
SALUD: MUJERES DE MEDIANA EDAD

SALUD DE LAS MUJERES DE MEDIANA EDAD: RETOS PARA LOS SERVICIOS DE SALUD¹

Mayra Achío Tacsan

RESUMEN

Este artículo trata los problemas de salud de las mujeres durante el climaterio y su experiencia con los servicios de salud en Costa Rica. A partir de los resultados de un estudio realizado con mujeres de estratos medios bajos, se evidencia que estas mujeres padecen las enfermedades comunes de la edad como hipertensión, diabetes y osteoporosis. Además, ellas dan poca importancia a los síntomas asociados con la menopausia, a saber bochornos, sudoración, insomnio y otros. Por último, se destaca la necesidad de desarrollar programas y políticas más específicos para este sector de la población.

ABSTRACT

This article is about the health related needs of women at midlife and their experience with health care services in Costa Rica. Most problems mentioned by the women of the study were diseases common for elderly persons such as hypertension, diabetes and osteoporosis. On the other hand, symptoms generally associated with menopause, such as hot flushes, sweats and insomnia, were hardly described. Finally, they spoke about the need of programs and specific policies related to their health problems.

INTRODUCCIÓN

El interés creciente por el tema de la salud de la mujer de mediana edad² se relaciona

con la tendencia que caracteriza al mundo actual, de un acentuado envejecimiento de las poblaciones, es decir, el aumento del peso relativo de las personas mayores respecto de los más jóvenes o de la población total. Se ha dicho que en el siglo XXI el mundo estará dominado por los “cabellos blancos”, con un aumento importante en la esperanza de vida de las mujeres y hombres en la mayoría de los países (Gómez, 1999, 2-8).

1 El presente artículo se basa en los resultados de la investigación “Atención de la salud de las mujeres de mediana edad: una modalidad alternativa”, realizada en el Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad de Costa Rica. Contó con la participación de las doctoras Ileana Quirós R. y Xenia Sancho M., de la Sección Salud de la Mujer de la Caja Costarricense del Seguro Social, como investigadoras asociadas, además de la autora de este trabajo.

2 El grupo de mujeres de mediana edad comprende a mujeres entre los 40 y 65 años, según ha sido

establecido por la OMS. En Costa Rica, esta población se acerca a las 400 000 personas, según el último censo del año 2000.

El hecho de que prácticamente en todos los países, las mujeres viven más que los hombres, ha llevado a que se hable de una marcada feminización de la vejez: globalmente, más de la mitad de la población entre 60 y 69 años corresponde hoy a mujeres. Así mismo, para el año 2025 habrá un total de 604 millones de mujeres mayores de 60 años en el mundo y el 70% de ellas se ubicará en países en desarrollo.

En momentos en que las proyecciones de esperanza de vida se acercan a los 82 años para los hombres y 86 años para las mujeres; en los países con menor desarrollo, se hace necesario actuar en el sentido de transformar la perspectiva sobre el proceso de envejecer y sobre la muerte, para lograr un envejecimiento con la máxima calidad de vida y con un mínimo de enfermedad, sin que ello signifique hacer insostenibles los costos de salud, como parece ser la tendencia en la actualidad.

Tal como lo señalara María Isabel Matamala (1999), el avance en la expectativa de vida coloca a las mujeres frente a desafíos nuevos que no vivieron aquellas que integraron las generaciones pasadas, nuestras abuelas y bisabuelas. La llegada de la menopausia, por ende, hoy es anuncio de una larga etapa que aún resta por vivir, ya que se suman tantos años entre la menarca (inicio de menstruación) y la menopausia, como entre la menopausia y la muerte. No obstante, gran parte de las mujeres no se proyecta con optimismo, como en otros momentos de su vida. Más bien, ante la mediana edad, muchas mujeres experimentan una serie de angustias provocadas por el medio sociocultural en que se desenvuelven, así como los avatares concretos que deben enfrentar durante su proceso de envejecimiento en la cotidianidad de los países pobres de nuestro mundo, en donde las desigualdades de género y la carencia de seguridad social se expresan con mayor fuerza y dramatismo en la realidad de las mujeres mayores que viven en condiciones de pobreza (Matamala, *op.cit.*, 76-79).

De esta forma, aunque cada vez son más las personas que alcanzan edades avanzadas, la calidad de sus vidas no está garantizada. Lo anterior por cuanto, hasta la fecha, el aumento de la expectativa de vida no ha sido acompañado por un diseño de políticas públicas que

contemple el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores, y en particular de las mujeres mayores.

1. SITUACIÓN DE SALUD DE LAS MUJERES DE MEDIANA EDAD

A pesar de que las mujeres suelen vivir más que los hombres, muchas sufren de discapacidades, enfermedades y dolencias que son prevenibles o cuya severidad puede ser mitigada.

Estudios (Stein, 1997) revelan que entre los 45-64 años las mujeres sufren de gran cantidad de problemas de salud como trastornos derivados de la menopausia, cistitis, problemas osteomusculares, esclerosis múltiple, migrañas, y otros de mayor gravedad como cáncer de mama y de útero. De manera que, las mujeres pasan sus últimos años de vida con alguna discapacidad y su salud quebrantada.

