



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS DE LA
MENSTRUACIÓN**

**T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)
IRIS ARMANTEA PHILLIPS CARBAJAL**

Director: Lic. Ángel Enrique Rojas Servín
Dictaminadores: Lic. José Esteban Vaquero Cazares
Lic. Edy Avila Ramos



Los Reyes Iztacala, Edo. de México

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia: padres, hermanos, abuelos, tíos, primos, sobrinos, por haberme dado todo lo necesario para desarrollarme, por su amor, alegría, cuidado y ejemplo.

A mi otra familia: mis amigos, a los cuales no necesito mencionar porque ellos saben bien quienes son, que momento a momento han estado conmigo, escuchándome, apoyándome y animándome a ser mejor cada día.

A Enrique Rojas que con su excelente disposición y paciencia, me asesoró, ayudándome a convertir en realidad este sueño y compromiso.

Gracias a Edy y Vaquero, que mostraron interés en mi trabajo y accedieron a ser partícipes de él.

A Jorge Miranda que con su apoyo me dio la oportunidad de abrirle la puerta a nuevas posibilidades.

INDICE

Resumen	
Introducción	1
Capítulo 1. Psicología y salud	6
1.1. Psicología Social de la Salud	6
1.2. Perspectiva Cognitivo Conductual	13
Capítulo 2. Mujer y sociedad	17
2.1. El capitalismo	20
2.2. La mujer y el matrimonio en el capitalismo	23
2.3. El feminismo	26
Capítulo 3. Biología femenina	29
3.1 La hembra humana	29
3.2. Primeras concepciones del aparato reproductor femenino	30
3.3. El semen sagrado	32
3.4. El ovismo y animáculos espermáticos	35
Capítulo 4. La menstruación	39
4.1. El proceso de confirmación	39
4.2. Aspectos psicológicos de la menstruación	41
4.3. Mitos acerca de la menstruación	42
4.4. Cambios producidos en la menstruación	45
4.5. El síndrome premenstrual	46
Capítulo 5. En búsqueda de la amenorrea	49
5.1. ¿Qué es la amenorrea?	49
5.2. Implanon.	50
5.3. Algunos comentarios de usuarias de implanon	51
5.4. Seasonale- Seasonique	53
5.5. Lybrel	55
Discusión y conclusiones	57
Referencias	64

RESUMEN

El objetivo de la presente tesina es realizar una revisión teórica de la concepción actual sobre la menstruación como producto de la situación histórico-social en la que se encuentran las mujeres. Esto es, plantear la menstruación como el resultado de los discursos sociales contruidos en torno a ellas.

Si bien, las mujeres no han presentado grandes cambios a nivel fisiológico, las concepciones en relación a las mujeres no han sido las mismas a lo largo de la historia: a veces vista como un hombre al revés, otras como una bruja o como el cimiento de la familia, delatan grandes cambios.

En los cinco capítulos que abarcan el tema, se describe desde cómo la perspectiva Cognitivo Conductual incide en él, haciendo un recorrido teórico sobre las concepciones que han surgido sobre la mujer, su cuerpo y su sexualidad; hasta llegar al análisis de la concepción actual que se tiene sobre la menstruación. En esta última parte, se discute como se visualiza la menstruación como algo de lo cual puede prescindirse, ya que los avances médicos lo permiten a través de productos como Lybrel y otros anticonceptivos de ciclo extendido.

Así, este trabajo abre la pauta a futuras investigaciones que indaguen las consecuencias psicológicas que puedan manifestarse a largo plazo respecto a la ausencia de menstruación (amenorrea) provocada con anticonceptivos de ciclo extendido en tres esferas de la salud: bio-psico-social. Observando en la amenorrea una respuesta a la concepción actual que tiene la sociedad sobre la menstruación.

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales intereses de los antropólogos ha sido la forma en que cada cultura manifiesta la diferencia de los roles sexuales, basados en una división del trabajo originada en la diferencia biológica. Puesto que cada época y sociedad construye, reconoce y asigna atributos a los seres humanos a partir de una clasificación sexual que se da de acuerdo a las características físicas con las que se nazca (Lagarde, 1997).

Como señalan los más antiguos hallazgos, las primeras sociedades eran nómadas y se dedicaban a la caza, así, las mujeres al embarazarse se veían impedidas para hacerlo, por lo cual recolectaban frutos y hacían tareas que requirieran menor esfuerzo, ésta es la denominada primera división del trabajo. Con el paso del tiempo, las circunstancias se fueron modificando y es en la Segunda Guerra Mundial cuando las mujeres logran su inserción en la fuerza laboral. Sin embargo, al finalizar la guerra, los hombres que habían abandonado las fábricas por ir al frente de batalla, regresan a sus hogares y a su vida laboral, por lo que muchas mujeres son despedidas y vuelven a los quehaceres domésticos. Para entonces el cambio ya se había generado, la independencia económica otorgó una visión distinta a las mujeres, sumando a ello la afeción que sufrieron muchas familias tras la guerra, algunos matrimonios rompieron y otros tantos, se mantuvieron unidos aunque inconformes. Se dice, que es justamente esta situación la que originó que las hijas de aquellas mujeres que fueron a las fábricas, iniciaran en los 60's el movimiento de "liberación femenina".

Con el movimiento feminista se dio inicio a una serie de cambios sociales, cayendo en el feminismo radical a finales de los años 70. En esta época cuando se fue gestando un nuevo ideal de mujer, para el que la casa, los hijos, el marido, no eran su única preocupación pues ahora también le importaba destacar en el terreno laboral. Es en este momento cuando, logra intervenir en áreas que le

habían estado restringidas: principalmente la sexual y la personal. Entendiendo como personal esa área abocada a solventar sus necesidades de reconocimiento, de disfrutar independencia económica y de experimentar placer.

Uno de los aportes de esta época fue el surgimiento de la píldora anticonceptiva, lo cual convirtió la maternidad en una opción. Grandes escándalos se desataron en torno al uso de la píldora, el clero veía en ella una amenaza a la voluntad de Dios —había que tener todos los hijos que Dios mandara— y las mujeres, la oportunidad de disfrutar su sexualidad sin consecuencias.

Una vez creada la demanda, el mercado farmacéutico se encargó de crear nuevos métodos anticonceptivos, haciéndolos cada vez más precisos, a más bajo costo y de fácil empleo. Para muchas mujeres, el tomar una píldora diaria resultaba molesto, pues si olvidaban una toma corrían el riesgo de quedar embarazadas, no obstante, por los beneficios que brindaba era una incomodidad que bien valía la pena.

Con los nuevos descubrimientos la industria médica sacó a la venta inyectables que brindaban seguridad por un mes, después vinieron los parches que colocándose en la pierna o el brazo liberaban cierta cantidad de hormonas, así surgieron una variedad de anticonceptivos cada vez más grande. No obstante, ninguno de ellos genera hasta el día de hoy el 100% de eficacia en la contracepción y muchas mujeres se las ingeniaban para emplearlos a su gusto. Por ejemplo a finales de los años 80 algunas chicas temerosas por no haber tenido su regla, asistían al Sector Salud a aplicarse un inyectable de un mes para que “les bajara”. De esto poco se sabe y resulta curioso que años más tarde se pusiera en discusión la píldora del día después, la cual consiste en una sobredosis de hormonas similar a la obtenida con los inyectables.

Tal vez para este momento puedan preguntarse ¿dónde entra el punto de vista del psicólogo? pues justo ahí, desde el momento en que la relación del

cuerpo biológico se ve trastocado por lo social, cuando la opinión y las decisiones de las mujeres no sólo giran en torno a su salud, sino a necesidades sociales implicando modificaciones en cogniciones y por tanto de sus conductas.

En la actualidad, el número de casos reportados por problemas relacionados con la fisiología femenina son alarmantes. Año con año incrementan los casos de cáncer de mama y cervico-uterino. Las mujeres con problemas de fertilidad o jovencitas con *endometriosis* y *síndrome de ovario poliquístico* (SOP) son más que frecuentes. De pronto estos padecimientos son tan frecuentes que pasan desapercibidos, aunque a estas alturas sería indispensable cuestionarnos acerca de lo que está sucediendo. La primera pregunta sería ¿por qué han aumentado los padecimientos relacionados con el aparato reproductor de las mujeres?, si bien las enfermedades infecciosas han disminuido, el padecimiento de enfermedades crónico-degenerativas se ha incrementado notablemente, por ejemplo en el 2001 morían en México diariamente dos mujeres a consecuencia del cáncer de mama y una por cervicouterino (CIMAC), mientras que en el 2006 estas cifras se incrementaron, al morir entre 8 y 11 mujeres diariamente por esta causa (El Universal, 2006). Tal vez si hacemos un acercamiento a las diferencias entre las épocas pasadas y las presentes podríamos asirnos de herramientas para discutir sus posibles causas.

Mucho se ha discutido el papel que ha desempeñado la medicina en la prevalencia de estas enfermedades, pues el empleo de fármacos de los cuales se desconocen resultados a largo plazo, parecen aportar soluciones a problemas inmediatos pero grandes desventajas que ventajas a largo plazo. Ejemplo de ello es la Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) aplicada a mujeres menopáusicas, en esta terapia se suministran grandes cantidades de estrógenos (hormonas cuya producción baja en la menopausia) con el objetivo de mantener la densidad ósea (evitando la osteoporosis), reducir los bochornos y algunos otros síntomas. El problema surge cuando al paso del tiempo, se encuentra evidencia de que la TRH se encuentra asociada a problemas cardiovasculares, embolias y cáncer, entre

otras enfermedades. Posteriormente se sumó a la fórmula progestina a —la cual equilibra los estrógenos para que no ocasionen daño— y así, a ensayo y error se avanza en la industria médica.

En la actualidad, el contar con métodos anticonceptivos no es suficiente. Ya tiene algunos años que se busca mantener bajo control la menstruación y la industria pone a la venta productos tales como el Implanon y las pastillas Seasonale, los cuales discutiremos en el presente trabajo, pues su propuesta es la búsqueda de la amenorrea, es decir, la no menstruación.

Por muchos pros y contras que puedan reportar estos productos, la causa de mayor interés para los psicólogos es la idea de permitir una mayor “libertad”. Pero para comprender esta idea de libertad, es necesario realizar un repaso de lo que han sido y han representado las mujeres en la historia.

Así, el objetivo de la presente tesina es realizar una revisión teórica de la concepción actual sobre la menstruación como producto de la situación histórico-social en la que se encuentran las mujeres. Esto es, plantear la menstruación como el resultado de los discursos sociales construidos en torno a las mujeres.

Para ello, la propuesta es iniciar el recorrido de la siguiente forma: en el capítulo 1 se aborda el tema de Psicología Social de la Salud y la Teoría Cognitivo Conductual. En el capítulo 2, la diferencia en la definición de género femenino y un recorrido histórico acerca de la sociedad capitalista, pues ésta plantea nuevas formas de organización social, no sin consecuencias. Se ubica cómo ha influenciado este sistema de producción a las mujeres y por tanto, a la femineidad. Ser mujer en las diferentes épocas de la historia ha tenido diversos significados.

El capítulo 3 se indaga las primeras concepciones del sistema reproductor femenino, echando un vistazo a las primeras concepciones de la fisiología femenina empezando con Aristóteles y Galeno.

Mientras que en el capítulo 4 el tema de menstruación es desglosado en qué sucede a nivel biológico, cuáles son los aspectos psicológicos que acompañan la menarca, mitos acerca de las mujeres menstruantes y el síndrome premenstrual.

El capítulo 5 aborda qué son y en qué consisten Implanon, Seasonale, Seasonique y Lybrel. Se incluyen algunos comentarios de usuarias. Y finalmente la discusión y conclusiones, donde se relacionarán los cinco capítulos.

CAPÍTULO 1.

PSICOLOGÍA Y SALUD

Hay enfermedades del alma
más perniciosas que las del cuerpo.
Cicerón.

1. Psicología Social de la Salud.

Antiguamente, la mayoría de las definiciones se daban en torno a opuestos, por lo que la definición de salud era descrita de esa forma, la salud era: “la ausencia de enfermedad”. Sin embargo éste es un término bastante ambiguo, que descansaba en la idea de que todo mundo sabe qué es enfermedad.

Por su parte, la enfermedad generalmente se asocia a sensaciones de malestar, dolor, fiebre y muerte. Muestras claramente perceptibles, en tanto que el estado saludable es definido a partir de la “normalidad” (la norma, la mayoría) y por tanto, la enfermedad como un estado de “anormalidad”. Ejemplo de ello es cuando en la aplicación de pruebas que miden el coeficiente intelectual, quienes obtienen resultados por debajo o superiores a la norma, son calificados como retrasados o superdotados, ambos sujetos de educación especial, porque están fuera de lo “normal”.

En 1948, en el Congreso de Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se definió a la salud como: “el estado de absoluto bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad”, por primera vez se habla de una salud integral. Así, la O.M.S. define la salud mental como: “la capacidad de establecer buenas relaciones con los demás individuos con el fin de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de los propios impulsos instintivos que

potencialmente están en conflicto, para que culminen en una síntesis integral, más bien que en la mera satisfacción de ciertas tendencias instintivas” (cit. en Tocavén, 1979, p. 18). Tocavén (1979) lo resume al señalar que la salud mental puede entenderse como: “un estado de bienestar emocional producido por la adaptación del individuo a la realidad externa e interna y que tiene como manifestación la capacidad de establecer buenas relaciones interpersonales productivas estables” (p. 17).

Para alcanzar la tan anhelada salud mental se recurrió primeramente a la *higiene mental*, la cual se encargaba de prevenir las perturbaciones de la personalidad y promover la salud mental, consistiendo su tarea —básicamente— en el conocimiento psicológico de las causas de la enfermedad e impulsar la educación adecuada para evitarlas (Tocavén, 1979). El término de higiene mental con el paso del tiempo se fue transformando hasta convertirse en lo que hoy conocemos como Psicología de la Salud. Ello ha llevado a que el ámbito de la salud se amplíe hacia áreas de conocimiento que antes eran relativamente ignoradas, como las ciencias sociales y humanas; ahora no sólo se reconoce su función y su aporte, sino que a estas ciencias se les demandan soluciones a problemas que escapan al alcance del modelo biomédico tradicional (Oblitas y Becoña, 2000).

Fue a partir de la conferencia de Alma-Ata en 1977, que se estableció como necesidad que para el año 2000 todos los ciudadanos del mundo pudiesen gozar de un estado de bienestar que les permitiera experimentar una productiva vida social y económica, lo cual dio lugar a la adopción de los objetivos del Programa Europeo “Salud para Todos” en 1984. Tales objetivos suponían un cambio en la filosofía de la OMS, no solamente enfatizando la curación, sino que se impulsaba la prevención y promoción de la salud, pero más allá de lo puramente biológico (Rodríguez, 1995). Como lo menciona López (1998): “la muerte se consideraba como el fin natural de un cuerpo, nunca como el resultado de una forma de vivir,

por lo tanto no se tiene una muerte digna (son del conocimiento privado y público las agonías dolorosas, que sólo marcan a los que quedan vivos, éstos cargan, literal y emocionalmente, con el muerto” (p. 21).

De acuerdo con Bishop (cit. en Oblitas y Becoña, 2000) son fundamentalmente tres los factores que contribuyeron al desarrollo del interés por una aproximación teórica y clínica más comprensiva que la que el tradicional modelo médico de enfermedad brindaba:

1. Incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas sobre las infecciosas.
2. Elevado costo de los cuidados de salud.
3. Mayor énfasis en el proceso de calidad de vida.

