corporal en el momento de entrenar, de los temores y de lo importante que es problematizar patrones únicos de rendimiento físico. También se habló de los saberes y modos de vivir no occidentales del cuerpo, de que la menstruación y también su fin, la menopausia, no siempre han sido vividos y tratados como un déficit, tal como propone la medicina occidental. Algunas comunidades, comentaban, los han ritualizado como momentos especiales, sensibles, de inspiración y reflexión.



---

## Introducción

Tal como ha señalado Lock (1998), algunas investigaciones antropológicas sobre la menopausia nos han enseñado que comprendemos mejor este proceso cuando lo abordamos como una construcción antes que como un hecho. Recuperando esa propuesta, el objetivo de este trabajo es reflexionar sobre los modos en los que se relacionan productivamente la ginecología, tal como se la practica y enseña de manera extendida en la Ciudad de Buenos Aires, y la menopausia, en tanto fenómeno que afecta a las mujeres cisheterosexuales.

La menstruación y la menopausia son procesos que pueden tener lugar en los cuerpos de mujeres y lesbianas cis, de hombres y masculinidades trans. El recorte que realizo en este trabajo se debe al intento de analizar las maneras en las que esta especialidad médica moldea los cuerpos de las mujeres cis en términos de naturaleza.

En el ámbito ginecológico, la menopausia se identifica con el “fin de la actividad folicular ovárica”, la disminución de los niveles de una hormona llamada estrógeno y, por lo tanto, con el cese de la llamada función reproductiva. En otras palabras, en los dominios de la ginecología, la menopausia se configura como un fenómeno cisheterosexual marcado principalmente por la noción de déficit.

En este trabajo no pretendo hacer un juicio de valor ni arriesgar una evaluación respecto de las maneras en las que la ginecología se relaciona con la menopausia de las mujeres cis. Por el contrario, mi objetivo es analizar ese vínculo en tanto relación productiva, o sea, como modo particular de producir, de dar forma a, de hacer a la menopausia. Me propongo reflexionar sobre cómo la ginecología moldea esa menopausia y, también, mostrar que la menopausia entendida bajo la figura del déficit no es “la” menopausia, sino una forma particular de construirla.

En tiempos de pandemia de Covid-19 no puedo no preguntarme, quizás con una sensibilidad especial, por los modos en los que la medicina, en este caso la ginecología, conceptualiza y trata los procesos corporales que se escapan a ciertos parámetros normativos que identifican lo saludable con lo joven, funcional y reproductivo ¿Cómo trata y da forma la ginecología a los procesos asociados al envejecimiento, a las modificaciones en ciertos parámetros del rendimiento físico, a la posible merma del deseo sexual, a la finalización de la actividad folicular y por lo tanto reproductiva, a la vivencia explícita de “síntomas” como los llamados “vasomotores” (sofocos y sudoraciones) identificados con la menopausia? Además de orientar mi análisis, esta pregunta se vincula con los supuestos de los que parte



este trabajo: 1) los procesos de salud y enfermedad son plurales, semióticos y materiales y se moldean de manera localizada en entramados específicos, conformados por agentes humanos y no-humanos (Law, 2007, 2015; Mol, 1999, 2015). 2) Los procesos de salud y enfermedad se moldean en relación con regulaciones normativas que atañen al sexo y al género (Butler, 2007, 2008) y también a aquello que se entiende como saludable (Costa, 2015; Rose, 2012).

En este artículo analizo un conjunto heterogéneo de materiales compuesto por: entrevistas realizadas durante 2014 y 2021 a ginecólogas y ginecólogos que se desempeñan en servicios públicos y privados de la Ciudad de Buenos Aires, documentos de consenso y de prácticas clínicas, disponibles en los sitios web de organizaciones profesionales en ginecología (específicamente, la Federación Argentina de Sociedades en Ginecología y Obstetricia -FASGO-, la Asociación Argentina para el Estudio del Climaterio -AAPEC-, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Climaterio y Menopausia -FLASCYM- y *The International Menopause Society* -IMS)<sup>iii</sup> y una conferencia médica organizada por FASGO en 2020 titulada “Controversias en Climaterio. ¿Nos pondremos de acuerdo?”<sup>iv</sup>. Haciendo propios algunos aspectos de la propuesta epistemológica y metodológica de los estudios sobre ciencia y tecnología (Ariza, 2016; Callon, 1986; Latour, 2001), asumo que, junto con mis definiciones, estos materiales, entre otros, dan forma activamente al problema que aquí se analiza.