En Costa Rica la situación de salud de las mujeres ha mejorado sustancialmente en las últimas cinco décadas, debido al fortalecimiento de las condiciones sanitarias y a la disminución de los riesgos obstétricos, gracias a la caída de la fecundidad y al aumento de la cobertura sanitaria materno-infantil, así como los avances en la escolaridad de la población femenina, entre otras importantes medidas.

Sin embargo, persisten una serie de problemas e inequidades como consecuencia de las brechas sociales y regionales que aún imperan. Lo anterior es reforzado por un enfoque limitado de la salud de las mujeres, basado en lo biológico y que enfatiza su función reproductiva.

Por otro lado, el modelo social dominante sobre lo femenino tiene como eje central la maternidad, lo cual ha favorecido que muchas mujeres posterguen su salud para dar cabida al cuidado de sus hijos, compañeros y otros familiares.

Para referirnos a la morbilidad femenina, hemos partido de lo que se presenta en los servicios que presta la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS): consulta externa y hospitalizaciones. Cabe señalar que las mujeres constituyen la principal clientela de los servicios de salud; además, las causas de estas consultas tienden a ser similares en todas las regiones del país (CCSS, 1999).

En la consulta de los hospitales nacionales, las que asisten en su mayoría son mujeres de 20 años y más, sobre todo de 20 a 44 años, con una alta proporción de consultas por enfermedades del sistema genitourinario, seguidas por los controles de salud sin hallazgo patológico como prenatales y salud reproductiva. En tercer lugar, se destacan las enfermedades del sistema osteomuscular. Un tanto diferente es la situación del grupo de 45-59 años, donde los controles de salud sin hallazgos patológico ceden su espacio a las enfermedades del sistema circulatorio, como hipertensión y las enfermedades endocrinas y metabólicas, principalmente diabetes mellitus y tiroides, seguidas de las enfermedades osteomusculares y los tumores. Las mujeres de 60 años y más presentan causas de consulta similares, sobresaliendo la diabetes mellitus.

Existe un patrón dominante que se repite en todo el país, en el cual, las consultas de las mujeres de 45-59, se concentran en enfermedades del sistema circulatorio, especialmente hipertensión, del sistema osteomuscular y por las enfermedades endocrinas y metabólicas (diabetes mellitus).

Respecto a los internamientos en los hospitales nacionales, se produce un comportamiento muy parecido al mencionado, las mujeres son las que más se hospitalizan, sobre todo las de 20 a 44 años, con una altísima proporción por embarazo y sus consecuencias. En el grupo de 45-59 años, el embarazo cede su lugar a las enfermedades del aparato genitourinario, se produce un notable incremento de los tumores y enfermedades del sistema digestivo. Las mujeres mayores de 60 años tienen causas de hospitalización parecidas y se agregan las enfermedades del sistema circulatorio, la diabetes y las fracturas.

Nuevamente observamos en las hospitalizaciones, un cambio importante de la morbilidad, después de los 45 años, con la aparición de enfermedades comunes en la población de mayor edad como las circulatorias, las osteomusculares, la diabetes y los tumores. Situación que se hace más evidente en las mujeres mayores de 60 años.

El perfil de morbilidad descrito, caracterizado por el predominio de enfermedades

como hipertensión, diabetes, osteoporosis y tumores, las cuales con frecuencia son relacionadas con el envejecimiento y los estilos de vida de las personas, evidencian el probable deterioro de la salud de las mujeres después de los 50 años, edad que coincide precisamente con la problemática de la menopausia.

La anterior preocupación, a su vez, nos remite al dilema no resuelto de las relaciones entre menopausia, envejecimiento y las enfermedades en cuestión.

Al respecto, es importante señalar que la menopausia representa una señal cronológica importante en el ciclo vital y un evento fisiológico a ser considerado en relación con las enfermedades potenciales que se pueden presentar en la mujer después de este evento. No obstante, no se ha podido establecer claramente hasta donde estas enfermedades se relacionan con la edad y el envejecimiento, los estilos de vida, o son consecuencia de los cambios hormonales. Siendo lo más probable que todos estos factores intervengan en la salud de la mujer durante este período.

2. ATENCIÓN DE LA SALUD DE LAS MUJERES DE MEDIANA EDAD

2.1. CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

Con el aumento de la longevidad en un nivel mundial y en Costa Rica en particular, el climaterio y la menopausia adquieren una importancia que nunca antes habían tenido.

Recordemos que el climaterio es una etapa que abarca aproximadamente el período entre los 45 y los 64 años en la vida de toda mujer. Esta etapa ha sido dividida en tres fases: la perimenopausia que precede a la menopausia, la menopausia propiamente que consiste en el cese de la menstruación y la posmenopausia cuando aparecen los síntomas relacionados con la disminución hormonal o deficiencia estrogénica.

El climaterio conlleva una serie de cambios en los que intervienen factores hormonales, aspectos psico-socio-culturales y el envejecimiento, lo que produce una sintomatología variada y consecuencias en la salud de la mujer a largo plazo.

La menopausia (o el cese de la menstruación) se presenta conforme la mujer se aproxima a los 50 años de edad, en Costa Rica, donde la expectativa de vida de la mujer actualmente es cercana a los 80 años, quedan todavía varias décadas de su vida, que demandan de una atención especial para brindarle calidad a esos años.