En 1977, la medicina comportamental constituyó uno de los primeros pasos conducentes al abordaje del tema de salud–enfermedad, originándose a partir de la Conferencia de Yale sobre *Medicina Comportamental* y definiéndose hasta abril del siguiente año en la reunión del Grupo de Investigación en Medicina Comportamental como “el campo interdisciplinario referido al desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas y de la conducta, relevantes para la salud y la enfermedad, y a la aplicación de esos conocimientos y técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación” (Schwartz y Weiss, 1978, cit. en Rodríguez, 1995, p.20). Por lo que la medicina comportamental podía entenderse como un universo de profesiones, donde el psicólogo sólo figuraba como uno más de los elementos que conformaba ese universo, aportando —dentro de su campo de trabajo— las herramientas necesarias para contribuir al cuidado de la salud y el tratamiento de la enfermedad. Es así como surge la Psicología de la Salud, enfocando inicialmente su interés en el ámbito de la medicina comportamental.

Para 1980, la American Psychological Association (APA) definió a "la Psicología de la Salud como la suma de las contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la disciplina psicológica a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la identificación de la etiología y el diagnóstico de los factores asociados a la salud, la enfermedad u otras disfunciones asociadas, así como al análisis y ayuda al sistema de salud y la formación de la política de salud" (cit. en Álvaro, 1996, p.17). Por lo que se reconoce con esto un hecho cada vez más evidente: el fenómeno vital humano está en permanente variación, no sólo en función de factores orgánicos, sino también ambientales y psicosociales; incluso, el papel que juegan factores como el estilo de vida y el ambiente social sobre la determinación de variabilidad en el proceso salud-enfermedad, es hoy en día proporcionalmente superior al de los factores orgánicos.

Por otra parte, la Psicología Social de la Salud —como su nombre lo expresa, se deriva de la Psicología Social— cuyo objetivo se centra en el análisis de las posibles interacciones involucradas en el proceso del mantenimiento tanto de la salud como de la enfermedad, dado que las conductas relacionadas con ambas, se aprenden y reproducen dentro de un contexto social. De manera que si se abordaran individualmente se dejarían de lado implicaciones sociales verdaderamente fundamentales (Álvaro, 1996). Así lo menciona Belloch: "no es suficiente para explicar el comportamiento, como tampoco lo son los valores, creencias y actitudes sobre la salud. Es necesario, poner en conjunción unos factores con otros,... así como estudiar en profundidad su peso relativo según las distintas etapas del ciclo vital y según los diferentes contextos sociales y culturales" (cit. en Beneit, 1994, p.38). Para hacerlo un poco más claro, pongamos un ejemplo, no basta saber qué son el SIDA o el cáncer, sino que también es importante conocer el significado que tienen dentro del contexto social, ya que es la sociedad es quien asigna un contenido estigmatizante a las enfermedades, afectando esto, desde la atención médica del paciente, hasta la concepción que pueda forjarse de sí mismo.

Básicamente, se puede determinar la influencia del contexto socio-cultural sobre el campo de la salud-enfermedad, en las siguientes áreas (Rodríguez, 1995):

1. Las teorías, definiciones o interpretaciones acerca del concepto de salud o enfermedad.
2. La expresión de síntomas, ya que las manifestaciones de dolor o malestar se ven influidas por las pautas de conducta aprobadas por el grupo social, en el sentido de permitir o no la expresión de éstas, influyendo en la tolerancia o resistencia al dolor u otros síntomas.
3. Las conductas orientadas a la preservación de la salud y prevención de la enfermedad.
4. La interacción entre el profesional de la salud y el portador de una enfermedad.
5. Los hábitos comportamentales de salud o enfermedad, en la medida en que se desarrollan y mantienen dentro de un contexto de influencias sociales y culturales.

El conocer los diversos aspectos que encierran los términos de salud y enfermedad nos permiten promover la salud, prevenir la enfermedad, facilitar la experiencia durante ésta, mejorar su tratamiento, recuperación y facilitar la relación del paciente con la organización sanitaria (Álvaro, 1996).

Sin embargo, el desarrollo de la psicología de la salud no ha sido uniforme, mucho menos en América Latina. En los países donde la psicología cuenta con un mayor grado de desarrollo, el origen de la psicología de la salud se puede rastrear a finales de la década de los 60's y —más ampliamente— en los 70's. Los primeros temas abordados fueron: el manejo psicológico de las enfermedades crónico-degenerativas, principalmente las cardiovasculares, el cáncer y el dolor crónico, así como las adicciones, empleando principalmente aproximaciones metodológicas de la psicofisiología y la terapia cognitivo-conductual (Rodríguez y Rojas, 1998).

En algunos países los inicios de la psicología de la salud se encuentran en las universidades a través de la creación de líneas de investigación de interés de los académicos, que posteriormente fundamentaron el establecimiento de los programas de formación de especialistas. Sin embargo, en otros países dichos principios se hallan en las unidades de salud de los diferentes niveles de atención, tal como ocurrió en el Hospital Militar Central de Colombia. Mientras que en Venezuela se da en forma simultánea en la Universidad Central, en los Hospitales Universitarios Simón Bolívar y Los Andes, así como en el Hospital J. M. De los Ríos, con especial énfasis en la Atención Primaria a la Salud y en Psicología Comunitaria (Rodríguez y Rojas, 1998).

Posteriormente en la década de los años 80, se establecen en América Latina los primeros programas de formación de psicólogos de la salud, todos ellos de posgrado y con tendencia a la sub especialización en alguno de los campos de atención primaria de la salud: salud reproductiva, salud ocupacional, psicología comunitaria, atención de pacientes crónicos y adicciones, entre otros. A nivel de estudios de pre grado, las universidades de algunos países han iniciado cursos de inducción, no solamente en las escuelas de psicología sino también en otras disciplinas de la salud como la medicina y la enfermería. Cuba es el país con mayor tradición en América Latina en psicología de la salud, y en México es hasta 1986 cuando se establece el primer Programa de formación a nivel de Maestría de la Facultad de Psicología de la UNAM y se emplean los campos clínicos de las instituciones del sector salud para el desarrollo del programa, lo que les permite a los psicólogos en formación participar en diferentes escenarios de los tres niveles de atención, enmarcado esto en el modelo de las residencias médicas (Rodríguez y Rojas, 1998). Estos autores estiman que en 1998 existían alrededor de 2000 psicólogos trabajando en la prestación de servicios de salud en una población mayor de 90 millones de habitantes, mientras que la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud estimaba que había 120 psicólogos en esta área y en Puerto Rico no existía una preparación formal en psicología de la salud.

De acuerdo con Rodríguez y Rojas (1998) son tres los escenarios de intervención más comunes de los psicólogos de la salud:

- a) Instituciones de enseñanza superior, realizando funciones de docencia e investigación.
- b) Centros asistenciales, clínicas, hospitales e institutos de salud de los tres niveles de atención, con funciones de planeación, servicio e investigación.
- c) Práctica privada enfocada a la atención individual y de pequeños grupos.

Actualmente se puede afirmar que la Psicología de la Salud abarca todos los momentos del proceso salud-enfermedad, desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad hasta la rehabilitación y el cuidado de pacientes terminales; esto con base a aproximaciones individuales, grupales o comunitarias, así como con el empleo de diversos enfoques teóricos y/o metodológicos. La intervención más oportuna es la prevención primaria, ésta supone dos modalidades reconocidas como accesibles al experto en comportamiento: la primera es identificar a personas que por factores de tipo distal se encuentran en riesgo (padecimientos en la familia, ambiente físico y social, etc.), y la segunda es suponer que todo ser humano está potencialmente expuesto a factores de riesgo y optar por promover la adopción de conductas protectoras en población abierta como un esfuerzo general de promoción de la salud. El propósito es facilitar a la persona la adopción de comportamientos que le ayuden a recuperar o mantener la salud. En una reunión del Sector Salud de México y la O.M.S. se señalaba que se pueden identificar cuatro grupos de factores que afectan la salud del ser humano, aunque se ha añadido un quinto, dada la tradición del análisis de la interacción entre el ser humano y su ambiente (Sánchez, 1998):

1. Herencia, naturaleza y características del equipo biológico con que nace el ser humano.
2. Nutrición, calidad y cantidad de su alimentación, incluso antes de nacer.
3. Acceso a servicios de salud de alta calidad.
4. Comportamiento humano.
5. Ambiente, calidad del ambiente que rodea al individuo.

Para desarrollar un programa preventivo resulta imprescindible conocer las causas de una determinada enfermedad, haciéndose necesario advertir las posibles conductas de riesgo que obstaculizan el desarrollo integral y se ha optado por enfatizar la *promoción de estilos de vida saludables* (Álvaro, 1996) los estilos de vida saludables son todo aquello que provee bienestar y desarrollo individual a nivel bio-psico-social, basándose para esto en el conocimiento resultante de los diversos estudios realizados sobre las conductas que producen daño y las que producen bienestar.

1.2. Perspectiva cognitivo conductual.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC), ha ido de la mano en el desarrollo de la Psicología Social de la Salud por su gran eficacia, pero revisemos un poco más acerca de la TCC.

A continuación revisemos los cuatro pilares básicos de la terapia cognitivo-conductual: Condicionamiento Clásico, Condicionamiento Operante, Aprendizaje Social y Aprendizaje Cognitivo.

Pavlov a principios del siglo XX descubrió que los animales pueden aprender a responder a determinados estímulos, a partir de sus reflejos incondicionados, experimentando con perros a los que se les enseñó a salivar al escuchar el sonido de una campana. Mediante un procedimiento quirúrgico Pavlov podía medir la cantidad de saliva segregada por el perro, cuando se le presentaba un trozo de carne, observaba que se incrementaba el flujo de saliva. Después Pavlov sonaba una campana antes de presentarle el trozo de carne y observó que luego de repetidas veces, el perro segregaba saliva abundante al sólo escuchar el sonido de la campana, aunque no se presentase alimento, pues el perro había aprendido a salivar ante un estímulo neutro como la campana.

En resumen, se puede decir que el Condicionamiento Clásico consiste en aprender una respuesta condicionada que involucra la construcción de una asociación entre un estímulo condicionado y un estímulo incondicionado. Al utilizarlos juntos, el estímulo condicionado que de manera natural era neutro, adopta las propiedades del estímulo no condicionado. De los trabajos de Pavlov es que se inspira uno de los autores más conocidos y más asociados con la TCC, justamente, John B. Watson, quien aplicando los principios del condicionamiento clásico con *Albert* (un niño de un orfanato) funda las bases de lo que luego se conocería como el conductismo.

Hacia el año 1930, las investigaciones de F. B. Skinner plantean la existencia de otro tipo de aprendizaje, el Condicionamiento Instrumental u Operante, proceso por el cual los comportamientos se adquieren, mantienen o extinguen en función de las consecuencias que le siguen. La gran cantidad de investigaciones desarrolladas con base en estos dos paradigmas mencionados conformaron lo que se conoce como Teoría del Aprendizaje.

Hacia la década de 1960 los trabajos encabezados por Albert Bandura comenzaron a formar un nuevo conjunto de hipótesis, cuyo énfasis recaía en el papel que la imitación jugaba en el aprendizaje, afirmaba que el aprendizaje no sólo se producía por medio de la experiencia directa y personal sino que también pueden obtenerse —fundamentalmente en los seres humanos— a través de la observación de otras personas, así como de la información recibida por medio de símbolos verbales o visuales.

Agreguemos que Bandura se halla también muy involucrado en la formulación de modelos cognitivos. De hecho, hacia la misma época, un movimiento quizás algo reaccionario al conductismo radical, comienza a estudiar los inicialmente denominados "eventos privados" —pensamientos, diálogos e imágenes internas, creencias, supuestos, etc. —. Mencionemos a Aaron Beck y Albert Ellis como dos de los representantes principales en lo que a la clínica se

refiere. Aunque desarrollados de manera relativamente independiente, sus dos modelos de intervención terapéutica denominados: Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva (respectivamente) en lo esencial llegan a coincidir pues ambos insisten en las influencias que el pensamiento ejerce sobre las emociones y la conducta. Además, el pensamiento de un individuo refleja su sistema de interpretación del mundo, es decir, un conjunto de creencias, supuestos y reglas subyacentes que por lo general no son plenamente conocidas por las personas.

De ellos se han desprendido múltiples líneas de investigación. En efecto, a fin de explicar la complejidad del comportamiento humano es preciso poner en conjunción no sólo los principios derivados de los paradigmas mencionados, sino considerar otros desarrollos de la investigación contemporánea que no se oponen ni excluyen a los aspectos aquí tratados. Particularmente, en lo que se refiere a la práctica de la terapia cognitivo-conductual, las técnicas utilizadas combinan en diversos grados principios provenientes de múltiples líneas de investigación. En suma, dado el carácter científico de la terapia cognitivo-conductual, ella se nutre, sencillamente, de la investigación psicológica contemporánea. En este sentido, no es una teoría ni una escuela psicológica, sino que se caracteriza mejor como un marco metodológico. No importa tanto el origen de las hipótesis sino el que ellas hayan pasado por la prueba empírica que exigen los criterios metodológicos.

Los terapeutas cognitivo conductuales resaltan la interdependencia de los múltiples procesos que están envueltos en las cogniciones, emociones, conducta, organismo y ambiente (Meichembaum, 1988).

La intervención terapéutica en terapia cognitivo-conductual se estructura en tres pasos. El primero contempla la evaluación cuidadosa del caso, se refiere al momento de formular hipótesis explicativas acerca de los problemas que trae la persona y trazar los objetivos del tratamiento. Esas hipótesis conducen a la segunda fase, la intervención propiamente dicha, vale decir, el empleo de técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos planteados. Finalmente, la tercera

fase, el seguimiento, se centra en la consolidación, generalización y mantenimiento de los cambios de conducta y la evitación de las recaídas.

Algunas de las características prácticas más destacadas de este modelo psicoterapéutico son:

- ★ Su brevedad.
- ★ Que se centra en el presente, en el problema y en su solución.
- ★ Su carácter preventivo de futuros trastornos.
- ★ Su estilo de cooperación entre paciente y terapeuta.
- ★ La importancia de las tareas de auto-ayuda a realizarse entre sesiones.

Por todo lo anterior se puede concluir que la terapia cognitivo conductual puede contribuir a la obtención de beneficios clínicamente significativos y duraderos, además de que permite disminuir la utilización excesiva de los servicios de salud como ocurre con problemas relacionados a cierta sintomatología que pueda confundirse con problemas orgánicos y que más bien son la respuesta fisiológica a situaciones que experimenta el sujeto con su medio ambiente, por ejemplo trastornos de ansiedad, depresión, etc.

A continuación iniciaremos un recorrido sobre el papel que han representado las mujeres en algunos momentos clave de la historia.

CAPÍTULO 2.

MUJER Y SOCIEDAD

La mujer paga su deuda con la vida,
no por lo que hace, sino por lo que sufre.
Schopenhauer.

Uno de los principales intereses de los antropólogos ha sido la forma en que cada cultura manifiesta la diferencia de los roles sexuales, originados en una división del trabajo basada en la diferencia biológica. Por ejemplo, Margaret Mead es conocida por su ya clásico estudio de las tres sociedades de Nueva Guinea acerca del por qué de las diferencias conductuales y de temperamento, concluyendo que son creaciones culturales y que la naturaleza humana es increíblemente maleable (Langer, 1992). Ya que cada época y sociedad construye, reconoce y asigna atributos a los seres humanos a partir de una clasificación sexual que se da de acuerdo a las características físicas con las que se nazca (Lagarde, 1997).

Por su parte, Murdock dice que “el hecho de que los sexos tengan una asignación diferencial en la niñez y ocupaciones distintas en la edad adulta es lo que explica las diferencias observables en el temperamento sexual y no al contrario” (cit. en Lamas, 2002, p.23).