A lo largo del trabajo, pretendo reflexionar entonces en torno a dos ejes. El primero, consiste en algunos aspectos de las relaciones coproductivas entre la ginecología, sus categorías y metodologías propias, y la menopausia, en tanto figura, estado, hito, etapa que tiene lugar en los cuerpos de las mujeres cis que acuden a sus consultorios. El segundo eje, trata de la manera normativa en la que se vinculan las respuestas terapéuticas que se ofrecen desde el campo ginecológico y las demandas de las pacientes.

## **Coproducción: la menopausia como objeto clínico de la ginecología**

Los últimos 30 años han sido tiempos de intensas transformaciones tanto para la ginecología como para las formas en las que esta entiende la menopausia (Melby, Lock, y Kaufert, 2005; Utz, 2011). A la hora de caracterizar su abordaje contemporáneo, Lock y Kaufert (2001) señalan que la ginecología identifica a la menopausia como un proceso patológico susceptible de ser tratado a partir del abordaje de un conjunto de síntomas que le son asociados. Me interesa recuperar



---

de esta propuesta el lugar destacado que se le da a la noción de síntomas ya que, como veremos, es a través de éstos que la medicina hace de la menopausia un proceso asequible para sí.

En este apartado, quisiera reflexionar sobre la relación entre la ginecología en tanto campo de conocimiento médico específico y las singularidades de la menopausia como objeto clínico que esta especialidad trata. Para ello, cito a continuación algunas definiciones de la Organización Mundial de la Salud, recuperadas por la *International Menopause Society*. Ambas organizaciones definen a la “menopausia (natural)” como:

el cese permanente de la menstruación resultante de la pérdida de la actividad folicular ovárica. (...). La menopausia se produce con el último período menstrual, que se conoce con certeza sólo en retrospectiva un año o más después del evento. No existe un marcador biológico adecuado para el evento (IMS, s.f.)

Asimismo, definen “climaterio” como:

Fase del envejecimiento de la mujer que marca la transición de la fase reproductiva al estado no reproductivo. Esta fase incorpora la perimenopausia extendiéndose durante un periodo variable más largo antes y después de la menopausia (IMS, s.f.)

Por un lado, me asaltan distintas preguntas respecto del supuesto de universalidad y regularidad implícito en estas definiciones ¿Qué implica que una sociedad médica internacional dedicada al estudio de la menopausia brinde una definición universal sobre la misma? ¿Bajo qué supuestos esto es posible? ¿Qué supone definir la “menopausia natural” (siempre y sólo) como el cese de la menstruación? ¿Qué efectos conlleva concebir un proceso como la menopausia a partir de esta supuesta regularidad? Esa regularidad, ¿es algo que tiene lugar en la vida de las mujeres cis o, al contrario, es algo que la medicina supone y de alguna manera imprime en los procesos de los cuerpos que llegan a los consultorios? Por otro lado, reparo en la noción de déficit asociada a las definiciones arriba presentadas ¿Qué supone definir la menopausia como el “cese” de la menstruación debido a la “pérdida de la actividad folicular”? Las citas resuenan con lo planteado por Martin hace algunos años: se trata de definiciones que presentan a la menopausia como una falencia, donde “ovarios dejan de responder, y las consecuencias de eso son declive, regresión y decadencia” (2006, p. 267).



De alguna manera, el énfasis trazado en lo que cesa y en lo que se pierde está relacionado con la llamada “función reproductiva”. La ginecología suele identificarse como una especialidad dedicada al abordaje de la “salud integral” de las mujeres cis<sup>v</sup>. Esta definición implica la equiparación entre “salud de la mujer” y los procesos vinculados a lo reproductivo, o potencialmente reproductivo, entendidos en términos cisheterosexuales. Tal como señala Rohden (2008), la medicina, particularmente la ginecología, presenta a las mujeres cis como si fuesen gobernadas por los ciclos relacionados a lo reproductivo, desde la pubertad, el embarazo, el período de amamantamiento hasta la menopausia. Prácticamente todo el comportamiento femenino podría ser explicado en función de eso, inclusive lo que se percibe como desorden.