De acuerdo con la literatura médica los síntomas comúnmente asociados a la menopausia y la carencia de estrógenos son:

- bochornos y sudoraciones nocturnas,
- sequedad vaginal,
- problemas urinarios, tales como incremento en la necesidad de orinar, incontinencia o infecciones del aparato urinario,
- trastornos psicológicos, tales como ansiedad, cambios de estado de ánimo, irritabilidad, cansancio, pérdida de la libido o depresión.

En el largo plazo, se menciona que la menopausia puede ser un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, principal causa de muerte entre las mujeres posmenopáusicas.

Similarmente, la menopausia y la resultante deficiencia de estrógenos, incrementa el riesgo de desarrollar osteoporosis y de sufrir fracturas.

2.2. TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL

Para revertir tales efectos adversos se ha promovido la llamada terapia de reemplazo hormonal, que actualmente tiene muchos adeptos, pues se considera que al ser la esperanza de vida alta, las mujeres en riesgo podrían beneficiarse con este tratamiento (Jones *et al.*, 1999).

En Costa Rica la terapia con hormonas para mujeres en la menopausia ha tenido un aumento acelerado desde finales de 1980. Según datos brindados a la prensa por el Departamento de Farmacoterapia de la CCSS, en 1993 un total de 2607 mujeres tomaban hormonas, en 1998 este número saltó a 31 680 mujeres (*La Nación*, 14 junio 1999, pp.6A y 8A). Este aparente “boom” del tratamiento de reemplazo

hormonal ha promovido en nuestro medio el debate tardío sobre los beneficios y los riesgos de esta terapia, pues esto ya se venía discutiendo en el nivel mundial años atrás.

Entre los beneficios que más se destacan de la prescripción de hormonas están sus efectos protectores en la prevención de las enfermedades cardiovasculares y la osteoporosis. En cuanto a los riesgos, se menciona principalmente la posibilidad de desarrollar enfermedades como el cáncer.

Existen además otras posiciones que promueven terapias alternativas como la homeopatía o la fitoterapia, basada en productos naturales como la soya. Otra posición diferente, considera a la menopausia, un proceso natural y por tanto, que no requiere de ningún tratamiento o medicamentos para contrarrestar sus efectos.

Este escenario de opiniones tan variadas, ha generado gran confusión en el público, especialmente las mujeres, que a falta de información adecuada, quedan sujetas a las decisiones que otros hacen por ellas, generalmente los médicos.

A pesar de que la discusión sobre esta problemática continúa, hay conciencia en los sectores involucrados de que por encima de las diferencias, es preciso definir los criterios y normas que busquen uniformar la atención de la salud de las mujeres por parte de los profesionales médicos. Además, existe acuerdo sobre la necesidad de que las mujeres reciban toda la información posible y sean ellas quienes tomen la decisión sobre el tratamiento a seguir.

Lo anterior implica que los servicios médicos brinden condiciones adecuadas para que las mujeres puedan tomar una decisión informada acerca de la terapia de restitución hormonal. Y por otro lado, requiere hacer llegar este tratamiento sólo a quienes lo necesitan, y no ocasionar efectos adversos en aquellas mujeres que tienen poco que ganar.

3. LAS VIVENCIAS DE DOS GRUPOS DE MUJERES DE MEDIANA EDAD

En el presente apartado analizamos la información obtenida en dos grupos focales con mujeres de mediana edad (entre los 40 y 63

años) de estratos medios bajos, el primero perteneciente a una comunidad rural y el otro a una comunidad urbana³.

La mayor parte de las mujeres participantes estaban casadas, algunas eran solteras, sólo una era viuda y otra separada.

La escolaridad en general, era bastante baja, tres de ellas ni siquiera habían asistido a la escuela, una provenía del área urbana y dos de la rural. La mayoría apenas había concluido la primaria y del total, sólo una señora del área urbana, había completado la secundaria. La escolaridad más baja se presentó en las mujeres del campo, lo cual coincide con los datos nacionales.

La ocupación de ama de casa se presentó en la totalidad de las mujeres rurales y en buena parte de las mujeres urbanas. Entre otras ocupaciones mencionadas, se destacaron la de costurera y actividades que se realizaban en sus propios hogares. Por otra parte, resulta interesante mencionar que varias de ellas (tanto del área rural como urbana) señalaron que ayudaban a cuidar nietos, tarea por la que recibían alguna ayuda económica.

En cuanto al número de hijos nacidos vivos, la mayoría de las mujeres rurales tuvieron entre cuatro y seis hijos; mientras que para las mujeres urbanas el número máximo fue de tres hijos. Este comportamiento es congruente con lo esperado, ya que la fecundidad en nuestro país es mayor en las áreas rurales.

3.1. ¿CÓMO SE PERCIBEN Y SE SIENTEN ESTAS MUJERES?

Para comenzar nos referimos al cómo se autodefinieron estas mujeres y cuáles fueron las características o cualidades que ellas destacaron de sí mismas.

Las mujeres rurales se identificaron haciendo mención de dos aspectos principales: la maternidad y la religión. Esto se refleja en expresiones como:

... (mi principal característica es) que quiero mucho a mis hijos y me gusta mucho estar entre la casa.

... mi mayor cualidad es que amo mucho a mis hijos.

... soy una sierva de Dios.

... para servirle a Dios y a ustedes.