Lamas aclara qué significa género, explica que género refiere a una clase o tipo, y como la anatomía ha servido de base para la clasificación de las personas existen dos géneros a los que corresponden: machos y hembras. También menciona que en la gramática española, el género es el accidente gramatical por el cual los sustantivos, adjetivos, artículos o pronombres pueden ser femeninos, masculinos o —sólo los artículos y pronombres— neutros. Según María Moliner

(cit. Lamas, 2002) tal división responde a la naturaleza de las cosas sólo cuando esas palabras se aplican a animales, pero a las demás cosas se les asigna el género masculino o femenino de manera arbitraria lo cual es muy evidente cuando en otras lenguas el femenino de algún objeto se vuelve masculino, por ejemplo, en español decimos la luna y el sol, mientras que en alemán es el luna y la sol.

Así, Lamas señala que en las personas no siempre el sexo y el género se corresponden, ya que pueden existir hembras masculinas y machos femeninos.

Aunque ya varios estudios desde Money en 1955 hablaban de la diferencia entre género y sexo es hasta 1968 cuando Robert Stoller en *Sexo y Género* plantea casos en los que la asignación de sexo falla, dado que las características externas de los genitales eran confusas, como en los casos de niñas con síndrome androgenital, o sea niñas cuyos genitales externos se han masculinizado, aunque tienen un sexo genético XX, anatómico —vagina y clítoris— y hormonal femenino. Cuando a estas niñas se les asignó un papel masculino por su apariencia, el error de haberlas rotulado como niños después de los primeros tres años de edad, volvía imposible el dar marcha atrás pues la persona en cuestión retenía su identidad inicial de género pese a los esfuerzos por corregirla. Aunque también hubo casos en los que niños genéticamente varones tras un defecto anatómico grave o haber sufrido la mutilación del pene, fueron rotulados preventivamente como niñas, de manera que se les asignó esa identidad desde el inicio, y eso facilitó el posterior tratamiento hormonal y quirúrgico que los convertiría en mujeres. De manera que estos casos hicieron pensar a Stoller que lo que determinaba la identidad y el comportamiento de género era el haber vivido desde el nacimiento experiencias, ritos y costumbres atribuidos a cierto género.

Desde esta perspectiva psicológica, género es una categoría en la que se articulan tres instancias básicas (Lamas, 2002):

- a) *La asignación (rotulación, atribución) de género.* Se realiza desde el momento en que nace el bebé a partir de la apariencia de sus genitales. Aunque puedan éstos estar en desacuerdo con su carga hormonal.
- b) *La identidad de género.* Se establece más o menos a la edad en que el niño adquiere el lenguaje (2 y 3 años) desde dicha identidad el niño estructura su experiencia vital, haciéndolo identificarse en todas sus manifestaciones.
- c) *El rol de género.* El rol de género se configura con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura acerca del comportamiento masculino o femenino. Aunque básicamente en todas las sociedades corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva: “las mujeres paren a los hijos y, por lo tanto, los cuidan: ergo, lo femenino es lo maternal, lo doméstico, contrapuesto con lo masculino como lo público” (Lamas, 2002, p. 36).

Ussher (1989) dice que la relación madre e hija es fundamental en la formación de la autopercepción que tiene la joven adolescente sobre sí misma y su cuerpo. Explica que es una relación ambivalente, porque generalmente la madre se encarga de preparar a su hija para confinarla a un mundo patriarcal, similar al de ella. Educándola para respetar las restricciones que la misma madre ha vivido, de manera que su hija no sea una “inadaptada”. Algunas de las leyes sociales que según ésta autora definen la feminidad son: dar preferencia a los demás, anticipándose y satisfaciendo las necesidades de otros, así como basar el auto-concepto a través de las relaciones interpersonales. Lo cual tiene como consecuencia que la adolescente tenga una actitud ambivalente sobre su cuerpo, sexualidad y por consiguiente, con su identidad.

Dado que el sexo parece ser un factor determinante para la crianza de los hijos al interior de la familia, es preciso abordar las implicaciones que tiene ser hombre o ser mujer.

Desde pequeños a niños y niñas se les diferencia en los juguetes, se suelen regalar cochecitos y súper héroes a los niños mientras que a las niñas se les regalan muñecas para que jueguen a ser las mamás —aparte de trastecitos para que hagan la comida— quizá por ello frecuentemente se relaciona el concepto de feminidad con maternidad, porque desde la niñez suelen asociárseles. Sin embargo, Marta Lamas (2002) señala que maternidad y maternaje no son la misma cosa, pues dice que la maternidad es la capacidad específicamente femenina para gestar y parir, mientras que el maternaje es la práctica aprendida para la crianza, el cuidado y la responsabilidad de los hijos. Así, Castañeda (2002) hace referencia a que las únicas tareas maternas que están realmente fuera del alcance de los hombres son las que dependen estrictamente de la biología de la mujer: el embarazo, el parto y la lactancia.

Castañeda (2002) argumenta que este “monopolio de la maternidad” que mantienen muchas mujeres, tiene su razón de ser dado que en una sociedad machista, la maternidad es lo único que otorga un estatus respetado a la mujer; la enaltece a ojos de los hombres como no lo hace su inteligencia ni sus logros profesionales. Esto da a las mujeres un elemento de poder frente a los hombres; por lo que es lógico que la defiendan celosamente, como un territorio femenino no sólo natural, sino exclusivo” (Castañeda 2002, p.187).

Pero para contextualizar esta posición de la mujer en la sociedad, es necesario realizar un pequeño recorrido histórico, así será un poco más claro el por qué de la necesidad de las mujeres en ostentar un dominio donde los hombres se mantengan al margen.

2.1. El capitalismo.

Uno de los hechos históricos que sin duda han dado un vuelco a la perspectiva social es el inicio del proceso de inserción de la mujer en el trabajo, el

cual implica entre otras cosas, la modificación de las expectativas que la sociedad establece en torno a ésta y que a su vez la mujer adopta como suyas.

Según Engels (cit. en Langer, 1992), la primera división del trabajo surge entre el hombre y la mujer para la procreación de los hijos, por lo que el primer antagonismo de clase y opresión de una a otra, aparece con el advenimiento del patriarcado al someter los hombres a las mujeres. Engels señala que el prejuicio servía de apoyo a la estabilidad social, delimitando los campos de acción para cada sexo y aunque perjudicaban a la mujer, también les brindaba seguridad a uno y otro sexo.

El contexto que se vive actualmente está fundamentado en un sistema capitalista de producción, el cual tiene sus orígenes en la revolución industrial. La revolución industrial es el proceso de cambio económico y técnico originado en Inglaterra hacia la primera mitad del siglo XVIII que consiste en la utilización de la máquina como eje de producción, desplazándose a último plano las labores manuales así como el sistema doméstico de trabajos por encargo; factores que provocan cambios de gran magnitud en las sociedades occidentales significando el desarrollo de la economía capitalista y el predominio de la iniciativa privada. (Delgado, 1994).

La revolución industrial se expandió a otros países, primero a Holanda y al norte de Francia, y posteriormente a Estados Unidos, Bélgica, Alemania, Suiza y algunas regiones de Italia y Rusia. En todos estos países se pueden observar similitudes con los cambios existidos en Inglaterra, pero con características particulares a la cultura de cada país.

Como las industrias se localizaban en las zonas urbanas se dio un constante movimiento migratorio del campo a la ciudad lo cuál incrementó la población urbana, favoreciendo a la industria con una abundante mano de obra.

La revolución industrial trajo como consecuencia una nueva estructura social, surgiendo así, una nueva categoría de empresarios nacida de la pequeña burguesía que fue enriqueciéndose gracias a la industrialización. En los que predominaba la idea de que se debían eliminar los obstáculos a la producción y a la ganancia lucrativa, por cuanto ésta constituía el principal motivo de felicidad entre los hombres, propiciando que el trabajo humano se considerara como una mercancía que podía comprarse mediante el pago de un salario. De esta manera entre patrones y trabajadores, se establecieron unas relaciones frías e impersonales.

También se encuentra la clase de artesanos y agricultores tradicionales que al no utilizar las herramientas mecanizadas, fueron incorporándose lentamente al avance tecnológico. Por último, y menos importantes, se encontraban los obreros asalariados quienes empezaban a constituirse en el proletariado industrial, pero que durante la primera parte de la revolución industrial, formaban una masa obrera situada en lo más bajo de la escala social, en condiciones lamentables de humillación y aislamiento, al margen del progreso que disfrutaban otras clases involucradas en el proceso de industrialización. Dentro de este grupo había ya mujeres y niños, forzados a realizar algunos trabajos específicos que los hombres adultos no hacían con tanta eficacia, además de que éstos significaban mayores problemas para los empresarios (Delgado, 1994).

Una de las situaciones que se da a raíz de la necesidad del incremento de la mano de obra para las industrias y la reducción de la inversión en el campo por parte de los gobiernos, es la inserción de la mujer al ámbito productivo lo cual vendría a romper con la visión que se tenía de la capacidad femenina.

La ausencia de la fuerza de trabajo femenina en la manufactura o en la educación fue descrita como evidencia de la inferioridad intelectual, resultado de la especialización reproductiva de la mujer siendo más tarde, esta ausencia el mismo obstáculo en el desarrollo profesional de la mujer. Lamott (citado en Ussher, 1989,

p. 3) cita un periódico norteamericano donde dice: “El factor que interviene para que la mujer no incursione en campos como la ingeniería, no es el que tenga poca habilidad espacial, sino que se debe fundamentalmente a la hostilidad de los ingenieros hombres. Esto se debe en parte, a la biología”.

2.2. La mujer y el matrimonio en el capitalismo.

Para ilustrar cuales son los efectos de este fenómeno y su trascendencia social mencionaremos los casos de la mujer obrera y la mujer burguesa en Francia. Por un lado la mujer obrera era explotada, como en la actualidad, pues la valoración de su trabajo se veía minimizada a comparación del trabajo del hombre, por lo tanto su salario era menor, la pobreza del obrero era para la obrera riqueza, abundancia y lujo. Ante tal situación la mujer tenía pocas opciones: ofrecerse a los hombres por dinero, prestar sus servicios al trabajo doméstico o conseguir un marido que la mantuviera; cuando esto último sucedía ella era maltratada por el marido, pues concebían a la esposa como un obrero particular, decían: “en las Antillas, uno compra un negro; en Francia se casa con una mujer” (Michelet, 1992).

Por otro lado, la mujer burguesa disfrutaba de los “beneficios” que el poseer bienes le traía, uno de estos era aspirar al matrimonio. Para cualquier hombre la mujer con dote representaba un gran negocio —a pesar de que muchas veces no podía hacer toma de posesión de tales propiedades—. Se trataba de mujeres cultas con ideas de independencia, con proyectos de vida particulares, pero la sociedad donde se desenvolvían no toleraba su superación, razón por la cual se les reprimía, al grado de orillarlas a ver como único recurso el matrimonio. Una vez casadas se les permitía desarrollar aquellas cosas, que en su soltería, soñaban realizar. La mujer burguesa era valorada por lo que tuviera, es decir, mientras tuviera bienes se decía que entonces tenía personalidad, pero sin esta dote no tenía valor como ser humano (Michelet, 1992).

Tanto para la mujer obrera como para la mujer burguesa, un requisito indispensable para el matrimonio era el ser sumisa, abnegada y buena ama de casa; esforzarse día con día al máximo, sentir que había ganado el pan que el marido le proporcionaba, y finalmente esto representaba para el hombre la seguridad de la permanencia de la mujer en el “hogar”. Al hombre no se le inculcaba un vínculo afectivo hacia la mujer, por lo tanto le era permitido el maltrato, la promiscuidad y el abandono paulatino del hogar (Michelet, 1992).

En el caso de México el proceso de industrialización se da en forma tardía, pues se presenta hasta finales del siglo XIX y principios del siglo XX, cuando bajo el régimen porfirista se invierte por parte del gobierno, en redes ferroviarias y de comunicación, abriéndose las fronteras a capital extranjero para la inversión en el desarrollo de industrias.

Durante la revolución, algunas mujeres incursionaron en la lucha armada, siguiendo al hombre por necesidad y es entonces cuando la mujer tiene la posibilidad de participar en otros ámbitos fuera de los tradicionales. Entre aquellas mujeres que se integraban a las tropas, se distinguían dos tipos: las que terminaban subyugadas al mando y prepotencia de los hombres, acatando fielmente sus disposiciones, y las que, por medio de la fuerza e imposición, daban a respetar su opinión, siendo vistas como iguales entre los integrantes de la tropa, tal era el caso de las *adelitas*, mujeres que veían en la muerte una forma de librarse del enemigo.

Es en el cardenismo, cuando se instaura una *educación socialista* la cual buscaba fomentar en los alumnos el cariño hacia la clase trabajadora y hacia el trabajo, así como integrar a la mujer a la vida nacional, otorgándole derechos políticos y económicos, con el establecimiento de escuelas mixtas; también se enfocó en la eliminación de vicios de la sociedad mexicana, para esto inició campañas destinadas a combatir las enfermedades, la insalubridad, el alcoholismo, el juego y el fanatismo. Se puede apreciar que las condiciones en las

que vivía la mujer fueron modificadas a raíz de la *posibilidad* que tenía de recibir educación básica, por lo tanto sus ámbitos ocupacionales se ampliaron un poco.

En la fase desarrollista del país se presentan cambios importantes en la participación de la mujer en la sociedad, por ejemplo es en esta época (50's) que a la mujer se le otorga el derecho al voto, siendo ya tomada en cuenta en el ámbito político.

A partir de la segunda guerra mundial la mujer incursionó masivamente al ámbito industrial, a falta de mano de obra masculina; ésta al verse forzada a trabajar comienza a percibir los beneficios de la autosuficiencia económica. Una vez terminada la guerra el hombre retorna a su país de origen y de la misma forma trata de retomar su antigua posición dentro de la sociedad. Sin embargo, se encuentra con la dificultad de que ahora no es el único que puede aportar recursos al hogar y pese a que en un principio las familias se encuentran felices por su regreso, poco a poco encuentran en el padre que vuelve a casa, a un hombre afectado por la guerra al que se le toma por un completo extraño que quiere imponerse en un hogar que ya se las había arreglado para vivir sin él.

Muchas mujeres soportan con resignación el volver a las tareas de casa y abandonar sus trabajos, otras familias no logran ajustarse a los nuevos cambios y se da una ruptura familiar, pero finalmente son las hijas de estas familias las que estallan al final de la década de los 60's al existir todo un movimiento de rebelión contra los estereotipos propuestos por la sociedad, y por parte de las mujeres se da un cambio en la perspectiva con respecto a su papel en la sociedad, dado que amplía su participación en ámbitos sociales, en los que se relaciona con otras mujeres teniendo la oportunidad de agruparse para exponer sus ideas, sus críticas hacia la sociedad, sus inquietudes, etc., iniciándose así el movimiento feminista. "Aunque las mujeres no se quejan del poder de los esposos, cada una se queja de su propio esposo o de los esposos de sus amigas. Es lo mismo que en todos los demás casos de servidumbre; por lo menos al principio del movimiento de

emancipación de la mujer. Los siervos, al principio, no se quejaron del poder de sus señores, sino solamente de su tiranía” (Stuart Mill: citado en Randall, 1981, p.75). En México este fenómeno llegó hasta la década de los años 70, influenciado por su país vecino del norte.

2.3. El feminismo.

Según Dowling (1981) el feminismo hoy es una lucha sorda y callada que no se da ya en las calles, sino dentro de cada mujer. Dado que el feminismo es más una revolución personal en la cual las mujeres hablan de sí mismas, discuten y descubren entre ellas qué es ser mujer. Sin embargo existen muchas ideas de lo que es el feminismo, algunas exponentes son verdaderamente radicales —algunos le han denominado a esto *hembrismo*— al decir que la mujer debe mostrarse a la defensiva pues cualquier actitud del hombre debe verse como sospechosa de albergar ideas de superioridad y de desprecio a la mujer, por lo que si un hombre le cede el paso a una mujer, es porque la considera inferior, entre otras creencias.