En lo que sigue, quisiera analizar someramente las maneras en las que la ginecología define, evalúa y trata clínicamente a la menopausia. Como vimos, la menopausia refiere al cese de la menstruación, fin que suele tener lugar en el marco de un proceso más largo llamado “climaterio”. Tal como se afirma en la exposición médica que se cita a continuación, este período supone una serie de “síntomas”:

Generalmente durante el climaterio, especialmente en la etapa premenopaúsica, las mujeres suelen tener síntomas como las alteraciones del ciclo, las irregularidades menstruales, síntomas vasomotores, que pueden ser moderados o severos y que le afectan su calidad de vida, le afectan el sueño, le afectan el estado anímico, y que obviamente tienen que ser tratados. (...). Tiene que ser una indicación individualizada, pues la paciente no debe presentar contraindicaciones al medicamento (...). Además, dentro de la individualización, tenemos que saber elegir qué alternativa terapéutica usar dentro del abanico del que disponemos: tenemos los anticonceptivos que nos sirven también por sus beneficios en la regulación del ciclo, en el control del sangrado uterino anómalo, para las pacientes que todavía necesitan una seguridad anticonceptiva en esta etapa, para protección de la masa ósea (Médica ginecóloga en conferencia FASGO).

Los síntomas señalados son presentados como manifestación de un proceso de declive fisiológico que, en principio, nada tiene que ver con los prejuicios que rondan en torno al envejecimiento. Estos síntomas se deben al descenso de la disponibilidad de hormonas vinculado al cese de la actividad ovárica, especialmente de estrógenos. Un proceso que se asume como natural, de hecho, regular y universal, pero que sin embargo es considerado negativo y potencialmente perjudicial por lo cual debe tratarse.



---

La llamada “individualización” del abordaje y del tratamiento se refiere a la evaluación de alternativas y contraindicaciones posibles, sabidas y estipuladas de antemano, que deben ser consideradas para llegar al objetivo: intervenir sobre los síntomas asociados al declive hormonal. Generalmente, los caminos posibles consisten en tratamientos hormonales que restituyan (o, mejor dicho, reinventen) el orden natural, normal y funcional, asociado al bienestar y rendimiento de las mujeres cis que pasan por esta etapa.

Lo que me interesa analizar son las relaciones causales que se establecen entre la menopausia, el cese de la actividad ovárica, los distintos síntomas señalados (que van desde las alteraciones en el sueño, los síntomas vasomotores, hasta las modificaciones en la periodicidad y patrones de sangrado) y el declive de estrógenos. Para ello, voy a citar fragmentos de dos documentos médicos. El primero, se titula *Declaración General del Consenso sobre Terapia Hormonal en la Menopausia* del IMS y el segundo *Consenso FASGO: Estado actual del tratamiento en climaterio*:

La terapia hormonal en la menopausia es el tratamiento más efectivo para los síntomas vasomotores asociados a la menopausia a cualquier edad, siendo los beneficios superiores a los riesgos en mujeres sintomáticas de menos de 60 años de edad o hasta 10 años después de la menopausia. (Villiers et al, 2012).

La terapia hormonal (TH) es un tratamiento aprobado para el tratamiento de los síntomas menopáusicos. Estos síntomas, causados por las bajas concentraciones de estrógenos, incluyen los síntomas vasomotores, la atrofia vulvovaginal. La TH también ha sido aprobada para la prevención de osteoporosis. Pueden mejorar otras molestias relacionadas a la menopausia tales como dolores articulares y musculares, cambios del ánimo, depresión, trastornos del sueño y disfunción sexual (incluyendo disminución de la libido). (Nölting, s/f.)

La ginecología organiza estos procesos como si configuraran un árbol de raíz única: en la copa están los diversos síntomas mencionados, todos ellos se deben a la baja de estrógenos. Frente a esta figura, la respuesta es evidente: si se compensa la baja de estrógenos, los síntomas que causan malestar deberían parar o atenuarse, y todo podría seguir funcionando como si no hubiese menopausia.