Algunas de ellas destacaron otras cualidades como la honestidad, la rectitud y el deseo de ayudar a los demás.

Por su parte las mujeres urbanas, en su mayoría coincidieron en definirse a partir de la cualidad de ayudar y servir a los demás, como se aprecia en el siguiente comentario:

... me gusta servir cuando me necesitan o ayudar en lo que pueda.

Otras mujeres urbanas, señalaron diversas cualidades, como por ejemplo, unas dijeron que son muy trabajadoras, que les gusta trabajar, que son incansables. Unas cuantas destacaron que tenían mucha paciencia.

Al comparar los dos grupos de mujeres, notamos que para las señoras de la ciudad, si bien los hijos y la religión estaban muy presentes en sus vidas, aunque no lo mencionaron explícitamente, como sí lo hizo la mayoría de las señoras del campo. Esta es una diferencia importante a tener en cuenta en futuros estudios.

De otro lado, llama la atención el que se mencionara una mayor diversidad de cualidades o características por las mujeres urbanas, lo que podría relacionarse con el hecho de tener un nivel educativo mayor, salir más de la casa y participar en grupos de la comunidad.

Además de estas diferencias, encontramos elementos comunes en ambos grupos de mujeres, tales como el amor a sus hijos, el servicio a los demás y el ser muy trabajadoras. Sin duda, estas cualidades corresponden a una concepción tradicional de la mujer.

Teniendo en cuenta lo anterior, indagamos acerca de sus vidas en el momento actual, los cambios recientes y cómo los percibían. En

3 Para más detalles sobre los aspectos metodológicos, consultar el Informe de Investigación del Proyecto "Atención de la salud de las mujeres de mediana edad: una modalidad alternativa". Nro.725-A0-013, agosto 2001.

otras palabras, cómo estaban viviendo el período del climaterio y menopausia.

De lo expresado por las mujeres del área rural notamos que los sentimientos alrededor de este período variaban en función de sus propias circunstancias y experiencias de vida.

Así, una señora que había perdido a su marido recientemente, manifestó que atravesaba por un momento muy difícil; expresó sentirse muy mal y sufría de una gran depresión.

Por otra parte, dos de las señoras mencionaron la necesidad de replantearse sus vidas, pues opinaron que no la habían aprovechado bien; estos sentimientos venían acompañados de frustración, como lo podemos ver a continuación:

Yo lo que pienso es que hasta ahorita desperté, (...) como que ahora abrí los ojos y vi el valor que tiene la vida, el valor que tienen las cosas (...), ahora yo vi que me agarró tarde, pero que todavía estoy viva y que todavía puedo salir adelante, que puedo comenzar de nuevo, porque he tenido muchos errores...

En el caso mío yo siento que a mí se me fue la vida, que me agarró tarde para ver lo lindo que tiene la vida (...) que estos años los dejé ir, desperdicié un montón de cosas, un montón de oportunidades (...), eso es lo que me reprocho, que dejé de pasar lo mejor de mi vida...

Sin duda son apreciaciones bastante duras, que reflejan sus estados de ánimo en ese momento.

Contrariamente, la situación para otras señoras era bastante distinta, quienes más bien parecían disfrutar del momento presente, cuando los hijos ya estaban crecidos y ellas disponían de más tiempo para sí mismas y para hacer las cosas que antes no podían. Así lo expresó una de ellas:

Bueno, al menos yo ahora me siento feliz de la vida, porque mis chiquitos ya se casaron, ya están grandes, ya yo tengo más tiempo para mí, para pintarme mis canas, salir con mi esposo a las citas médicas y pasear.

Es interesante destacar que varias mencionaron su deseo y necesidad de trabajar, así como las dificultades para encontrar empleo en estas edades. A pesar de que reconocieron que los años “golpean”, señalaron que era necesario seguir trabajando y mantenerse activas para sentirse mejor. Una señora dijo:

... tengo 53 años, pero bueno todavía desempeño algunos trabajos, pero nunca es igual a una edad de 25, 30, 40 años.

De otro lado, los sentimientos expresados por las mujeres urbanas respecto a este punto fueron más bien positivos. La mayoría afirmó sentirse feliz y realizada.

Examinando las razones dadas, vemos que este optimismo se relacionaba con tener buenas relaciones familiares y no padecer enfermedades “graves”. Aunque algunas sufrían de presión alta y problemas de la columna, todas se consideraron personas saludables y contentas.

Además, el sentirse contentas y realizadas estaba asociado con el cumplimiento de sus roles tradicionales de mujer, por tanto, llegar a esta etapa de sus vidas y sentir que se habían desempeñado bien como madres y esposas, las llenaba de satisfacción. Veamos como se refirió a esto una señora:

Yo me siento muy feliz porque me he realizado como mujer, porque primero tengo a mi marido que es excelente y dos hijas y tengo nietos (...). Creo que esta es mi vida (...) en este momento me siento super bien y estoy con Dios y no le pido más, me he realizado muchísimo...

Otra señora de más edad dijo sentirse muy contenta porque a sus 61 años todavía podía trabajar y esto le brindaba cierta autonomía. Otro caso especial, dentro de esta atmósfera de positivismo, es el de una señora de 50 años que hacía poco se había casado con el hombre con quien convivía desde hacía 12 años y era el padre de sus hijos. Ella lo narró de la siguiente manera:

Pero vea lo feliz y la cara que tengo, porque fui madre soltera y ahora el 24 de diciembre me casé (...). Ya con hijos, nietos y todo. Vivía en unión libre y bueno, me casé (...) y claro esto me realiza como mujer, porque eso me hizo muy feliz...