Miller (1992) dice que la humanidad ha estado sujeta a una visión limitada y distorsionada de sí misma, precisamente en virtud de la subordinación de la mujer, por lo que los conceptos del *hombre* han sido los únicos aceptados y a medida que emerge entre las mujeres un *espíritu nuevo*, una forma colectiva y cooperativa de dedicación al conocimiento propio en contra de la subordinación y el rol específico que se juega en la sociedad —dirigida por el hombre— comienza poco a poco a cambiar la comprensión de las mujeres sobre sí mismas.

Dice Beauvoir (1981) “la humanidad es macho, y el hombre define a la mujer no en sí, sino respecto de él; no la considera como un ser autónomo (p. 12)”. Quizá esta cita y algunas otras dadas por feministas puedan parecer un poco exageradas, pero son las reacciones que se dieron frente a muchos años en los que se juzgó a la mujer como ser inferior, aunque ello no signifique que ambas

posturas sean poco cuestionables. Así, en el siglo XVI se declara que la mujer es una bestia, que no es ni firme ni estable por lo que se apela a la autoridad de San Agustín para que la mujer casada siga bajo tutela del marido, mientras que la soltera puede ser reconocida como capaz de administrar sus bienes (Beauvoir, 1981).

Lévi-Strauss (cit. en Beauvoir, 1981, p. 13) dice: “El pasaje del estado de naturaleza al estado de cultura se define por la aptitud por parte del hombre para pensar en las relaciones biológicas bajo forma de sistemas de oposiciones: la dualidad, la alternancia, la oposición y la simetría, aunque se presenten bajo formas definidas o vagas, no son tanto fenómenos que hay que explicar como datos fundamentales e inmediatos de la realidad social”.

Beauvoir (1981) explica que la categoría del *Otro* —referencia a ese ser diferente a sí mismo, otredad— es utilizada desde las sociedades más primitivas y se encuentra siempre una dualidad que es la de lo Mismo y de lo Otro, por ejemplo en referencia a las parejas Varuna-Mitra, Urano-Zeus, sol-luna, día-noche, bien-mal, Dios y Lucifer, dado que la alteridad es una categoría fundamental del pensamiento humano. El mismo autor, continúa diciendo que desde la antigüedad los satíricos y los moralistas se han complacido en el cuadro de las debilidades femeninas, ya que al ser los hombres quienes escribían la historia y al ser incluidas las mujeres tardíamente, entonces les tocaba ser la parte negativa, de manera que si al hombre se le relacionaba con el sol, a la mujer tocaba ser la luna, la oscuridad, lo siniestro, introvertida, etc.

Langer (1992) indica que en el presente, la mujer que se dedica totalmente a su marido e hijos se enfrenta con otros problemas que anteriormente le eran desconocidos, pues aparece como poco atractiva e interesante a los demás, todos le dan a entender que ella no trabaja y que la labor que realiza es de poco valor, se siente con menos derechos que sus amigas o su marido, por no ganar dinero y aportar así al sostén de la casa, sintiendo desperdiciada la formación que recibió.

“Por lo que las mujeres llegaron inconscientemente a aceptar ese criterio y a considerar todo lo positivo que puedan tener como masculino y todo lo negativo como femenino (p. 44)”. Y no es para menos si lo femenino refiere a debilidad, introversión, emotividad, poca inteligencia, indecisión, sumisión, dependencia, entre otras cosas. Difícilmente alguien inmerso en un mundo tan competitivo como el presente, desearía salir a la calle ataviado de tales debilidades o como se les dice ahora a los defectos: *áreas de oportunidad*.

Pero ¿como ocurre esta diferenciación guiada por la fisiología?, ¿qué implicaciones orgánicas realmente conlleva? El siguiente capítulo abordará el asunto orgánico de la diferenciación de los sexos.

CAPÍTULO 3.

BIOLOGIA FEMENINA

La mujer no es más que el hombre imperfecto.
Averroes (1126-1198) Filósofo y médico hispanoárabe

Entre los animales, comúnmente es el macho quien se destaca al haber sido dotado por la naturaleza de los mejores plumajes o los colores más vistosos, sin embargo, en el caso de los seres humanos, el cuerpo femenino recibe una mayor atención estética que el masculino. Se podría pensar que tanto el cuerpo del hombre como el de la mujer son bellos, pero es el de la mujer, el que debido a sus funciones procreadoras, nutricias y sociosexuales, se ve enaltecido.

3.1. La hembra humana.

Cuando nace un bebé la diferencia entre el niño y la niña se reduce básicamente a los genitales con los que ha nacido, pero la sociedad en que se desarrolle, será la encargada de que cada uno tome la ruta que le ha sido asignada según su género —femenino o masculino— y dependiendo de cuales sean las expectativas o presiones sociales hacia cada uno, ellos desarrollarán sus destrezas, gustos y muy probablemente también definan de acuerdo a lo aprendido sus propios destinos. Esto es un hecho sociocultural e histórico, porque cada época y sociedad construye, reconoce y asigna atributos a los seres humanos a partir de una clasificación sexual que se da de acuerdo a las características físicas con las que se nazca (Lagarde, 1997). Aunque ello no resulte definitivo en todos los casos.

No obstante, el cuerpo es la conexión con el mundo para hombres y mujeres. Existe mayor flexibilidad en la educación dada al hombre, el cual está familiarizado con su cuerpo en mayor medida —especialmente en lo que a sus

genitales se refiere—, dado que su misma anatomía lo facilita. Por otro lado, la mujer suele desconocer su propio cuerpo, sus genitales al encontrarse no tan visibles como los del hombre, pueden pasar desapercibidos inclusive por muchos años (Ramírez, Uribe y Gutiérrez, 1995).

Se ha sugerido que la ignorancia de la mujer sobre su propio cuerpo, contribuye a que las decisiones sobre sí misma, sean tomadas regularmente por terceras personas llámense éstos: padres, pareja, jueces, sacerdotes o médicos.

Como ejemplo tenemos el gran número de mujeres que por miedo a realizarse un papanicolau regularmente, pierden un tiempo muy valioso en caso de sufrir algún padecimiento (infección, desajuste, enfermedad, etc.).

Por ello, Ramírez y colaboradores (1995) plantean que el conocimiento corporal permite a la mujer tener una imagen menos fantasiosa de sí misma y la posibilidad de un mayor autocuidado. Gai Savoir señala: “Hay algo de sorprendente y monstruoso en la educación de las mujeres...Todo el mundo está de acuerdo en educarlas en la mayor ignorancia posible...en inculcar en su alma un profundo pudor referente a estas cuestiones —su sexualidad—...Pero interesa que permanezcan inconscientes en este aspecto hasta el fondo de su corazón: no deben tener ojos, ni oídos, ni palabras, no pensamientos para ese *mal* que les sería propio: el simple hecho de saber es ya el mal propiamente dicho...” (cit. en Kofman, 1997, p. 55).

3.2. Primeras concepciones del aparato reproductor femenino.

Galeno señalaba: “Suponga que las partes genitales exteriores del hombre se invierten y se entienda interiormente, entre el recto y la vejiga; en esta suposición, el escroto ocuparía el lugar de la matriz con los testículos situados de cada lado. El pene se convertiría en el cuello del útero y la vagina, en el prepucio...” (Laqueur, 1992, p.43). Así es como Galeno describía el aparato

reproductor femenino pues en esa época se creían los sexos ligados por una anatomía común.

Se decía que por tanto las mujeres eran invertidas y menos perfectas que los hombres, pues poseían exactamente los mismos órganos que los hombres, pero en sentido contrario a los masculinos. Si se habla de que las mujeres son invertidas —aquí diríamos *alrevesadas*— sería innegable referir a un sentido óptimo inicial. Tal vez quede más claro al conocer porqué era el hombre la especie humana privilegiada. En *De la utilidad de las partes del cuerpo* en el texto *Opera Omnia* Galeno dice: “Ahora bien, de la misma manera en que la especie humana es la más perfecta de todos los animales, al seno de la humanidad el hombre es más perfecto que la mujer, y la razón de esa perfección es el exceso de calor, porque el calor es el instrumento primigenio de la Naturaleza” (cit. en Laqueur, 1992, p. 46).

Pero anteriormente, Aristóteles insistía en los dos sexos, masculino y femenino. Sin embargo, hay que señalar que Aristóteles era firme creyente de la generación espontánea, sí, esa que sostenía que los seres vivos surgían espontáneamente de materias inorgánicas, que por ejemplo las ratas surgían de los cartones almacenados o las moscas de la carne en descomposición.

Afirmaba con insistencia que ambos sexos se distinguen entre sí, con base en sus potencialidades respectivas, dado que no se aplican indiferenciadamente a los mismos propósitos. “Dicho de otro modo, la división del trabajo y la distribución específica de los roles son naturales” (Laqueur, 1992, p.47). Bajo su perspectiva las construcciones sociales de género eran naturales, los hombres eran activos y las mujeres pasivas, los hombres aportaban la forma a la generación y las mujeres la materia —causa formal y causa material—. Uno es fuerte, el otro débil, uno se muestra circunspecto y el otro valiente para el ataque, uno puede salir y adquirir los bienes, el otro quedarse cuidando el hogar.

3.3. El semen sagrado.

Del mismo modo, Aristóteles explicaba que un “calor” dador de vida existía en el semen, pero no era un calor ordinario, era el tipo de energía dadora de vida que residía en el Sol, y que al entrar en contacto con un pedazo podrido de materia orgánica procreaba todo tipo de criaturas vivientes —recordemos que Zeus era el dios del trueno, de toda luz, fuego y calor— y daba como ejemplo que cuando el sol ilumina algún tronco de árbol húmedo y podrido, suelen salir de él gusanos, siendo éstas manifestaciones de vida. “Ya que el Sol es una estrella, no es hiperbólico sostener que el semen contiene una quintaesencia análoga a la de las estrellas” (Laqueur, 1992, p. 26).

De acuerdo con Aristóteles, ser hombre significaba ser capaz de ofrecer el alma sensible sin la cual el cuerpo valía apenas más que un cadáver. Así, la muerte era animada por una chispa que era incorporada gracias al genitor. Pues los hombres —no así las mujeres— tenían la posibilidad de secretar un residuo puro, el semen. Aunque hoy en día muy pocos creerían que el semen es lo más puro que hay, durante mucho tiempo fue considerado así.

Por ejemplo en la Edad Media, el semen se creía derivado de un proceso de purificación y refinamiento, ya no creyéndolo un extracto cerebral, pero por lo menos si extracto de la sangre. Según Pitágoras el semen era “sangre dos veces elaborada”. Mientras que Celso (cit. en Laqueur, 1992) decía que a grandes rasgos “la eyaculación del semen es el acto de arrojar una parte del alma” (p. 27).

Laqueur (1992) cita un texto hipocrático en el que hace la comparación del semen masculino con la espuma del mar, ya que el esperma es extraído del refinamiento de la sangre, primero pasando por el cerebro, luego a la médula espinal, los riñones y finalmente a los testículos y al pene. Mientras Pitágoras explica a sus discípulos que el semen es “una gota de cerebro que contiene vapor

caliente” (cit. en G3n3zlez, p. 26), es as3 que el semen era visto como sagrado y enaltecido a los ojos de los hombres.

La medicina gal3nica atribuy3 gran importancia a la oposici3n derecha-izquierda, de las parejas de g3nadas; la vena esperm3tica derecha como la ov3rica derecha desembocan directamente en la vena cava inferior, que su vez atraviesa el h3gado. Los vasos sangu3neos del lado izquierdo desembocan en el sistema nervioso renal. Se cre3a que el h3gado pose3a un calor metaf3sico y que se encontraba del lado derecho, pues era el lado privilegiado, pues las g3nadas de este lado eran m3s propensas a generar hombres, mientras que los 3rganos del lado izquierdo al ser m3s fr3os recib3an humores relacionados con el sexo femenino.

Ussher (1987) relata como en la Gran Bretaña del siglo XIX era casi un hecho universal que los 3rganos reproductores y el cerebro estaban unidos, dado que el cerebro y el 3tero compet3an por los recursos vitales de energ3a, la concentraci3n de energ3a en uno causaba el detrimento del otro.

Laqueur (1992) señaala que la sabidur3a antigua dec3a que el comercio sexual tiende a aliviar los estados de morosidad y letargo que resultan de un exceso de flema, este humor fr3o y h3medo asociado al cerebro —y el semen es la secreci3n de un excremento que por su naturaleza se parece a la flema—. As3, la eyaculaci3n era un fluido que ayudaba a reestablecer el equilibrio perdido por un excedente. El semen, la hemorragia, la purgaci3n y la sudoraci3n eran formas de evacuaci3n que contribu3an a mantener el equilibrio. Tambi3n se hace referencia a la pl3tora —exceso de sangre o de otros humores en el cuerpo—, y se menciona que la sangre menstrual es por as3 decirlo, una variante de esa econom3a gen3rica corporal de los fluidos y de los 3rganos. En la cual, las mujeres obesas transformaban la pl3tora en grasa, las bailarinas la consum3an en el ejercicio y las mujeres que participan en concursos de canto, la pl3tora estaba forzada a circular para ser consumida por completa en sus cuerpos, muchas veces no teniendo sus

reglas y por tanto, estériles. Dado que se encontraba una asociación entre cuello y garganta con el cuello de la matriz, de manera que al abrir la garganta, el aire circulaba y llegaba hasta el cuello de la matriz enfriando el cuerpo, esta frialdad provocaba el cese de las menstruaciones por lo que la actividad de una parte del cuerpo ocasionaba el detrimento de la otra.

Por otra parte, Hipócrates afirmaba que tanto el hombre como la mujer eran capaces de producir semen. Se creía que si ambos miembros de la pareja producían un esperma fuerte en el momento de la concepción, el resultado era un hombre y si los dos producían esperma débil el resultado era una mujer. Sin embargo, para Galeno cada padre contribuía a formar y vivificar la materia, él señalaba que el semen de la mujer era menos poderoso, y decía: “Ser mujer significa tener un semen más débil, un semen incapaz de engendrar: no es una cuestión empírica, es un asunto de lógica. Es bien entendido que las mujeres tienen los testículos más pequeños, menos perfectos y el semen engendrado en ella es más raro, más frío y más húmedo” (cit. Laqueur, 1992, p.60). Galeno sostenía esta idea de la calidad de los sémenes, bajo el supuesto de una jerarquía de los sexos, “...pues es el calor sexual, un ejemplo del calor que hace animar la materia y provoca el orgasmo, muestra de la descarga explosiva del semen, la cual imita la obra creadora de la Naturaleza misma” (Laqueur, 1992, p. 67).

En el punto de vista galénico era necesario que las mujeres sintieran placer y llegaran al orgasmo pues sólo así se lograba la eyaculación necesaria para engendrar, sin embargo, bajo la perspectiva aristotélica no, ya que él le confería a la mujer un papel meramente pasivo. No obstante, la doctrina cristiana mantiene que la finalidad de la unión sexual no es el placer, sino la procreación, por lo que se volvió imperante decidir sobre el lugar que ocupaba el placer en el acto generativo. Pero al ser el placer sexual un fenómeno fisiológico, aún cuando el aristotelismo triunfa en San Jerónimo, San Agustín y otros grandes doctores de la Iglesia el punto de vista de Galeno prevalece en los escritos médicos europeos de los siglos XVI y XVII y a la larga los teólogos sacan provecho de ambas visiones.