De alguna manera, la disponibilidad y presentación de la terapia hormonal se relacionan productivamente con la manera en la que la ginecología lidia con (y hace a la) menopausia: un evento principal y casi exclusivamente fisiológico. Este





moldeamiento conlleva una relación de jerarquía, o sea, el establecimiento de causas profundas y previsibles que, a su vez, son susceptibles de ser tratadas mediante las alternativas terapéuticas que son potestad de la ginecología.

No es mi intención señalar si la terapia hormonal es buena o mala, si es un problema o un beneficio en sí. Asumo que eso es algo que determinarán las usuarias que tengan interés y posibilidades de acceder a este tipo de alternativa terapéutica junto con sus médicos. Lo que intento, es analizar las maneras en las que la ginecología delimita y trata, es decir, construye la menopausia como un problema de salud, así como el rol activo que juegan las terapias disponibles en ese formato. El problema, en tal caso, no es la disponibilidad de la terapia hormonal, sino que la ginecología haga de la menopausia un asunto regular, estable y aparentemente universal identificado con un déficit hormonal, dejando por fuera otras dimensiones que permitirían hacer de la menopausia un proceso complejo, diverso y variado, quizás ni siempre susceptible de ser atendido en el consultorio ginecológico. Mi inquietud discurre por las maneras en las que el tratamiento disponible, es decir, las terapias hormonales, operan organizando las prácticas clínicas de exploración (preguntas en la consulta, análisis de laboratorio, etc.), configurando diagnósticos y tratamientos. Lo que intento postular es que, lejos de ser un punto de partida, el moldeamiento de la menopausia en términos exclusivamente hormonales es un modo singular, regular y pobre de dar forma a un evento múltiple y dinámico.

## **El funcionamiento parámetros normativos en la configuración de la menopausia**

Una forma frecuente de analizar el asunto de la menopausia refiere a la medicalización de la misma (Fishman, Flatt, y Settersten, 2015; Fitte, 2008; García, 2017; Utz, 2011). Dicho de manera sucinta, *medicalización* suele referirse al proceso mediante el cual un evento o etapa de la vida, distinta a la de la enfermedad, pasa a ser asunto de la medicina. Tomo distancia de esa perspectiva pues, más que preguntarme si la ginecología debiese o no intervenir en los procesos vinculados a la menopausia, me interesa es indagar en las maneras en las que interviene, así como en los efectos de sus intervenciones. La idea de normatividad es una herramienta relevante en este ejercicio, ya que refiere a las maneras en las que, por ejemplo, el “ser mujer” o el “estar saludable” operan como parámetros que organizan modos de hacer, pensar, tratar los cuerpos.



---

La ginecología conforma una disciplina atravesada por regulaciones normativas. Estas regulaciones constituyen su propio campo disciplinario y da forma a las estrategias clínicas con las que se recibe y atiende a quienes acuden a los consultorios ginecológicos (Mines Cuenya, 2019). En esto, resulta central el funcionamiento de la noción de “mujer”: presentada y utilizada como si se tratase de la mera representación de corporalidades y/o identidades homogéneas y autoevidentes, “la mujer” opera como ese parámetro normativo al que me refería antes. A continuación, comparto el fragmento de una entrevista realizada a una ginecóloga en la que describe, justamente, cómo son las mujeres y cómo es su relación con las hormonas:

Las mujeres tienen dos hormonas, estrógenos y progesteronas, que arrancan en la pubertad y paran en la menopausia y durante todo ese periodo, que es la mayor parte de la vida de una mujer, esas hormonas ciclan. Las mujeres se caracterizan por un ritmo hormonal que les da características e improntas particulares a la conducta, porque esas hormonas inundan el cerebro y generan modificaciones conductuales. Entonces, al tener más estrógenos y más oxitocina que la que tiene un masculino, la mujer tiene una tendencia a ser más nutricia, más amorosa, más del cuidado, de brindar cuidado.