En general, podríamos decir que para ambos grupos de mujeres (del campo y de la ciudad), llegar a la mediana edad no significó grandes cambios ni traumas en sus vidas. Más bien, habían asumido esta etapa en forma paulatina, como parte del proceso de envejecimiento. Claro que esto tenía que ver mucho, como ya se dijo, con las experiencias propias de cada una, las cuales parecían haber sido más duras para las mujeres del área rural.

3.2. ¿CÓMO VISUALIZAN ESTAS MUJERES SUS PROBLEMAS DE SALUD?

Casi todas las participantes mencionaron que padecían alguna enfermedad, indistintamente de su condición rural o urbana.

La enfermedad más frecuente es la hipertensión, presente en casi la mitad del total de mujeres, otras enfermedades importantes son diabetes, osteoporosis, artritis, corazón, colesterol, nervios, columna, várices e insomnio. Una de las señoras había sido operada de un quiste en las mamas y otra de una displasia en el útero. La mayoría estaba bajo tratamiento médico.

Como podemos apreciar, la lista de enfermedades reportadas por las mujeres, coincide en gran medida con el tipo de morbilidad característica de las personas de estas edades, y que se observaron en los servicios de la CCSS.

Según lo expresado por las mujeres rurales, la enfermedad era considerada sobre todo un mal físico, aunque se tenía conciencia de que la depresión, la tristeza, las preocupaciones o no tener trabajo, se relacionaban con la salud. A manera de ilustración citamos lo dicho por una de ellas:

... el trabajo a uno lo entretiene demasiado, bastante se distrae uno con el trabajo y no le duele nada, ni piensa, sólo en el trabajo, pero si yo estoy de vaga, a mí me

duele todo, todo el cuerpo, todo me duele, ahorita estoy sin trabajo, todo me duele.

En las mujeres urbanas ocurría algo parecido, a pesar de las enfermedades, ellas se sentían bien porque tenían tratamiento, podían trabajar y continuar con sus vidas normalmente. Por ejemplo, una señora señaló:

Yo sólo padezco de artritis, pero yo me levanto y le doy gracias a Dios, me tomo mi pastilla y hago mi oficio.

Estas consideraciones acerca de la salud de las mujeres nos llevan a reflexionar sobre la importancia de la calidad de vida, las oportunidades y el estado anímico de las personas, por encima de las enfermedades físicas.

3.3. ACERCA DEL CLIMATERIO, MENOPAUSIA Y MEDIANA EDAD

A continuación nos referiremos al sentir de las mujeres acerca del climaterio y menopausia.

Las mujeres rurales consideraron el climaterio, la menopausia y la mediana edad como parte de un periodo ligado al envejecimiento, a los años que pasan dejando su huella. Al respecto, una señora señaló:

... después de los 35 (se deja) la edad de los nunca, nunca me dio dolor de cabeza, nunca me dolían los huesos, nunca me cansaba, entonces no necesitaba mucha ayuda, porque la verdad, es una etapa que tenemos que aceptar, porque hay mujeres que no aceptamos esa edad, hay mujeres que nos queremos seguir sintiendo jóvenes y no queremos aceptar que ya pasamos la edad de los nunca.

Para otras mujeres esta situación aparecía como un evento más positivo. Una de ellas lo expresó así:

Ya las que llegamos a esta edad (...), llega el momento en que nos dediquemos un poquito a nosotras mismas, ya nuestros

hijos están grandes (...) tener tiempo para arreglarnos, para sentirnos bonitas...

Las reacciones de las mujeres urbanas denotan mayor claridad en cuanto a que estaban en una etapa particular de sus vidas. Como algo interesante, destacaron los efectos de los años en la apariencia física, aspecto que no fue tratado abiertamente por las señoras de la zona rural, quienes más bien exaltaron otras virtudes como el amor maternal, el trabajo, la obediencia o la religiosidad.

Veamos los siguientes comentarios de varias señoras de la ciudad:

¡A mí me costó tanto aceptar que iba a llegar a los cincuenta! Yo creí que toda la vida iba a ser joven...

... entre los 15 y 20 años yo no tenía la experiencia que tengo hoy, pero tampoco tengo la belleza que tenía antes, entonces es un cambio que hay que saber enfrentar.

A pesar de todo, las mujeres urbanas en su mayoría veían este período de su vida con una actitud positiva, como opinó esta señora:

Cuando uno tiene 20 ó 25 años (...) dice, una vieja de 50 años y yo ahora me quedo pensando, vieja de 50 años, ¿yo? Si estoy ¡pura vida!

(...) Ahora lo que siento es que tengo más experiencia (...) Ahora yo tomo la vida con mucha calma, porque yo digo, bueno todo lo que me ha enseñado la escuela de la vida, porque he trabajado mucho y pienso seguir trabajando, si Dios me deja 50 años más que es mi meta.

Sin embargo, cabe mencionar que algunas señoras reconocieron las dificultades y complicaciones que se pueden presentar durante este período. Como ejemplos citaron casos de sus amigas o conocidas.