Además, Laqueur indica que la desaparición del placer femenino en los informes médicos sobre la concepción, tuvo lugar más o menos al mismo tiempo que el cuerpo femenino dejara de ser considerado como una versión menor —modelo del sexo único— para convertirse en un opuesto de menor entidad —modelo de los dos sexos—. Los orgasmos de ambos que habían sido necesarios para la procreación ahora aparecían separados. Laqueur cuenta que en el siglo XVIII una joven cayó en estado de coma y todos la creyeron muerta. No obstante, un monje necrófilo se prendó de su belleza y “la poseyó” la noche del velorio; luego, el joven huyó sin saber que su amada había “resucitado”. La felicidad de los parientes era completa, excepto por el inexplicable embarazo de la muchacha. Tiempo después, el monje regresó, supo lo ocurrido, confesó su falta y desposó a la joven (Laqueur, 1992).

En ese tiempo se escuchaba el relato con escepticismo pues se ponía a prueba la idea galénica de que era necesario el orgasmo de la mujer para poder embarazarse, y la mujer del relato era imposible que hubiese participado de manera activa en el acto sexual. El caso fue reexaminado 50 años después, en el siglo XIX, y los médicos afirmaron que la historia era completamente creíble. A fines de la Ilustración, en el periodo entre estas dos interpretaciones, la ciencia médica dejó de pensar al orgasmo femenino como un fenómeno relevante para la procreación.

3.4. El ovismo y animálculos espermáticos.

Con la llegada de la modernidad, el semen perdió mucho de su antiguo prestigio. La importancia del huevo se demostró primero en experimentos con aves y después con mamíferos, los científicos se volvieron ovistas, es decir, defensores de la teoría que sostiene que todas las partes de un embrión existen de algún modo preformadas en el huevo, en espera únicamente del estímulo de la simiente masculina para expandirse y manifestarse. Se creía que Dios en su infinita sabiduría, había comprimido y encapsulado los gérmenes de todos los

seres vivos en la primera hembra de cada especie. Sin embargo faltaba demostrar a través de qué mecanismos llegaban a expandirse éstos.

El principal defensor del ovismo fue el doctor holandés Reinier de Graaf, quien afirmaba que los llamados testículos femeninos eran los ovarios y éstos contenían huevos como los ovarios de los pájaros. Aunque fue el danés Stenon el que dio el nombre de ovarios a las glándulas genitales femeninas, que se llamaban hasta entonces “testículos femeninos” (Beauvoir, 1981). Sin ayuda del microscopio, De Graaf identificó como “huevos” las masas de células que rodean el óvulo que el esperma fertiliza durante la concepción. La medicina reconoce su investigación dando su nombre a las vesículas o folículos ováricos, cargados de líquido que contienen estas células nombrándoles “folículos de Graaf”.

Los teólogos medievales sostenían que antes de que Eva hubiese dado a morder la manzana, cuando se encontraban en el estado de inocencia, el hombre y la mujer podían procrear por medio de un simple esfuerzo físico de la voluntad, sin ningún contacto físico, pero “que después de la caída se vieron forzados a recurrir al vil ayuntamiento de su partes vergonzantes” (González, 2003, p. 30). Heráclito había enseñado muchos años antes que un alma divina o un principio dador de vida afluía en la atmósfera y que cada respiración los lleva hasta el interior del cuerpo.

Por otro lado, se llegó a creer que así como las semillas y el polen de algunas plantas es dispersada por el viento a distancias considerables fertilizando campos, el semen aún poseía algunos poderes generativos de la época de la inocencia, pues luego de secarse era capaz, de desplazarse con los vientos y esparcirse. Pero sólo cayendo en terreno propicio era posible su fecundación. González Crussí (2003) menciona que aún a finales del siglo XVIII algunos varones ilustrados afirmaban que ciertas damas podían embarazarse con el simple hecho de oler el esperma flotante.

Beauvoir (1981) cuenta que aún se piensa en ciertas sociedades primitivas de filiación uterina, que el padre no tiene participación alguna en la concepción del niño, pues son las larvas ancestrales las que se infiltran bajo forma de gérmenes vivientes en el vientre materno.

Antoni van Leeuwenhoek mira a través de su microscopio esperma y dice haber visto pequeñísimas criaturas vivas parecidas a las anguilas y los renacuajo nadando en todas direcciones, eran lo que luego llamaron como “animálculos espermáticos” y se comprobó que penetraban en el útero femenino, pero se creía que allí no hacían más que alimentarse y que el individuo ya estaba prefigurado en ellos. En 1694, el holandés Hartsaker trazó una imagen del homonúnculo oculto en el espermatozoide, y en 1699 otro sabio declaró haber visto que el espermatozoide perdía una especie de muda bajo la cual había aparecido un hombrecillo a quien también había dibujado. En esas hipótesis, la mujer se limitaba a enriquecer un principio viviente activo y ya perfectamente construido. Esas teorías no eran aceptadas universalmente y su discusión continuó hasta el siglo XIX (Beauvoir, 1981).

González Crussí cita al obispo Garden, quien insistía en que la teoría biológica afirmaba la profecía mesiánica de que “sólo Jesús es la verdadera simiente de la mujer, y el resto del género humano es la simiente del hombre” (2003, p. 29).

Tanto la teoría ovista como la de los animálculos espermáticos, cayeron en descrédito, primero porque aceptar la propuesta de que la especie humana se originaba de criaturas semejantes al renacuajo era poco halagador y además, exigía que sus adeptos accedieran a inferencias que atentaban al sentido común. En segunda, porque si un embrión pequeño y completo se encontraba escondido en el interior de cada célula de esperma, entonces se debe admitir que ese pequeño embrión a su vez aloja sus propias células de esperma con sus propios embriones y éstos a su vez las suyas hasta el infinito, de la misma forma con la

teoría ovista y los seres preformados en su interior que solo esperaban ser activados por el semen masculino se caía en el mismo problema.

Mucho tiempo tendría que pasar para que se conociera que las gametas macho y hembra se funden juntas en el huevo, y juntas se suprimen en su totalidad, y que una vez fertilizado el óvulo, es gracias a la mitosis y la meiosis por medio de las cuales el huevo puede irse subdividiendo hasta convertirse en feto, y posteriormente en un niño o una niña, lo cual nos devuelve a su fisiología. Si hay un hecho que confirma de forma orgánica la diferenciación de los sexos es la menstruación. En el siguiente capítulo nos avocaremos a identificar el hecho biológico y sus implicaciones sociales y psicológicas.

CAPÍTULO 4.

LA MENSTRUACIÓN

4.1. El proceso de confirmación.

Puede ser entre los 9 y los 15 años, que aquella educada como mujer experimente cambios en su cuerpo, tanto exteriores como interiores. Y aún, cuando por diversas razones haya negado su sexo, éste se le impone con un sangrado que dependiendo de múltiples factores aceptará o rechazará. Llegado el momento, pueden experimentarse los sentimientos más variados: culpa, de haber hecho algo que pudiera ocasionar el sangrado; miedo, de ver esa sangre que parece no venir de ninguna herida; vergüenza, de que los hombres se enteren y ya no pueda ser vista como igual en los juegos infantiles y orgullo, de ser confirmada hembra de la especie humana —aunque ello no signifique la confirmación de su género—.

Los libros de texto que llevan los niños a la primaria, explican a grandes rasgos como se dan estos cambios, que si las glándulas se encargan de mandar el mensaje y el cuerpo va realizando poco a poco la tarea de modificar ese cuerpo que en un principio parece idéntico, que tanto niños como niñas parecen compartir y de no ser por los genitales expuestos, bien podría ser confundido. Pero al cabo del tiempo cambia, aparecen los caracteres sexuales secundarios, pues la jovencita va acumulando grasa en algunas partes —busto y cadera a diferencia del chico—y también le crece vello en el pubis y en las axilas.

Sin embargo lo decisivo, viene con la maduración de los órganos sexuales, cuando la mujer tiene su primera menstruación y en el hombre comienza la producción de semen.

Es en la pubertad cuando se manifiesta la menarquia —aparición de la primera menstruación— cuya característica es el sangrado natural a través de la vagina, lo que constituye el buen funcionamiento de sistema hormonal ovárico.

La primera fase del ciclo menstrual se corresponde con las primeras dos semanas después de un período de sangrado. En esta fase los niveles de estrógenos crecen y hacen que el endometrio madure. Los procesos hormonales correspondientes a esta fase y en los que intervienen principalmente los estrógenos dan como resultado la maduración de un óvulo en los ovarios. En seguida se produce la ovulación, momento en el que el óvulo se desprende del ovario.

La segunda fase del ciclo menstrual se corresponde con las siguientes dos semanas aproximadamente, tiempo durante el cual el óvulo se desplaza por el oviducto hacia el útero. En esta fase interviene la hormona progesterona que ayuda a preparar el endometrio para el embarazo.

Si durante esta segunda fase un espermatozoide fertiliza el óvulo, éste se adhiere a la pared del útero y se inicia el embarazo. Si no se fertiliza el óvulo, se produce el sangrado o menstruación (Wikipedia, 2005).

El inicio de la menstruación ocurre gracias a un aumento gradual en la secreción de hormonas gonadotrópicas por parte de la hipófisis (Lefrancois, 2001), sin embargo este proceso dependerá de una combinación de factores tales como: factores genéticos, clase social, ejercicio intenso, influencia estacional entre otros factores. Por ejemplo se han hecho asociaciones entre clase social y una buena o mala nutrición, cuyas repercusiones se observan en una posible amenorrea secundaria (falta de menstruación) para casos de desnutrición o anorexia, también se ha analizado el tamaño de la familia y como influye el orden de nacimientos en la edad de la menarquia. Hay una tendencia a una menarquia más tardía en chicas con mayor número de hermanos, y a la precocidad en chicas nacidas de

las últimas dentro del orden de hermanos. Es así que la menarquía da origen a la etapa reproductiva de la mujer que va desde los 10 ó 12 años hasta los 45 ó 50 —en promedio— pero podría llegar hasta los 60 años de edad.

Como inicialmente los primeros ciclos menstruales son sin ovulación, no son dolorosos y se presentan sin previo aviso. Posteriormente estos ciclos serán con ovulación y entonces pueden presentarse menstruaciones dolorosas (dismenorrea) y con la consiguiente capacidad para embarazarse.

4.2. Aspectos psicológicos de la menstruación.

Morales (2005) dice que el significado sociocultural y biológico de la menarca es integrado de acuerdo a su cultura, pues mientras que en algunos lugares es signo de celebración, en otros lugares lo es de rechazo. Por ejemplo, Turnbull (1962, cit. en Chrisler y Zittel, 1998) encontró que los pigmeos del Congo, consideran que las menarcas han sido bendecidas con la sangre y en la comunidad todos son informados de la buena noticia. Aunque no tan pública, en Estados Unidos se les celebra llevándoles a comer a algún lugar o algún pequeño regalo. Mientras en la mayor parte de Europa no se acostumbra ningún tipo de celebración, pues no es un tema a discusión. Por su parte Logan (1980) menciona que en un estudio realizado en 23 países, muy pocas jóvenes americanas evaluaron su primer experiencia menstrual como positiva, pues la mayoría está sorprendida, turbada y asustada. Lo cual no fue igual para las mujeres de Irán, en donde otros las tranquilizaban acerca de la normalidad del evento y reportaban sentirse “más maduras”.

Marván y Díaz (1995, en Morales, 2005) señalan que en un estudio realizado con mujeres de zonas urbanas y rurales se encontró que las mujeres urbanas mostraron mayor severidad en síntomas psicológicos (sentimientos de minusvalía física y psicológica) y minimizaban la importancia de factores exclusivamente físicos. En el caso de las mujeres rurales, éstas no presentaban

síntomas psicológicos tan severos y brindaban mayor importancia a los cambios físicos. Asimismo, Marván, Espinosa y Vacío (2002) reportan que las niñas que no poseen la experiencia personal de haber menstruado, se encuentran más expuestas a la influencia de los estereotipos culturales que son de naturaleza negativa.

Voelckers (1993) indica que algunos de los cambios mentales que pueden presentarse durante la regla son: sentimiento de tener más energía o por el contrario, pereza; depresión, enojo, preocupación, soledad, vulnerabilidad, creatividad, confusión, cansancio, irritabilidad, debilidad, mareo y tristeza. Aunque menciona que también pueden sentirse más sensuales, criticadas, poco atractivas o con deseos de estar a solas. Y pueden presentar ansiedad asociada a consumir ciertos alimentos como: chocolates, dulces, carne roja, sal o mariscos, comiendo compulsivamente o bien, experimentado pérdida del apetito.

Englander-Golden, Whitmore y Dienstbier (1978, cit. en Morales 2005) reportaron que cuando las mujeres no conocen que la menstruación es el objeto de estudio, las molestias relacionadas con el ciclo menstrual son más escasas, lo cual ocasiona, se tornen interesantes e importantes las implicaciones que tienen la socialización y el refuerzo social de los malestares menstruales.

Sin embargo la aparición de la menstruación suele representar la posibilidad de engendrar vida y pese a las cogniciones negativas que puedan tenerse al respecto, la idea de convertirse en madres en un futuro llega a representar una de las mayores satisfacciones para las púberes.

4.3. Mitos acerca de la menstruación.

El Levítico es uno de los libros bíblicos del Antiguo Testamento y del Tanaj. Para los cristianos forma parte del Pentateuco y para los judíos de la Torá —La Ley— en ambas versiones es el tercero de la Biblia, ubicado entre Éxodo y

Números, por lo que podría decirse que es uno de los libros más respetados y estas son algunas consideraciones acerca de las mujeres menstruantes:

15 «Impurezas» sexuales

19 La mujer que ha tenido sus reglas será impura por espacio de siete días, por ser un derrame de sangre de su cuerpo. Quien la toque será impuro hasta la tarde.

20 Todo aquello en que se acueste durante su impureza quedará impuro, lo mismo que todo aquello sobre lo que se siente. 21 Quien toque su cama deberá lavar sus vestidos y luego bañarse, y permanecerá impuro hasta la tarde. 22 Quien toque un asiento sobre el que se ha sentado deberá lavar sus vestidos y luego bañarse, y quedará impuro hasta la tarde.

24 Si un hombre se acuesta con ella a pesar de su impureza, comparte su impureza y queda impuro siete días; toda cama en que él se acueste será impura.

28 Una vez que sane de su derrame, contará siete días, quedando después pura. 29 Al octavo día tomará para sí dos tórtolas o dos pichones y los presentará al sacerdote a la entrada de la Tienda de las Citas. 30 Este los ofrecerá, uno como sacrificio por el pecado y el otro como holocausto, y hará la expiación por ella ante Yavé, por el derrame que la hacía impura.

31 Ustedes pondrán sobre aviso a los hijos de Israel respecto de sus impurezas, no sea que mueran debido a ellas, en el caso de que contaminen mi Morada, que está en medio de ellos.

32 Esta es la ley referente al hombre que padece derrame o que es impuro debido a un derrame seminal, 33 a la mujer que ha tenido su derrame menstrual, a aquel que padece de derrame, sea varón o mujer, y a aquel que se acueste con una mujer en período de impureza.»

Por su parte los judíos siguen recomendando el no mantener relaciones sexuales con su mujer los siete días posteriores al inicio de la menstruación, aunque ahora recalcan que obedeciendo a la Torá puede conseguirse un matrimonio más duradero y no porque la mujer sea impura.

No obstante en siglos anteriores, el olor de la menstruación era considerado erógeno, se dice que las brujas preparaban filtros de amor a los cuales solían añadir unas gotitas de flujo menstrual en los licores, que al ser servidos, cegaban la voluntad de los varones hechizados. Además de que las chicas en los bailes, iban al lavabo para humedecer sus manos en la vulva y pasarse el aroma al cabello, pues al parecer, pocos jóvenes se resistían a tales efluvios (telepolis, 2006).