Tal como señala Rohden (2008), en su relación con la medicina, las mujeres cis son frecuentemente identificadas como “cuerpos hormonales”. Esto ocurre, afirma, “cuando se habla de la fisiología femenina y de cómo la vida de las mujeres es ‘indiscutiblemente’ gobernada por las transformaciones hormonales inherentes a sus estados cíclicos e inestables” (Rohden, 2008, p. 134). Así, los cuerpos hormonales de las mujeres cis serían la causa y la prueba de, por un lado, su naturaleza inestable y en riesgo (Rohden, 2008; Schwarz, 2009). En última instancia, esas cualidades justificarían la existencia de una especialidad como la ginecología, encargada de manera exclusiva de la llamada “salud de la mujer”. Por otro lado, las hormonas, especialmente los estrógenos, serían el fundamento o causa biológica, estable e inapelable, de atributos identificados con la femineidad: el ser nutricias, amorosas y tendientes al cuidado. Podríamos pensar que, habiendo tanto en juego en el declive de los estrógenos, resulta esperable que la ginecología se proponga intervenir en pos de garantizar su reposición y estabilidad.

Otro tanto pasa con lo que se define, de manera apriorística, como saludable y como sinónimo de bienestar. Como vimos en el apartado anterior, la terapia hormonal se presenta como una respuesta no sólo posible sino promovida desde



los consultorios ginecológicos, como una manera de compensar el déficit y los síntomas asociados con éste. Tal como señala Martin, en relación con los síntomas vasomotores, “se les exige a las mujeres que hagan algo casi imposible: mantener en secreto una parte de sí mismas que no pueden dejar de llevar para el dominio público y que con frecuencia está estampada en sus rostros” (2006, p. 274).

Como se comenta en la cita de la entrevista que sigue a continuación, otro de los síntomas asociados a la menopausia es la llamada “sequedad vaginal”:

Yo, por ejemplo, les pregunto a las pacientes “usted señora, ¿se pone crema en la cara?” “Sí, claro” “¿Por qué?, les pregunto” “Porque se me seca”. “¿Y se pone crema en la vulva, que también se seca?” Así les pregunto, y se ríen. Yo soy una promotora de la salud vaginal. Estos son problemas que si vos no los explorás es raro que las pacientes te lo cuenten. Y en la menopausia no es lo mismo, no importa lo que te digan, no es lo mismo, la pérdida de la hormona hace que pasen cambios que se notan y no es lo mismo. A mí me llama mucho la atención la cantidad de mujeres que mantienen relaciones sexuales, que sienten dolor y que no usan lubricantes. Yo les digo medio en broma a las pacientes, “le voy a dar un tratamiento *Vichy* para la vagina, con la misma racionalidad que usted se pone la crema en la cara, le indico el tratamiento para ahí abajo” (Ginecólogo/a).

La terapia hormonal se presenta con la inocuidad e inocencia con la que se desenvuelven aquellas prácticas médicas asociadas a la recreación de los procesos fisiológicos entendidos como naturales. De esa manera, obliteran la dimensión profundamente moral presente en el acuerdo tácito y naturalizado de que los síntomas asociados a la menopausia conforman un problema que debe ser evitado o por lo menos morigerado. A su vez, resulta llamativa cierta exigencia en torno al bienestar, al estar “linda”, a tener que hacer tratamientos en la cara y en la vulva. La cita que comparto a continuación forma parte de un artículo titulado *Sexualidad, atrofia vulvovaginal y Síndrome genitourinario de la menopausia* y presentado como un consenso clínico respecto de síntomas que afectan a la vagina y vulva a partir de la menopausia:

La vagina, vulva, vejiga y alrededores necesitan de la estimulación hormonal para su buen funcionamiento y cuando disminuyen los estrógenos, pueden aparecer todos los síntomas asociados a la atrofia, como sequedad vaginal, irritación, sensación de quemazón y por lo tanto, una mala lubricación durante su actividad sexual (Witis, s/f).



---

No son pocos los médicos que manifiestan interés en la calidad de la vida sexual de las mujeres cis menopáusicas. Se refieren a la importancia de desmitificar la sexualidad en las adultas mayores. De acuerdo, pero llaman la atención al menos dos cuestiones: uno, que ese tema sea de especial interés en ese “ciclo o etapa vital”<sup>vi</sup> y no en otras ¿Por qué no hablar de lubricación y placer sexual también con mujeres cis de 20, 30, 40 o 50 años? ¿Se presupone que ninguna lo necesita? ¿O será que en esas otras etapas resulta más importante velar sus las funciones y decisiones reproductivas? Dos, el hecho de sobrentender que la vida sexual activa es siempre buena, necesaria, sinónimo de salud. Si bien la vida sexual activa puede ser algo muy lindo de explorar, hacer, cuidar, también puede no serlo. Y eso va a depender de lo que cada persona considere, decida y sienta sobre su cuerpo y vida sexual. Y si no fuese el caso, indicar tratamientos para optimizar la lubricación vaginal como modo de mejorar su salud podría convertirse en una carga.