(...) yo he escuchado a algunas señoras que se sienten mal y están muy mal, que médicos, que la menopausia las está

matando, bueno, no sé, lloran y se desesperan, pero sí escucho a algunas mujeres de mi edad y hasta más avanzada de que están muy mal y que se ponen muy mal.

Yo tengo una amiga que es menor que yo, ella dice que la menopausia, que calores terribles, todo le duele.

Bueno, yo pienso que es psicológico porque fue al doctor por un dolor que tenía y le dijo que no tenía nada (...)

Ella vive muy mortificada por la menopausia (...)

En general no hay diferencias significativas respecto a la percepción de las mujeres de los dos grupos sobre el climaterio y menopausia. Aunque sí se nota una cierta tendencia que podría relacionarse con las condiciones particulares de vida de cada grupo. Así, por ejemplo, las mujeres del campo con una vida más difícil, visualizan la mediana edad, un tanto pesimista. Mientras que, las mujeres urbanas, con condiciones más favorables y con mayores oportunidades, asumen esta etapa de sus vidas con más optimismo.

3.4. LA EXPERIENCIA DE ESTAS MUJERES CON LOS SERVICIOS DE SALUD

En este apartado nos referimos a los servicios de salud, cómo sienten ellas que son tratadas, y además, conocer qué otras necesidades tienen que no están siendo atendidas.

Para empezar, encontramos que algunas de las señoras no estaban cubiertas por el Seguro Social, siendo las más afectadas las mujeres del área rural. Otro aspecto a tener en cuenta se refiere al tipo de seguro, ya que por lo general tenían un seguro familiar, lo que las hacía más dependientes, y por otro lado, no tenían cobertura para algunos servicios y prestaciones importantes como la atención odontológica, esto último es bastante importante, pues precisamente durante esta edad las mujeres tienen muchos problemas de índole buco-dental.

Según lo expresado por las mujeres del área rural, sus experiencias con los servicios de salud han sido por lo general satisfactorias en

el nivel local. Sin embargo, cuando eran referidas a la consulta con especialistas, tal situación cambia radicalmente. Las quejas de estas señoras abundan y son las mismas que se escuchan en todo el país: el maltrato del personal médico y los largos tiempos de espera.

A continuación podemos apreciar algunas de estas quejas, según sus propias palabras:

No, a uno no le explican nada, a uno le explican cuando uno paga un doctor, sea pediatra, ginecólogo o lo que sea.

Esa señora tiene un problema en los huesos, mandó a sacar una cita conmigo y no se la dieron porque estaba lleno este año, que hasta el otro había campo...

Varias señoras opinaron que sus necesidades iban más allá de la atención médica, ya que había otros aspectos de sus vidas que requerían de atención. Por ejemplo, mencionaron la necesidad de tener más fuentes de empleo porque a estas edades se hacía más difícil conseguirlo. Para ellas un trabajo era una ayuda económica para satisfacer sus necesidades y no ser una carga para otros. También podía ser una forma de distraerse, lo cual tenía efectos beneficiosos para su salud.

Del mismo modo, apuntaron la importancia de organizar grupos de mujeres de mediana edad para desarrollar programas y actividades especiales, con el fin de informarse, compartir inquietudes y prepararse para la vejez. En este sentido, se refirieron a los grupos que existen para personas de la tercera edad, quienes reciben más atención que ellas.

A veces el anciano tiene más que nosotras, se reúnen y hacen actividades y nosotras no (...), tenemos que hacer lo mismo (...), hacer un centro de nosotras de mediana edad para distraerse.

Las mujeres urbanas también expresaron su disconformidad con el trato que reciben por parte los médicos y las largas esperas para las citas con especialistas, los exámenes y los resultados. Similarmente, se refirieron a que los médicos no les explican lo que tienen, ni para qué son los medicamentos que les recetan.

En relación con las largas esperas, una señora se refirió así:

La doctora del EBAIS me mandó sacar una cita al hospital, supuestamente para un ultrasonido (...) Yo toda contenta porque me la dieron para siete meses y me iban a hacer el ultrasonido y la mamografía. Mi sorpresa fue que apenas era para me viera el oncólogo para que mandara el ultrasonido y la mamografía, que me los mandaron para ocho meses después. Entonces, ocho más siete son quince meses (...) entonces, mi llamado es que no sean citas tan extremadamente largas, que nos traten diferente.

Una demanda importante que hizo una de las señoras se refiere a la atención odontológica. Sin duda es algo de gran relevancia para las mujeres de esta edad, pero por tener la mayoría de ellas seguro familiar, no tienen derecho a este servicio. Tal como lo evidenció esta señora:

Bueno, lo que es atención dental, nada. Mire en las escuelas se da a los niños y en algunos colegios (...)

En cambio nosotras las de mediana edad, no tenemos atención odontológica y yo diría que es una edad que nos urge, con razón vemos a unos viejitos de 60 años que no tienen dientes...

De manera clara, estas mujeres demostraron las incongruencias y contradicciones existentes entre la prestación de los servicios de salud y lo que se menciona en la publicidad que se hace en los medios, particularmente en lo relacionado con la salud de las mujeres. Por ejemplo, en la publicidad se insta a las mujeres a cuidarse y acudir a los servicios de salud para realizarse exámenes, pero por lo general deben esperar mucho tiempo para ser atendidas.