Eldred (1998, citado en Morales, 2005) menciona que en Estados Unidos existen teorías de que las mujeres que se encuentran menstruando atraen a los osos, por lo que el gobierno estadounidense previene a las mujeres que están en regla en ir a caminar o a escalar por los bosques.

Simone de Beauvoir comenta que entre los mamíferos ese ciclo del estro sólo se desarrolla durante una estación y no se acompaña de ningún flujo sanguíneo: “sólo entre los monos superiores y en la mujer se cumple cada mes en medio del dolor y la sangre” (1981, p. 51).

A continuación, se exponen algunos de los mitos que expone Beauvoir acerca de las mujeres menstruales:

- ★ paralizan las actividades sociales
- ★ marchitan las flores
- ★ hacen caer las frutas
- ★ la sangre menstrual es utilizada en los bebedizos, "gualichos" y filtros de amor para enlazar al esquivo amado
- ★ sus emanaciones ahuyentan monstruos y espíritus
- ★ arruinan las cosechas y devasta los jardines
- ★ matan los gérmenes y las abejas
- ★ avinagran el vino
- ★ agrian la leche y las cremas
- ★ cortan la mayonesa
- ★ corrompen la carne
- ★ echan a perder el jamón
- ★ ennegrecen el azúcar
- ★ impiden la fermentación de la sidra
- ★ poseen poderes maléficos
- ★ provocan la ruptura de los objetos frágiles
- ★ hacen saltar las cuerdas de arpas y violines
- ★ debilitan al varón
- ★ si mantiene relaciones en esa fecha vuelve impotente al varón
- ★ es un equivalente del orgasmo
- ★ da satisfacción sexual
- ★ cuando una mujer deja de tenerlas (menopausia) queda inhabilitada para el placer sexual y debe clausurar su vida erótica.

Por ello los anglosajones llamaban a la menstruación: "the curse" (la maldición). De todas estas leyendas, muchas de las cuales aún hoy tienen vigencia, se desprende que estas construcciones masculinas evidencian un profundo terror ante la sangre que emana de los genitales femeninos, mostrando

los miedos del varón ante los misterios que conlleva la condición femenina. De allí que, en muchas religiones, los tabúes menstruales sean tan severos.

La menstruación trae consigo una serie de mitos como que la adolescente no se puede bañar o lavar el cabello, cortarse el pelo o las uñas u observar un eclipse. Tampoco que no pueda ir a la playa o piscina y asolearse, así como creer que tomar bastante jugo de limón les cortará la regla.

4.4. Cambios producidos en la menstruación.

Simone de Beauvoir (1981) explica paso a paso cómo el organismo de la mujer sufre fuertes cambios durante la menstruación, dice que es algo que conmociona al organismo por entero pues se acompaña de secreciones hormonales que reaccionan sobre la tiroides y la hipófisis, sobre el sistema nervioso central y el sistema vegetativo.

Señala que casi todas las mujeres —más del 85%— presentan turbaciones durante este periodo, en el cual suele subir la presión arterial, en ocasiones la temperatura, y en el que a menudo se da un aumento en el volumen del hígado, en el metabolismo basal y una disminución del número de glóbulos rojos, y la sangre transporta sustancias que por lo común se mantienen en reserva en los tejidos —en particular sales de calcio—. La presencia de estas sales, reaccionan sobre el ovario, la tiroides y la hipófisis la cual dirige la metamorfosis de la mucosa uterina y cuya actividad para ese entonces ha aumentado. Dice Beauvoir, que esa inestabilidad de las glándulas acarrea una gran fragilidad nerviosa pues al afectar el sistema nervioso central frecuentemente se presentan dolores de cabeza, además de que se produce un humor inestable ya que la mujer se muestra más emotiva, nerviosa e irritable que de costumbre debido a dicha afección “...experimenta del modo más penoso que su cuerpo es una cosa opaca que le es enajenada... que cada mes hace y deshace en ella una cuna...la mujer como el hombre, es su cuerpo; pero su cuerpo es distinto de ella” (Beauvoir, 1981, p. 53).

Beauvoir dice que el hombre tiene una mejor fijación de calcio y que a ello debe una mayor estabilidad, mientras que las mujeres, al perder grandes cantidades de calcio durante las reglas y el embarazo se fomenta la inestabilidad, la cual se encuentra ligada a las variaciones vasculares —latidos de corazón, rubor— ocasionando que las mujeres se encuentren sujetas a manifestaciones convulsivas tales como: lágrimas, risa loca o crisis de nervios.

4.5. Síndrome PreMenstrual (SPM).

El Síndrome PreMenstrual (SPM) es constituido por una serie de síntomas que se presentan en relación con el ciclo menstrual, los cuales interfieren con la vida de la mujer. Estos síntomas se inician de 5 a 11 días antes del comienzo de la menstruación y generalmente desaparecen con el inicio de ésta o poco después (medlineplus, 2006). No se ha identificado una causa exacta del síndrome premenstrual; sin embargo, su aparición podría estar relacionada con factores sociales, culturales, biológicos y psicológicos. Este síndrome se puede presentar con una función ovárica aparentemente normal (ciclos ovulatorios regulares) y se estima que el síndrome premenstrual afecta hasta el 75% de las mujeres durante los años en que pueden procrear.

Es más frecuente en mujeres entre finales de la década de los 20 y principios de la de los 40, en las que tienen al menos un hijo, las que tienen antecedentes familiares de trastorno depresivo grave, o mujeres con antecedentes de depresión posparto o un trastorno afectivo y hasta un 50 o 60% de las mujeres que sufren SPM severo tienen un trastorno psiquiátrico subyacente.

Un amplio rango de síntomas emocionales y físicos, han sido asociados con el síndrome premenstrual. Por definición, tales síntomas deben ocurrir durante la segunda mitad del ciclo menstrual (14 días o más después del primer día del período menstrual) y estar ausentes durante alrededor de 7 días después que finaliza el período menstrual (durante la primera mitad del ciclo menstrual).

Los síntomas más comunes abarcan:

- ★ Dolor de cabeza
- ★ Inflamación de los tobillos, pies y manos
- ★ Dolor de espalda
- ★ Pesadez o cólicos abdominales
- ★ Dolor abdominal
- ★ Llenura abdominal, sensación de gases
- ★ Espasmos musculares
- ★ Sensibilidad en las mamas
- ★ Aumento de peso
- ★ Herpes labial recurrente
- ★ Brotes de acné
- ★ Náuseas
- ★ Distensión
- ★ Estreñimiento o diarrea
- ★ Disminución de la coordinación
- ★ Deseos vehementes por alimentos
- ★ Menor tolerancia al ruido y las luces
- ★ Menstruación dolorosa

Otros síntomas abarcan:

- ★ Ansiedad o pánico
- ★ Confusión
- ★ Dificultad para concentrarse
- ★ Tendencia al olvido
- ★ Deterioro del juicio
- ★ Depresión
- ★ Irritabilidad, hostilidad o comportamiento agresivo
- ★ Aumento de los sentimientos de culpa
- ★ Fatiga
- ★ Movimientos letárgicos, lentos y perezosos
- ★ Disminución de la imagen de sí mismo
- ★ Cambios o pérdida del impulso sexual
- ★ Paranoia o aumento de los miedos
- ★ Baja autoestima

No hay hallazgos en el examen físico o pruebas de laboratorio específicas para el diagnóstico del síndrome premenstrual. Es importante que se realice una historia clínica completa, un examen físico (incluyendo examen pélvico) y, en algunos casos, una evaluación psiquiátrica con el fin de descartar otras causas potenciales para los síntomas que puedan ser atribuidos a este síndrome.

En cuanto al tratamiento, suelen recomendarse métodos de cuidados personales que abarcan ejercicio y algunos cambios en el régimen alimentario. Igualmente, resulta importante mantener un diario o cuaderno para registrar el tipo, severidad y duración de los síntomas por un mínimo de 3 meses. El cual suele ser de gran ayuda al médico, no sólo con el diagnóstico preciso del síndrome premenstrual, sino también con los métodos de tratamiento propuestos.

Se pueden recomendar suplementos nutricionales, como la vitamina B6, el calcio y el magnesio, que son los que más se utilizan, o bien, se pueden prescribir inhibidores de prostaglandina (aspirina, ibuprofeno u otros AINES) para mujeres que presentan dolor significativo, incluyendo dolor de cabeza, dolor de espalda, cólicos menstruales y sensibilidad en las mamas. Los diuréticos se pueden prescribir para las mujeres que presenten aumento de peso debido a la retención de líquidos.

Los medicamentos psiquiátricos o la terapia se pueden utilizar con mujeres que muestren un grado de ansiedad, irritabilidad o depresión de moderado a severo y cabe señalar que la terapia hormonal puede incluir un ensayo con anticonceptivos orales, los cuales pueden ya sea disminuir o incrementar los síntomas del síndrome premenstrual. Por otro lado, el uso de los supositorios vaginales de progesterona durante la segunda mitad del ciclo menstrual aún es discutible.

En resumen, a veces vista como un suceso digno de celebración y en otras como una maldición para las mujeres, la menstruación constituye un evento que confirma a la hembra humana como tal y las implicaciones que conlleva su aceptación o profundo rechazo no son menos importantes. El tener presente dicho contexto permite identificar el porqué una mujer se plantee la posibilidad de evitar la menstruación como sucede en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 5

EN BÚSQUEDA DE LA AMENORREA

Las batallas contra las mujeres
son las únicas que se ganan huyendo.
Napoleón Bonaparte

5.1. ¿Qué es la amenorrea?

La amenorrea consiste en la ausencia de hemorragia menstrual de manera prolongada y ésta puede afectar a mujeres de cualquier edad. Regularmente las causas se ven asociadas a:

- ★ Alteraciones hormonales del hipotálamo y la hipófisis
- ★ Problemas orgánicos en el canal vaginal o en las estructuras que soportan el proceso menstrual, como el útero o los ovarios.
- ★ Trastornos relacionados con el peso: reducción de la grasa corporal
- ★ Himen no perforado: Se tienen las molestias normales en la menstruación pero el himen obstaculiza la salida al exterior.
- ★ Exceso de secreción de prolactina, provocado generalmente por la ingesta de medicamentos.

Es común en deportistas de alto rendimiento, en bailarinas o mujeres que llevan a cabo dietas extremas (anorexia).

Fundamentalmente se encuentran dos tipos: la amenorrea primaria, que se da cuando la mujer nunca ha menstruado, y la amenorrea secundaria, la cual se produce en las mujeres que, habiendo menstruado con regularidad, dejan de tener la regla durante al menos tres ciclos menstruales seguidos (Robertson, 2006).

5.2. Implanon.

Implanon surge en 1996, pero es en 1998 que la autorización de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) permite a Organon USA vender el artefacto en Estados Unidos y en al menos 30 países más.

En el periódico El universal del 11 de agosto del 2006, se mencionaba que Implanon era un bastón similar —en cuanto al tamaño— a un fósforo y libera una dosis lenta y constante de progestina para prevenir el embarazo. El bastón es insertado por un médico bajo la piel del antebrazo y se puede quitar en cualquier momento, retornando la fertilidad preexistente. La progestina es una hormona sintética similar a la progesterona que producen los ovarios, al engrosar la mucosa del cuello del útero, la hormona impide la unión del espermatozoide y el óvulo. Implanon también previene la ovulación, pero no la actividad folicular, por lo que los niveles de estrógeno permanecen relativamente normales.

Martínez (2005) argumenta que hace 100 años las mujeres tenían alrededor de 50 menstruaciones en su vida y en la actualidad, con el aumento de la esperanza de vida, éstas se han visto incrementadas hasta lograr en promedio 450. Ella explica que la adolescente precisa para su tranquilidad y la de su madre tener la regla por ser sinónimo de salud y ausencia de embarazo, pero que no existe evidencia científica que apoye la idea de que su abolición involucre consecuencias negativas sobre la salud. Y sí señala que la regla implica despilfarro de recursos económicos, desgaste de energía, déficit de confianza, exacerbación de enfermedades tales como: asma, epilepsia, neumotórax catamenial, artritis reumatoide, SPM, dismenorrea (menstruaciones dolorosas), cefalea, endometriosis (enfermedad por engrosamiento del endometrio causa de infertilidad y sumamente dolorosa), ovarios polimicroquísticos y anemia ferropénica. Lo cual Martínez menciona trae como consecuencia una mayor causa de ausentismo escolar y laboral, e incrementos en recursos económicos (tanto en

productos para el tratamiento del SPM como por consecuencia de su ausencia a centros escolares o laborales).

Así Martínez concluye diciendo que la menstruación en ausencia de deseo gestacional no aporta ningún beneficio, mientras que el favorecimiento de la amenorrea previene el cáncer de ovario y endometrio, previene la endometriosis, anemia, miomas y el SPM. Y por tanto los profesionales de la salud deben informar a las mujeres sobre la posibilidad de evitar las menstruaciones y que sean ellas las que decidan.

Patiño, Ruelas, Villarreal, Martínez, Galicia, y Vargas, (2006) realizaron una investigación con el propósito de evaluar la evolución a un año los efectos adversos en un grupo de pacientes con implante subdérmico de desogestrel (implanon). Se incluyeron pacientes portadoras de implante que tenían como mínimo tres meses de uso, y se realizaron 4 mediciones en forma trimestral, registrándose los efectos más frecuentes referidos por la paciente. De los 50 casos los efectos adversos presentados con mayor frecuencia en el primer trimestre fueron: alteraciones del ciclo 48%, mastalgia (dolor de las mamas) 46%, amenorrea 40%, mareo 40%, cefalea 40%, náuseas 30%, acné 28%, aumento de peso 26% y dolor local 10%. Las alteraciones del ciclo menstrual son los principales efectos adversos que ocasiona el desogestrel en implantes subdérmicos de liberación prolongada, reportándose hasta un 50% en los primeros tres meses de su uso para declinar al 30%, después de los seis meses la prevalencia va disminuyendo hasta los primeros dos años.

5.3. Algunos comentarios de usuarias de implanon.

Opiniones rescatadas de foros de discusión en yahoo sobre implanon:

- *Martinagarau*

Es verdad que pasan meses en que no hay sangrado y otros en los que parece que se va a ir la sangre de todo tu cuerpo..., pero después de años de utilizar la píldora y lo desesperante que es haberse olvidado de una y no saber si tuviste suerte o no hasta fin del mes!!!!, y económicamente

hablando también es una súper ventaja; acá en Chile cuesta \$120.000, que si los divides por los 36 meses que alcanzas a estar protegida te sale a un poco más de \$3.300, y los anticonceptivos orales que me habían recetado a mí costaban casi \$12.000, o sea \$432.000, casi 12 años con Implanon!!!!

-Hola,

Les escribo desde México, soy una usuaria de IMPLANON desde hace 19 meses.

Recuerdo que cuando acudí al ginecólogo para la inserción de este método él me explicó que tendría algunos problemas hormonales, pero nada que no pudiera soportarse. Fue así como acepté pues en un principio los resultados parecían muy buenos.

Los primeros meses no tuve menstruación, era la más feliz del mundo debido a que ésta siempre ha sido muy molesta para mí, aproximadamente al 6o mes comencé a tener un sangrado excesivo, sentía que se me iba la vida por la regla, el doctor me dijo que era normal y que ya lo había advertido. Entonces me recetaron pastillas (Muy molesto, por que para eso gasté en este implante).

Los cambios de humor eran horribles, (Mi pareja podría contarles de esto, jeje) dolores de cabeza, cintura, etc. etc.

A la fecha yo me he rehusado a quitármelo debido a que a pesar de ello me parece que tengo cierta tranquilidad para no embarazarme, sin embargo he dudado demasiado si me quedo con él o lo retiro ya que de 30 días que tiene el mes 18 o 20 estoy con sangrados irregulares, evidentemente esto es muy desagradable para mí.