### **Reflexiones finales: la menopausia como evento múltiple**

En un texto escrito hace unos años, Lock (1998) llama la atención sobre lo poco que los ginecólogos indagan y retoman sobre lo que las mujeres cis hacen al transitar la menopausia. En muchos casos, señala la autora, las mujeres cis realizan distintas prácticas terapéuticas que poco tienen que ver con las que se ofrecen en los consultorios. En un estudio más reciente, Feltrin y Velho (2016) subrayan que el comportamiento de las mujeres en sus ámbitos privados es distinto al que sostienen en las consultas médicas. En éstos últimos, parecen aceptar la descripción de la realidad y las soluciones brindadas por parte de la autoridad médica. Sin embargo, en sus ámbitos de intimidad, la realidad sobre la menopausia es más variada y múltiple, excediendo a las definiciones médicas. A pesar de la manera densa en la que la medicina describe, trata y hace a la menopausia, para muchas mujeres cis este proceso no es un gran problema (Martin, 2006). Según Martin (2006), la menopausia también es vivida como una liberación de energía y de nuevas potencialidades. Sin dudas, los modos de hacer y vivir la menopausia, escapan por todas partes a los límites dados por la ginecología y su intensidad cisheteronormativa.



## FUENTES

Nölting, M. et al (s/f). CONSENSO FASGO: "Estado actual del tratamiento en climaterio". Disponible en:

[http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso Ginecologia TRATAMIENTO EN CLIMATERIO.pdf](http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Ginecologia_TRATAMIENTO_EN_CLIMATERIO.pdf) (Último acceso: 12/4/21).

Villers, T. et al (2012). Declaración General de Consenso sobre la Terapia Hormonal en la Menopausia. Disponible en:

<http://www.aapec.org/index.php/comunidad/38-noticias-y-novedades/newsletters/newsletter-1b/96-declaracion-general-de-consenso-sobre-la-terapia-hormonal-en-la-menopausia> (Último acceso: 2012/4/21).

Witis, S. (s/f) Sexualidad, atrofia vulvovaginal (VVA) y Síndrome genitourinario de la menopausia (GSM). Disponible en:

<https://www.flascym.org/wp-content/uploads/2018/02/Sexualidad-y-atrofia-vulvovaginalced8.pdf?189db0&189db0> (Último acceso: 2012/4/21).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ariza, L. (2016). Cuerpos abstractos, riesgos concretos: Dispositivos clínicos y la salud de las donantes de óvulos en la medicina reproductiva argentina. *Salud colectiva*, 12(3), 361-382. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.789>

Butler, J. (2007). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Buenos Aires: Paidós.

Butler, J. (2008). *Cuerpos que importan: Sobre los límites materiales y discursivos del «sexo»*. Buenos Aires: Paidós.

Callon, M. (1986). Some Elements of a Sociology of Translation: Domestication of the Scallop and the Fishermen of St Brieuc Bay. En J. Law (Ed.), *Power, Action and Belief: A New Sociology of Knowledge?* London: London, R.K.P.

Costa, F. (2015). Fitness, gubernamentalidad y el sentido práctico de la «buena presencia». *Revista Artefacto. Pensamiento sobre la técnica*, 8, 22-29.



---

Feltrin, R. B. y Velho, L. (2016). Representaciones del cuerpo femenino en la menopausia: Estudio etnográfico en un hospital-escuela brasileño. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, 0(22), 148-174.

Fishman, J. R., Flatt, M. A., y Settersten, R. A. (2015). Bioidentical hormones, menopausal women, and the lure of the “natural” in U.S. anti-aging medicine. *Social Science & Medicine*, 132, 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.027>

Fitte, A. L. (2008). Críticas antropológicas acerca de la medicalización de la menopausia. *IX Congreso Argentino de Antropología Social*. Presentado en IX Congreso Argentino de Antropología Social, Misiones, Argentina. Recuperado de <https://cdsa.academica.org/000-080/23.pdf>

García, E. M. (2017). La(s) menopausia(s). Simbologías y sintomatologías culturales. *FEMERIS: Revista Multidisciplinar de Estudios de Género*, 2(2), 223-231. <https://doi.org/10.20318/femeris.2017.3768>

International Menopause Society (2021). Recuperado el 10 de abril de 2021 de: <https://www.imsociety.org/education/menopause-terminology/>

Latour, B. (2001). *La esperanza de Pandora: Ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia*. Barcelona: Gedisa Editorial.