Es el caso concreto del papanicolau y la mamografía, por un lado se les aconseja a las mujeres realizarse esos exámenes, pero según ellas, cuando los solicitaban, con frecuencia era muy difícil obtenerlos.

Tal ambivalencia les producía gran ansiedad y malestar, pues no sabían cómo proceder;

algunas, las que disponían de un poco más de recursos económicos, incurrían en gastos adicionales, acudiendo a los servicios privados, pero como ellas dijeron, tampoco esto era justo, porque para eso tenían su seguro.

También nos llamó la atención reconocer una vez más el trato desigual que se da a las usuarias del Seguro. Esto ocurría con el suplemento de calcio, el cual, según una señora, se recetaba a unas y se negaba a otras, cuando aparentemente todas lo estaban necesitando, como se aprecia en el siguiente comentario:

Yo no sé lo que dice la señora de que el Seguro no da calcio, y yo tengo una conocida que dice que a ella le mandan calcio y ¿por qué a otras no?

Lo descrito hasta aquí, evidencia la ausencia de normas claras para la atención de las mujeres de mediana edad, y en un nivel más general, la falta de políticas de salud para este sector poblacional.

A continuación resumimos, las necesidades más urgentes sentidas por las mujeres en esta etapa de su vida. Sobre este particular no se observan grandes diferencias entre los dos grupos de mujeres.

Las mujeres de la zona rural indicaron que requerían más información sobre su salud y los riesgos para cuidarse mejor y acudir al médico oportunamente, particularmente durante esta etapa del climaterio. También hicieron énfasis en la necesidad de buscar alternativas nuevas, como grupos de mujeres y actividades recreativas que promuevan la calidad de vida de las mujeres de mediana edad.

En forma similar y complementaria, las mujeres de la zona urbana reclamaron más información acerca de tratamientos y medicamentos que se utilizan frecuentemente en mujeres de mediana edad y sobre los cuales existen diferentes opiniones, como los estrógenos y el suplemento de calcio. También plantearon la importancia de conocer mejor sus derechos como aseguradas, respecto a la atención que deben recibir y su derecho a una pensión más temprana que los hombres.

4. CONCLUSIONES

Para concluir, nos parece importante puntualizar algunas de las inquietudes que este trabajo nos ha dejado, con el ánimo de contribuir en la búsqueda de una mejor calidad de vida para las mujeres de mediana edad.

Un primer punto se refiere al aumento de la longevidad en el nivel mundial y en nuestro país en particular, lo cual implica cambios importantes en el perfil epidemiológico y nuevos retos para los servicios de salud. En este contexto, y teniendo en cuenta que la población femenina es la que tiene mayor esperanza de vida, el climaterio y la menopausia, período que bien puede cubrir un tercio de la vida de las mujeres, adquiere gran relevancia actual. Esta situación requiere de una atención especial para brindarle calidad a esos años de vida ganados, sobre todo porque como sabemos, las mujeres presentan una alta morbilidad y son la principal clientela de los servicios de salud del país.

Segundo, el tema del climaterio y la menopausia se ha venido debatiendo en nuestro país, relacionado con la terapia de sustitución de hormonas, en el marco de un enfoque biomédico, lo que ha generado una confusión no sólo en los profesionales de salud y el público, sino principalmente en las mujeres, sobre los beneficios y los riesgos de este tratamiento.

En consecuencia, resulta prioritario que los servicios definan las políticas correspondientes y que las mujeres cuenten con los elementos necesarios para tomar las decisiones que más les convengan.

Tercero, respecto a las vivencias y necesidades expresadas por las mujeres que participaron en el estudio, nos interesa destacar que, en general, no percibimos grandes diferencias entre las respuestas de las mujeres del área rural y del área urbana. No obstante, las mujeres urbanas parecían más informadas sobre los temas discutidos y manejaban un discurso más crítico de su condición, aunque siempre dentro de los límites de una visión tradicional de los roles femeninos.

En este sentido, llegar a la mediana edad no significó un cambio radical ni trastornos en su existencia. De acuerdo con lo expresado, las mujeres han asumido esta etapa como parte del

proceso natural del envejecimiento, aunque como ya lo explicamos, con los matices propios de sus vidas. Este hecho cuestiona la creciente medicalización a que se ha sometido la vida de las mujeres.

Cuarto, en relación con sus necesidades de salud, los problemas principales se referían a las enfermedades propias de las personas mayores (hipertensión, diabetes y osteoporosis). Nos llamó la atención que casi no se mencionaron los síntomas asociados con la menopausia como bochornos, sudoración, sequedad vaginal, insomnio y otros, los cuales son problemas importantes en estudios hechos con mujeres de niveles más altos en el área urbana (Cerdas, s.f.; Villarreal, 1996).

Quinto, en cuanto a su experiencia con los servicios de salud, de manera clara, estas mujeres demostraron las incongruencias y contradicciones existentes, producto de la ausencia de políticas claras dirigidas a la salud de las mujeres.

Además, expresaron su disconformidad con el trato que recibían por parte de los servicios de salud, particularmente los médicos y las largas esperas para las citas con especialistas, los exámenes y los resultados.

Por otra parte, reclamaron información precisa acerca de tratamientos y medicamentos que eran utilizados frecuentemente en mujeres de mediana edad, concretamente los estrógenos y el suplemento de calcio.