Cabe resaltar que no he engordado tras el implante, pues todas las mujeres tenemos ese temor.

Me parece que cada cuerpo y cada mujer es diferente, esta es sólo mi opinión y experiencia en este sentido.

Reciban saludos desde México.

-Xaria 19 de mayo 2005:

Hola buenos días a todos, acabo de leer la opinión de martinagarau sobre este anticonceptivo, el Implanon.

Todo lo que cuenta ella es verdad, lo mismo que me explicó a mí la ginecóloga, por lo tanto no creo que sea necesario que me repita en todo. Lo que sí quiero decir es que yo he tenido una experiencia indeseable con el Implanon.

Me lo puse en Febrero del 2004, la ginecóloga me dijo que ahora estaría unos 6 meses muy irregular y que después se regularía (+ o -), bueno, me pareció bien y esperé los 6 meses, 7, 8, 9, 10... Yo estaba manchando de aproximadamente 15 días alternativos en un mes. Como os podréis imaginar acabas harta. Fui a la ginecóloga al cabo de 8 meses o así y me dijo que me esperara hasta al año, le hice caso... y aquello seguía igual. Cuando pasó el año, me recetó unas pastillas, que en algunas mujeres hace que se le regule, y tampoco.... Y por otro lado, en el tiempo que lo tuve puesto, tenía bajadas y subidas emocionales. De pronto estaba bien y me cambiaba el humor. Con todo esto decidí quitármelo al cabo de 14 meses de llevarlo. Desde que me lo he quitado me da la sensación que soy otra.

Ah, también, cuando te lo quitas, te queda una pequeña cicatriz, que es pequeña, pero se ve. Eso también se tiene que tener en cuenta.

Ya sé que eso va a depender de la mujer, pero yo no lo recomiendo, me gasté el dinero y estuve 14 meses fastidiada.

Espero que esta experiencia les sea útil.

- 19 Jan 2007 at 10:31 am MARCELA

Hola, mi nombre es Marcela y yo solo quiero contarles mi experiencia, ojala que les sirva yo me puse el implante después de que naciera mi bebé, pero como nunca había tomado ningún método anticonceptivo me ocasionó algunos estragos como: náuseas, sueño, caída de cabello e irregularidades en mi periodo, de los cuales algunos fueron desapareciendo con el tiempo, como las náuseas y hasta llegué a sentirme cómoda con él, pero al año y ocho meses, comencé con problemas de mamas, con inflamación severa y mucho dolor, lo cual según los médicos que me atendieron eran provocados por el implante así que después de algunos análisis y estudios decidí retirármelo, pues me provocó desarrollo de ganglios calcificaciones y pequeños quistes, pero lo

que me hizo decidirme a quitármelo fue que todos los médicos que me atendieron, coincidieron en que aunque uno no lo note el implante favorece el desarrollo de cáncer de mama y quiero decirles que a partir de que me lo retiré me siento mucho mejor, así que yo les aconsejo nada mas que se cuiden y que este al pendiente de cualquier anomalía. por ultimo quisiera preguntarte a PITZI o quien sea que pueda ayudarme, que me diga como ha estado su periodo después de retirárselo, porque yo aparentemente estuve bien en mi primer periodo pero ahora en el segundo he tenido hasta miedo porque aparte de que se me retrazó solo sangre el primer día y hoy que es el segundo, prácticamente se me retiró. Quiero saber si han sido regulares después de retirárselo o que novedades han tenido, ojalá y puedan ayudarme se los agradecería.

-on 22 Jan 2007 at 9:35 am *Argelia*

Hola solo quiero decirles que yo uso el implante de hecho es el segundo que me pongo y me ha funcionado bien, bueno al menos no me he embarazado

Al ponerme el implante mi periodo de menstruación cambio me viene cada 2 meses y me dura 10 días no he subido de peso ni tampoco me duele nada, pero he leído que el implante favorece al desarrollo de cáncer de mama lo cual me da un poco de miedo y me dan ganas de quitármelo, solo que me lo acabo de poner el 15/dic/06 y en esa fecha no lo sabia por el momento no quisiera tener otro bebe pero mi esposo y yo hemos hablado y decidimos que este seria el ultimo implante que me pondré (hay mas métodos anticonceptivos) y tendré que checarme por eso de el cáncer de mama.

Tengo una duda si decido tener otro bebe el usar el implante tantos años no afectara con el tiempo? no se si alguien me pueda orientar

Me gusto mucho expresar mi anécdota y gracias a todas por hacer lo mismo cuidense bye

-MEL

hola, yo dure 3 años con el implante, y como dicen todas al principio si sangraba mucho pero ya después me bajaba 7 u 8 días, había meses que no me bajaba, ese el problema de este implante no sabes cuando te va a bajar, pero a mi si me funciona muy bien, no te tienes que preocupar por tomar nada de pastillas, o inyecciones, etc. Yo me lo puse en el 2003 cuando nació mi primer bebe, me lo quite en mayo del 2006 y me embaracé, claro yo ya quería otro hijo, pero eso si en cuanto te lo quitas quedas propensa a embarazarte muy rápido, solo vean mi caso, y ahorita estoy feliz tengo a mi otro bebe y me pienso poner el implante otra vez, se los recomiendo, es muy eficaz.

-Opinión de claus2 sobre Implanon del 27 de Marzo de 2008

Hola amigas:

Tengo puesto el implanon desde hace cuatro años y nueve meses, me lo insertaron por segunda ocasión al cumplir los tres años de uso. Durante el primer año de uso es frecuente los manchados irregulares, y hasta ahora tardo dos meses exactos para reglar (más o menos) pero son periodos que abarcan casi dos semanas. Es un hecho el aumento de peso, subí cinco kilos desde entonces (y el ejercicio no ayuda mucho) y los cambios de humor son constantes, a la vez que te vuelves mas propensa a infecciones vaginales. Otro inconveniente es la perdida del deseo sexual y la falta de lubricación, que no es nada satisfactoria. Es excelente en cuanto a que no tienes que recordar la pastilla y no quedas embarazada y es muy fácil de insertar y remover por el médico y no se nota. En cuanto a precio también es recomendable, y aunque son muy molestos todos estos cambios, pienso que es conveniente su uso, ni modo, un precio hay que pagar...

5.4. Seasonale- Seasonique.

En el periódico español *El país* del año 2000 ya se anunciaba que para el 2003 se aprobaría el empleo de Seasonale si las pruebas salían positivas. Así, para el 2003 las autoridades estadounidenses de la Dirección de Alimentos y

Medicamentos de Estados Unidos (la FDA, por sus siglas en inglés) habían dado luz verde a "Seasonale", una píldora anticonceptiva que reduce a cuatro veces por año los períodos de menstruación. Seasonale, fabricado por los laboratorios Barr, de Nueva York, contiene las mismas hormonas —estrógeno y progesterona— que conforman los elementos activos de la píldora anticonceptiva tradicional.

Según el fabricante, los riesgos de seguir un tratamiento con "Seasonale" son los mismos que con las píldoras tradicionales, e incluyen más posibilidades de sufrir ataques al corazón, particularmente si la consumidora fuma. Sin embargo, las pruebas realizadas hasta ahora muestran que las usuarias tienen el doble de posibilidades de sangrar entre sus periodos que con la píldora normal, sobre todo al principio. Además, 7.7% tuvo que abandonar las pruebas iniciales, en comparación con 1.8% que normalmente abandona en los experimentos con píldoras normales.

Se cita en el periódico "Cada mujer responderá a este tratamiento de manera diferente", —dijo el doctor Scott Monroe, de la FDA— "Algunas encontrarán que el producto funciona exactamente como está diseñado, mientras que para otras el producto no merecerá la pena", señaló Monroe. El hecho de que las mujeres utilicen los anticonceptivos para manipular la menstruación no es nuevo, ya que muchas se saltan los placebos para evitar que el periodo coincida con un evento especial.

De la misma manera, muchos médicos prescriben el uso continuado de las píldoras a las mujeres que sufren periodos difíciles y dolorosos. Las partidarias lo contemplan como una liberación, ya que gracias a este tratamiento, argumentan, no sólo se despedirán de las incomodidades de la menstruación, sino también acabarán con otras molestias asociadas como migrañas, dolores de vientre, insomnio o cambios de humor. Pero muchos investigadores se preguntan hasta qué punto es apropiado manipular el ciclo reproductivo de las mujeres con hormonas.

Así es como se anuncia la píldora Seasonale, pero indagando directamente en su página web, encontramos que viene un recuadro de alerta, quise copiarlo tal cual, es la versión traducida y por ello se encuentran algunos errores tales como el referirse al sangrado como sangría, pero no es tan difícil comprender el mensaje:

LEER POR FAVOR LA INFORMACIÓN IMPORTANTE DE SEGURIDAD: Mientras que consigues la conveniencia de 4 períodos al año, eres también más probable tener manchar y sangría de la brecha (que varíe de manchar leve a un flujo como un período regular) que con una píldora del control de la natalidad de 28 días. Esto es común y debe disminuir en un cierto plazo. Durante el primer año, los días totales de la sangría son similares a una píldora tradicional. Como otras píldoras del control de la natalidad, SEASONALE® tiene los riesgos serios, que pueden ser peligrosos para la vida, incluyendo los coágulos de sangre, movimiento, y ataque del corazón y se aumenta si fumas los cigarrillos. El tabaquismo aumenta el riesgo de efectos secundarios serios, especialmente si estás sobre 35. Las mujeres que utilizan la píldora no deben fumar. Algunas mujeres no deben utilizar la píldora, incluyendo las mujeres que tienen coágulos de sangre, ciertos cánceres, una historia del ataque del corazón o movimiento, así como los que sean o puedan ser embarazados. **La píldora no protege contra VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (STDs).**

Seasonique es la “generación siguiente” del Seasonale, por los efectos que produce de producir la menstruación sólo cada 12 semanas, se le ha llamado que es un anticonceptivo de ciclo extendido. Al igual que la generación anterior, los beneficios y los efectos secundarios siguen siendo los mismos.

5.5. Lybrel.

La píldora Lybrel también del laboratorio (Wyeth) muestra en su página a una mujer realmente feliz, vestida como para un día de campo con un top y una falda tipo campesina, extendiendo sus brazos hacia atrás con un lienzo de tela que vuela libre al viento. Mientras indica control natal sin periodos mensuales, asegurando que es el primer y único producto aprobado por la FDA que permite ser tomado los 365 días del año eliminando las semanas de placebo, por lo que la ausencia de menstruación es una de sus características y pese a que algunas puedan manchar un poco en ocasiones, con el tiempo se puede dejar de menstruar completamente durante una año completo.

El periódico La jornada (2007) señala que Wyeth estudió a más de 2,400 mujeres entre 18 y 49 años, de las cuales el 59% no sangró ni manchó durante un año. El 18% de este grupo abandonaron el estudio debido al sangrado intermitente el cual puede suceder cuatro o cinco días cada mes.

Ingrid Jhonston- Robledo profesora de psicología y estudios sobre la mujer de la Universidad de Nueva Cork expresa: “Creo que da una idea equivocada sobre la menstruación en la vida de las mujeres, especialmente para las jóvenes. Perpetúa un montón de actitudes negativas y tabúes sobre la menstruación, como que es algo molesto, sucio, debilitador y vergonzoso” (Diario El país, 2007).

Al respecto la FDA ha recordado en un comunicado que los posibles efectos secundarios de Lybrel son los mismos asociados con el resto de píldoras de control de natalidad, tales como el aumento de posibilidades de sufrir coágulos de sangre, embolias o ataques cardiacos.

Por su parte, el Colegio de Ginecología de Estados Unidos advirtió en marzo, cuando la píldora estaba siendo estudiada por la FDA, que no se han hecho estudios a largo plazo para determinar las consecuencias de la supresión de la menstruación durante tanto tiempo (El universal, 2003).

Así Lybrel está diseñada para quienes consideran sus periodos demasiado dolorosos, desagradables o molestos y quieren liberarse de ellos, aunque sería cuestión de evaluar el precio que tiene librarse de la menstruación y los posibles efectos que producen esta generación de anticonceptivos de ciclo extendido.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Una de las frases más famosas de Napoleón dicta que anatomía es destino, pero hoy en día, esta frase puede ser objeto de verdadera polémica. Las situaciones más insólitas se están viviendo a finales de esta primera década del 2000, dando origen a las críticas más apasionadas. Basta con echar un vistazo a las noticias y conocer el caso del “hombre embarazado” —es una mujer cuyos tratamientos le permiten tener la apariencia de un hombre, aunque su aparato reproductor se mantuvo intacto— quien con su cuidada barba, jeans y camisa a cuadros manifiesta estar feliz. En la foto del reportaje, luce junto a su esposa y su bebé de menos de un año, la ya visible pancita de su segundo embarazo. Vaya, creo que Napoleón no hubiera imaginado que ése, también podría ser el destino de una mujer.

Existen casos menos polémicos, pero lo cierto es que en la actualidad las mujeres podemos elegir dentro de una gama cada vez más amplia de posibilidades, las cuales invitan a replantearnos los antiguos esquemas que teníamos acerca de lo femenino y lo masculino. En algunos países ya se encuentra vigente la ley que permite a los homosexuales (hombres o mujeres) adoptar niños en pareja. En México, la ley de convivencia es un punto más a debatir. Sin embargo, aún cuando muchas de estas posibilidades no concuerden con los roles tradicionales de hombres y mujeres —*las mujeres usan vestido, son las mamás y son femeninas*— los cambios siguen presentándose a diario.

Debido a las características que muestran la anatomía femenina y por tanto, la dificultad para observar a simple vista sus genitales, fomentaron que miles de historias hayan sido fantaseadas en torno a la sexualidad femenina. A veces vista como un hombre “al revés”, otras, catalogadas como brujas o hechiceras y hasta el extremo de ser considerada un ser inferior, las mujeres de diversas épocas han interpretado su sexualidad como un elemento de marginación social a lo largo del tiempo.

No obstante, esa misma sexualidad que las ha excluido de ciertos ámbitos y privado de privilegios, durante siglos les ha otorgado un nuevo estatus —aunque transitorio— al convertirse en madres, y a causa de ello, generaciones y generaciones de mujeres han convertido el hogar en su único reino.

Hacia finales del siglo XIX las mujeres comenzaron a cuestionarse y a cambiar el rol preescrito para ellas, dentro de la sociedad patriarcal dominante de la época victoriana esto representó una fuerte crisis. La *histeria* fue el parte aguas de una serie de términos empleados para los problemas femeninos generalmente atribuidos al desafío de llamada naturaleza femenina. La histeria como un síndrome contenía una inmensa serie de síntomas, desmayos, ahogos (falta de aire), sollozos, risas, parálisis, malestar general, nerviosismo, o descontento.

La histeria comenzó a ser sinónimo de feminidad. Siendo la pubertad, embarazo y menopausia las fases del ciclo vital más plagados de inestabilidad y sufrimiento. Más tarde surgió un nuevo término, la neurastenia. Ésta, compartía síntomas de la histeria pero incluía dolores de cabeza, masturbación, vértigo, insomnio y depresión. La neurastenia afectaba generalmente a la mujer soltera. Las mujeres que tenían ambiciones y deseos conscientes e inconscientes que no podían ser realizados en la rígida sociedad Victoriana eran víctimas de la neurastenia. La mujer que era diagnosticada como histérica tenía más educación y no se casaba, desafiando el rol asignado al tener ambiciones, independencia o una carrera (Ussher 1989, p.6). Se podría decir que las llamadas “histéricas” fueron las primeras en cuestionar si el ser mujer era equivalente a ser madre.