Law, J. (2007). *Actor Network Theory and Material Semiotics*. Recuperado de <http://www.heterogeneities.net/publications/Law2007ANTandMaterialSemiotics.pdf>

Law, J. (2015). *STS as Method*. Recuperado de <http://heterogeneities.net/publications/Law2015STSAsMethod.pdf>

Lock, M. (1998). Menopause: Lessons from anthropology. *Psychosomatic Medicine*, 60(4), 410-419. <https://doi.org/10.1097/00006842-199807000-00005>

Lock, Margaret, & Kaufert, P. (2001). Menopause, local biologies, and cultures of aging. *American Journal of Human Biology*, 13(4), 494-504. <https://doi.org/10.1002/ajhb.1081>



Martin, E. (2006). *A mulher no corpo: Uma análise cultural da reprodução*. Río de Janeiro: Editora Garamond.

Melby, M. K., Lock, M., Kaufert, P. (2005). Culture and symptom reporting at menopause. *Human Reproduction Update*, 11(5), 495-512. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmi018>

Mines Cuenya, A. (2019). *Prácticas médico-clínicas y ontologías corporales: Sus relaciones entre los campos de la ginecología, la urología y la sexología médica en Buenos Aires*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Mol, A. (1999). Ontological politics. A word and some questions. *The Sociological Review*, 47(S1), 74-89. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1999.tb03483.x>

Mol, A. (2015). Who knows what a woman is... On differences and the relations between the sciences. *Medicine Anthropology Theory*, 2(1), 57-75. <https://doi.org/doi.org/10.17157/mat.2.1.215>

Rohden, F. (2008). O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 15, 133-152. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000500007>

Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Buenos Aires: UNIPE: Editorial Universitaria.

Schwarz, P. (2009). La maternidad tomada. Ginecólogos, obstetras y mujeres en interacción. Discursos y prácticas en la clase media. *Argumentos. Revista de Critica Social*, 0(11). Recuperado de <http://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/800>

Stengers, I. (2019). Foreword. En M. Savransky, *The Adventure of Relevance: An Ethics of Social Inquiry*. UK: Palgrave Macmillan.

Utz, R. L. (2011). Like mother, (not) like daughter: The social construction of menopause and aging. *Journal of Aging Studies*, 25(2), 143-154. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2010.08.019>



---

## NOTAS

<sup>i</sup> Agradezco al colectivo editorial de la Revista Límica, así como los comentarios de quien realizó la revisión externa. Han sido aportes valiosos que me han ayudado a mejorar el texto.

<sup>ii</sup> Se trata de Mestra Gegê del grupo Capoeira Angola Florescer. Las charlas están disponibles en el siguiente enlace: <https://www.instagram.com/margegepoggi/channel/?hl=es> (última visita: 9/4/2021).

<sup>iii</sup> Para más información puede consultarse en: <http://www.fasgo.org.ar/>, <http://www.aapec.org/index.php>, <http://www.flascym.org/> y <https://www.imsociety.org/> (último acceso: 9/4/2021).

<sup>iv</sup> Para más información puede consultarse en: [https://www.youtube.com/watch?v=HBBH70G7gVs&t=3296s&ab\\_channel=FASGOARGENTINA](https://www.youtube.com/watch?v=HBBH70G7gVs&t=3296s&ab_channel=FASGOARGENTINA)

<sup>v</sup> No faltan ejemplos de servicios asistenciales ginecológicos que se llaman “Centro de la mujer” o “Área de la mujer”. Tampoco faltan ejemplos de materias de formación de grado en medicina en las que se dictan contenidos en gineco-obstetricia tituladas, por ejemplo, “salud de la mujer”.

<sup>vi</sup> La ginecología organiza la vida de las mujeres cis en ciclos vitales, separados por hitos clínicos vinculados a lo reproductivo: menarca, embarazo, parto, menopausia.