Por último, y a manera de síntesis, queremos hacer un llamado de atención a las instancias correspondientes para “visibilizar” a las mujeres de mediana edad como un sector de la población importante y con necesidades particulares, que en la actualidad está excluido de las políticas y programas de salud.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Achío T., M. (2001), “Atención de la salud de las mujeres de mediana edad, una modalidad alternativa” proyecto nro. 725-A0-013, UCR, IIS. *Informe de Investigación*.
- Asociación de Medicina Interna de Costa Rica. (1998), “Situación del síndrome climatérico en Costa Rica”, *Surcos de la Medicina Interna*, Año 1, Vol.1.
- Azofeifa M., Lidia R. (1998), “Programa de desarrollo personal dirigido a la mujer que asiste a la consulta de climaterio en el Hospital México”. Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica. *Práctica dirigida*.
- Barrantes, Alexander. (1998), “Calidad de vida durante el climaterio: perspectiva de un grupo de mujeres”, Programa de Maestría en Salud Pública, SEP, UCR.
- Barrantes S., Alejandra; Marín V. Mexlyn y Murillo V., Flor de María. (1998), “Factores protectores en relación con la calidad de vida de las adultas mayores del Grupo Acción”, *Tesis de Licenciatura Trabajo Social*, FCS, UCR.
- Beyene, Y. (1986), Cultural significance and physiological manifestations of menopause. A biocultural analysis. *Culture, Medicine and Psychiatry*; 10:47-71.
- Bolaños C., Rosario y Calderón R., Nora. (1998), “Curso taller para el manejo saludable en la etapa de climaterio y menopausia en un grupo de mujeres . Clínica Integrada Prosalud de la familia en Turrialba”. Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica. *Informe Práctica dirigida*.
- Breen, Mary J. (1999), “Historias de mujeres en la madurez. Aprendiendo a escuchar, escuchando para aprender”, en *Cuadernos Mujer Salud 4. La revolución de las canas. Reflexiones y experiencias sobre el envejecer de las mujeres*. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 25-32.
- Caja Costarricense del Seguro Social. Gerencia División Médica, Dirección Técnica de Servicios de Salud, Sección de Información Biomédica, (1999), “Morbilidad manifiesta en los servicios de salud por

- sexo y edad, según lugar de atención, CCSS". *Serie Estadísticas de la Salud*, nro. 14.
- Cerdas Pérez, Sonia. s.f. "Perfil de la mujer climaterica en Costa Rica" (Documento por publicar y facilitado por la autora, vía correo electrónico).
- . (1997), "Climaterio. Conceptos actuales sobre carencia estrogénica prolongada y su adecuada substitución". *Acta Médica Costarricense*, Colegio de Médicos y Cirujanos.
- Elizondo, Luz Marina y Esquivel, Nelsy. (1993), "Desarrollo de un Programa de atención para el climaterio y menopausia en la población mayor de 50 años en el Área de atracción de Cristo Rey, Subregión Central Sur". Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica. *Informe de Práctica dirigida*.
- Gómez, Adriana, ed. (1999), "Introducción" *Cuadernos Mujer Salud 4. La revolución de las canas. Reflexiones y experiencias sobre el envejecer de las mujeres*. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.
- Gómez, Elsa (1993), "Introducción", En: *Género, Mujer y Salud*. OPS/OMS, Washington, DC.
- Fishbein, E.G. (1992), Women at midlife. The transition to menopause. *Nursing Clinics of North America*; 27(4): 951-957.
- Jones, Rupert C.M. *et al.* (1999), The Middle Years Group: A Holistic Approach to the Management of the Menopause in Primary Care, *MATURITAS* 33(1999) 95-98.
- Matamala, María Isabel (1999), "Mujeres, menopausia y larga vida. Necesidad de una nueva ética occidental". En: *Cuadernos Mujer Salud 4. La revolución de las canas. Reflexiones y experiencias sobre el envejecer de las mujeres*. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 76-79.
- McKeon V.A. (1989), Cruel myths and clinical facts about menopause. *Research Nurse*; 52(6): 52-59.
- Morice T., Ana. (1998), "Situación de las enfermedades crónicas no transmisibles en Costa Rica", Programa Carmen-Costa Rica, INCIENSA, Tres Ríos.
- Ojeda, L. (1995), "La menopausia: mito y realidad". En Ojeda Linda: *Menopausia sin medicina*, (pp. 31-47). España: Ediciones Paidós.
- Pittman, Patricia y Hartigan, Pamela. (1995), "Calidad de la atención y la perspectiva de género", *Revista Mujer y Salud*, RSMLAC.
- Samsioe, Goran. (1996), "Menopausia y terapia de reemplazo hormonal", Merit, s.l.
- Sheeny, Gail. (1992), *Menopausia: el pasaje silencioso*. Editorial Atlántida, Buenos Aires.
- Stein, Jane. (1997), *Empowerment & Women's Health*, Zed Books Ltd, London and New Jersey.
- Utian, Wulf H. (1997), "Menopause. A Modern Perspective from a Controversial History". *MATURITAS*, 73-82.
- Villarreal, María Cecilia. (1996), "La menopausia: un proceso de crecimiento", *Tesis Programa Estudios de Posgrado en Estudios de la Mujer*, UCR.