Ussher (1989) describe algunos de los tratamientos que les daban a las histéricas, a las que se les suministraban una serie de inyecciones en el recto, introduciendo hielo y agua fría en la vagina. Además de que un método considerado como muy eficaz era el aplicar sanguijuelas en la vulva, las cuales se creían aumentaban considerablemente los beneficios, pues aún horas después de haberlas retirado seguían manando sangre. Aunque estas terribles prácticas no se

siguen llevando a cabo, no suenan menos terribles que las consecuencias que sufren nuestras “históricas actuales” tras el empleo de métodos anticonceptivos de ciclo extendido.

Como se puede observar en los comentarios de la mayoría de los foros o por algunas pláticas que he tenido con conocidas que emplean estos métodos, la preocupación por el uso de un anticonceptivo efectivo, supera por mucho las molestias que puedan sufrir a mediano o largo plazo debido a los efectos secundarios que pueden generar: pérdida de cabello, mayor peso, quistes, incremento en la posibilidad de desarrollo de cáncer, etc.

Un ejemplo de esta situación es la situación que se ha presentado con Premarín, producto que es empleado para combatir los síntomas naturales” de la menopausia —sudores nocturnos, olas repentinas de calor o sequedad vaginal— estos síntomas se consideraban molestias optativas que las mujeres podían evitar siguiendo una Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH). Uno de los productos más empleados para este fin es el Premarín —que quiere decir Pre de PREgnant, preñadas, ma de MAREs: yeguas, rin(e) de uRINE, orina pues se trata de estrógenos extraídos de la orina de yeguas preñadas—.

Diversos estudios han comprobado que el Premarín se encuentra relacionado con un alto porcentaje de casos de mujeres que desarrollan cáncer mamario y/o cervico-uterino, apoplejía, coágulos sanguíneos, infartos cerebrales o cardíacos, la página Women’s Health Initiative es una página que cuenta con diversos estudios relacionados.

En el 2003 fue un escándalo y los noticieros de la noche advirtieron al público de su peligrosidad, diversos grupos pedían que en las cajas de dicho medicamento hubiese una leyenda advirtiendo los males con los que se le relacionaba, pero no hubo respuesta y actualmente lo toman miles de mujeres mexicanas y si a esto sumamos que muchas de ellas no acostumbran realizarse el

papanicolau, estamos hablando de que un alto porcentaje desarrollará cáncer y cuando éste sea diagnosticado pueda haberse perdido un tiempo muy importante, probablemente debido a que en ese momento en México apenas iniciaba su difusión, la noticia no tuvo tanta difusión.

Las terapias hormonales incluyen estrógenos y progesterona, los principios activos de Seasonale, Seasonique, Lybrel y otros métodos anticonceptivos, aunque en diferente proporción, sin embargo, recordemos que la población a la que van dirigidos dichos productos pueden sufrir las mismas consecuencias a mediano o largo plazo pues su resistencia también se ve ligada a su edad y a otros factores asociados.

En mi opinión, los beneficios que reportan los anticonceptivos de ciclo extendido a corto plazo y la ausencia de una cultura preocupada por las consecuencias a largo plazo, son las principalmente responsables de que los efectos secundarios sean ignorados por sus usuarias. La pregunta que aquí surge es ¿cómo una mujer llega a la conclusión, de que es preferible poner en riesgo su salud que correr el riesgo de embarazarse? ¿No se suponía que el convertirse en madre le brindaba un reconocimiento que ni su inteligencia y sus logros le otorgaban?

Por mi cercanía con otras mujeres, he podido observar, que las mujeres aún siguen deseando ser madres, pero quieren ser madres bajo sus propios parámetros. Ya en los 70's la aparición de la píldora anticonceptiva permitía que las mujeres decidieran cuando embarazarse, no obstante, la culpa, el rechazo social, la misma medicina, la dificultad del método (si la olvidaban un día tenían que volver a iniciar) entre otros factores, influyeron para que las mujeres continuaran sin poder postergar el embarazo, cosa que al día de hoy entre crisis económicas, mejoras en los anticonceptivos, la necesidad de reconocimiento, por citar algunos factores, están influyendo para que muchas mujeres vean dicha postergación como una necesidad.

Las consecuencias psicosociales de ello, seguramente las conoceremos en algunos años, aunque con el apoyo de investigadores interdisciplinarios podríamos comenzar a vislumbrar hacia dónde se dirige esta tendencia, poniéndonos en alerta de las posibles fallas y aprovechar al máximo lo positivo que esta nueva perspectiva nos ofrece. Recordemos que no bastó el hecho de que un día se dictara que las mujeres podían votar, sino que han tenido que transcurrir muchos años para que ellas consideren importante su participación. La adaptación a los cambios suele ser más lenta de lo que estos ocurren.

De la misma forma, no ha bastado con decir: “¡de ahora en adelante todas las mujeres a trabajar!”. Se cuestionó mucho las repercusiones que tendría en el hogar su nuevo rol como trabajadora — ¿qué sucedería con la familia?, ¿desaparecería?— incompatibilidad entre el destacar en un empleo altamente exigente y el sostener una familia, no ha tenido como consecuencia la desaparición de la familia, sino su transformación.

En la actualidad, “las parejas” siguen buscando su unión, aunque sea por breves periodos y su composición pueda ser tan diversa como les sea posible, de forma legal o en unión libre, unidas por lazos profundos o superficiales. Zygmunt Bauman (2009) señala que nos encontramos en una era líquida, en la que todo es rápido, se usa y desecha, en la que nos encontramos locos por relacionarnos, pero que a la vez no queremos salir lastimados. Sin duda, el embarazo no planeado nos vuelve vulnerables socialmente, nos aleja de la posibilidad de salir a flote económicamente, profesionalmente, emocionalmente y son estas cogniciones las que determinan que la maternidad o la paternidad pueden esperar.

Muchas mujeres han priorizado su desarrollo profesional y una vez que han logrado estabilizarse económicamente, deciden tener un hijo ya sea dentro de una familia o en ocasiones, recurriendo a la inseminación artificial; dando a luz niños normales y sin sufrir complicaciones en su embarazo. La respuesta de los médicos es, que debido a un aumento en la esperanza de vida, en la actualidad las mujeres

están mostrando un envejecimiento tardío y por tanto, los antiguos 40's son los nuevos 30's, haciendo gala de ello en páginas web tan famosas como yahoo entre otros medios de divulgación.

Aunque hay que decirlo, las clases medias y altas son las más favorecidas por esta tendencia, pues las más pobres siguen al margen, parecen no conocer de modas y en ellas continúan abundando los embarazos a temprana edad y la dependencia económica.

En el pasado, las recomendaciones del médico indicaban que el mejor período para embarazarse era entre los 20 y los 35 años, pues en este período la mujer se encontraba madura biológicamente y lista para lograr un embarazo sano, seguido de la amenaza de que el tener hijos después de los 35 podía ocasionar el traer al mundo un niño con retraso, malformaciones, etc. Becker (1989) señala que en 1982, un noticiario de televisión emitió una breve descripción de la endometriosis, en la cual se le catalogó como "la enfermedad de las mujeres profesionistas". Si bien la endometriosis es una enfermedad que refiere a la inflamación y movimiento del tejido endometrial provocando dolor, no se relaciona a la decisión de no tener hijos, así aún en el 2009 luego de diversas investigaciones las causas de la endometriosis siguen sin mostrar una correlación tan alta para adjudicarla a alguna situación específica del estatus de las mujeres.

Diversos estudios pueden surgir del análisis de los elementos que componen la tendencia de postergar el embarazo y los factores con él relacionados, en este caso el interés por la ausencia de menstruación o amenorrea. Entre ellos podría encontrarse: la situación que se vive actualmente a nivel mundial, en la que se enfrentan fuertes crisis económicas, el miedo por relacionarse a un nivel profundo en una sociedad líquida (como lo plantea Bauman, 2009). La influencia que tiene el aumento de la esperanza de vida y la promoción de una nueva imagen de las mujeres, en la que ya no se les pide tener hijos en edades específicas, pero si se busca su inserción en el ámbito productivo.

Es aquí donde la Psicología Cognitivo Conductual tiene que intervenir facilitando la adopción de nuevas concepciones sobre lo que nos define como hombres y mujeres en un mundo tan cambiante. Así, este trabajo abre la pauta a futuras investigaciones que indaguen las consecuencias psicológicas que puedan manifestarse a mediano y largo plazo respecto a la ausencia de menstruación provocada con anticonceptivos de ciclo extendido. Consecuencias que esperamos sean favorables a sus usuarias, pues ya existe una grave advertencia sobre sus efectos secundarios, que si bien, no son regla, sus resultados serán visibles hasta mediano plazo, y sólo con una cultura que fomente la salud podremos guardar el tan anhelado equilibrio entre las esferas de lo bio-psico-social.

REFERENCIAS

Álvaro, J. (1996). *Psicología social aplicada*. España: Mc Graw- Hill.

Bauman, Z. (2009) *Amor líquido: Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. México: Fondo de Cultura Económica.

Beauvoir, S. (1981). *El segundo sexo I: Los hechos y los mitos*. Argentina: Siglo Veinte.

Beauvoir, S. (1981). *El segundo sexo II: La experiencia vivida*. Argentina: Siglo Veinte.

Becker, C. (1989). *El drama invisible: La angustia de las mujeres ante el cambio*. México: Pax.

Beneit, P. (1994). Conductas de salud. (p. 27-39). En: J. Latorre (Ed.). *Psicología de la salud: Aportaciones para los profesionales de la salud*. Argentina: Lumen.

Castañeda, Marina. (2002). *El machismo invisible*. México: Grijalbo.

Chrisler, J. y Zittel, C. (1998). Menarche stories: Reminiscences of collage students from Lithuania, Malasia, Sudan and the United States. *Health Care for Women International*, 19, p. 303-312.

Delgado, G. (1994) *El Mundo Moderno y Contemporáneo*. Ed. Alhambra Bachiller. México.

Diario el país (2007). *Luz verde a la píldora antimenstruación*. (11 párrafos).

(En red). Disponible en:

http://www.elpais.com/articulo/sociedad/Luz/verde/pildora/antimenstruacion/elpepusoc/20070523elpepusoc_1/Tes

Diario el país (2001). *Luz verde a la píldora antimenstruación*. (3 párrafos) (En red). Disponible en:

http://www.elpais.com/articulo/sociedad/reglas/ano/elpepisoc/20001001elpepisoc_5/Tes

El universal (2003). *Venderán este año en EU píldora que reduce ciclos menstruales*. (20 párrafos). (En red). Disponible en:

http://www2.eluniversal.com.mx/pls/impreso/noticia.html?id_nota=170046&tabla=notas

El universal (2006). *Nuevo anticonceptivo se implanta en el brazo*. (11 párrafos).

(En red). Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/articulos/33188.html>

González, F. (2003). *Cómo llegamos a ser. Letras libres*. Julio.

Implanon (2007). *Todo lo que querías saber sobre Implanon*. (12 párrafos). (En red).

Disponible en: <http://www.implanon.com.mx/>

La jornada (2007). *Aprueban pastilla anticonceptiva que eliminará la menstruación*. (12 párrafos). (En red). Disponible en:

<http://www.implanon.com.mx/>

Lagarde, M. (1997). *Los cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. cit. en Lamas, 2002, p.23

Lamas, Marta. (2002) *Cuerpo: diferencia sexual y género*. México: Taurus.

Lamas, M. y Saal, F. (1991). *La bella in-diferencia*. México: Siglo XXI.

Langer, Marie (1992). *Maternidad y sexo*. México: Paidós.

Laqueur, Thomas. (1992). *La fabrique du sexe: Essai sur le corps et le genre en Occident*. Francia: NRF Essais.

Lefrancois, G. (2001). *El ciclo de la vida*. México: International Thomson Editores.

Levítico, Antiguo Testamento Capítulo 15:19 *Las impurezas sexuales en la mujer*. (12 párrafos). (En red). Disponible en:

<http://es.catholic.net/biblioteca/libro.phtml?consecutivo=235&capitulo=4442>

Logan, D. (1980). The menarche experience in twenty- three foreign countries. *Adolescence*, 15 58, p. 247-256.

Lybrel (2009). Página del producto.(En red). Disponible en: <http://www.lybrel.com/> (6 párrafos)

Martínez, M. (2005). Importancia de la menstruación en la adolescencia. Exposición en el 3er. Congreso de la Sociedad Andaluza de Contracepción.

Marván, M., Espinosa, G. y Vacío, A. (2002). Premenarcheal Mexican girls expectations concerning perimenstrual changes and menstrual attitudes. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 23, 89-96.

Meichembaum, D. (1988). Terapias cognitivo conductuales. En, S Linn y J. Garske. *Psicoterapias Contemporáneas. Modelos y Métodos*. (4ª. Edición). Bilbao, España: Descleé de Brouwer. Cap. 8.

Michelet, J. (1992) *La Mujer*. Ed. Colección Popular. México

Miller, J. (1992). *Hacia una nueva psicología de la mujer*. México: Paidós

Morales, C. (2005). Preparación para la menstruación que reciben las niñas premenarcas en el hogar. Tesis de Maestría en Psicología. Universidad de las Américas, Puebla.

Oblitas, L. y Becoña, E. (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdéz.

Patiño, A., Ruelas, M., Villarreal, E., Martínez, L., Galicia, L. y Vargas, E. (2006). Evolución a un año de los efectos adversos, en una cohorte de pacientes con implante subdérmico de desogestrel. *Revista chilena obstetricia y ginecología*. 71, 3, p. 170-173.

Rako, S. (2005). Riesgos de Seasonale. (22 párrafos). *Salud de las mujeres en alerta*. (En red). Disponible en:

<http://translate.google.com/translate?hl=es&sl=en&u=http://womenshealthonalert.com/index.html&sa=X&oi=translate&resnum=8&ct=result&prev=/search%3Fq%3Dseasonale%26hl%3Des>

Ramírez, J., Uribe, G. y Gutiérrez, N. (1995). *Género y salud: Una propuesta para el trabajo con población femenina*. México: Universidad de Guadalajara.

Randall, Margaret. (1981) *Las mujeres*. Ed. Siglo XXI. México

Robertson, A. (junio, 2006). Ausencia de la menstruación (22 párrafos). *Enciclopedia médica en español*. (En red). Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003708.htm>.

Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. España: Síntesis.

Rodríguez, G. y Rojas, M. (1998). *La psicología de la salud en América Latina*. México: Universidad Nacional Autónoma de México y Porrúa.

Sánchez, J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: La interfaz, intervención-investigación en psicología de la salud. (p. 33-44). En G.

Rodríguez y M. Rojas (Eds.). *La psicología de la salud en América Latina*. México: Universidad Nacional Autónoma de México y Porrúa.

Stefani, D. y Rodríguez, N. (1988). Actitudes hacia la vejez y nivel socioeconómico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2, (20), 207-216.

Stein, R. (2003). Una nueva píldora anticonceptiva crea polémica en EEUU. (15 párrafos). *Clarín.com*. (En red). Disponible en: <http://www.clarin.com/diario/2003/03/04/s-02703.htm>

Tocavén, R. (1979). *Higiene mental*. México: EDICOL.

Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. España: Ariel.

Ussher, J. (1989) *The psychology of the female body*. London: Routledge.

Voelckers, E. (1993). *Todo lo que necesitas saber sobre esos días*. México: Promexa.

Wikipedia: the free enciclopedia. (Noviembre). Seasonale.

(4 párrafos). Enciclopedia gratuita. (En red) Disponible en:

<http://translate.google.com/translate?hl=es&sl=en&u=http://en.wikipedia.org/wiki/Seasonale&sa=X&oi=translate&resnum=7&ct=result&prev=/search%3Fq%3Dseasonale%26hl%3Des>

Women's Health Initiative (2009). *Department of Health and Human Services, Nacional Institutes of Health, National Heart, Lung, an Blood Institute* (30 párrafos). (En red). Disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/whi/index.html>