

CARMEN VALLS-LLOBET

La menstruación: de la invisibilidad a la abolición

“La investigación de la salud de las mujeres ha sobrepasado los límites que la encerraban solo en los órganos y hormonas relacionados con la reproducción (...). Este sesgo histórico está siendo redirigido (...). Cada vez más la asistencia sanitaria se ha de basar en las diferencias biológicas que comporta el sexo y las influencias del género en los factores de conducta, geográficos, culturales, económicos y sociales.”¹

“Tenía miedo a una enfermedad mental, que en el fondo es con lo que la medicina convencional te castiga cuando no saben qué te pasa. ¡He tardado mucho tiempo en darme cuenta de que soy un todo y que es imposible separar mis carnes de mis vivencias, mi cuerpo de mi alma”, dice Laura Mora.²

“Rita, tiene 20 años ahora y las menstruaciones son cada día más dolorosas. Cuando tuvo la primera regla a los 13 años, casi no la notaba, pero a los 15 años ya tenía que dejar de ir a la escuela por que tenía mucho dolor durante el primer día. En su casa no le hicieron mucho caso y su madre le dijo que ya se le pasaría con el tiempo. Un día se desmayó en la escuela por el dolor y decidieron llevarla al médico. El médico de cabecera le recomendó unas pastillas antiinflamatorias durante el primer o segundo día. Durante una o dos menstruaciones le pareció que el dolor mejoraba, pero después en las siguientes, sintió cada vez más dolor. Con este proceso pasó casi un año, porque le decían que era demasiado joven par ir al servicio de

Ginecología. Durante el examen de selectividad, que coincidió con el primer día de la menstruación se volvió a desmayar y la retiraron del examen.

Acudió al especialista, que le solicitó una Ecografía ginecológica. En ella se diagnosticó la presencia de unos quistes al lado de los ovarios, una endometriosis. Habían transcurrido casi tres años desde que inició un dolor intenso durante la menstruación y el momento en que se diagnosticó la causa”.

Morbilidad invisible

Tanto la investigación médica, como la docencia y la asistencia sanitaria ha mirado a las mujeres “como si fuesen hombres” y no han visto sus problemas y enfermedades específicas, ni han entendido su queja, su malestar y su dolor. La salud de las mujeres se ha estudiado y valorado sólo como salud reproductiva, y este enfoque ha impedido abordar la salud de las mujeres desde una perspectiva integral.

También la super especialización a que se ha visto sometida la medicina en los últimos treinta años, en aras de la eficacia, del troceado el cuerpo de los pacientes, y en especial los femeninos porque son los que demandan más atención de los servicios sanitarios ambulatorios y no precisan hospitalización.

Existe aún un gran desconocimiento, por falta de investigación y de información, de las enfermedades que padecen las mujeres, de sus causas y de la manera de prevenirlas. De hecho la formación médica no había remarcado que podía haber diferencias en el modo de enfermar de mujeres y hombres, que los métodos de diagnosticar pudieran ser diferentes, o que las terapias y los fármacos tuvieran diferentes maneras de actuar entre mujeres y hombres.

La formación del médico o la médica de primaria o de hospital no ha sido enfocada hacia las patologías más prevalentes entre el sexo femenino, ni

tampoco dispone (porque no existe) de una ciencia sistematizada para apreciar la diferente expresión de la sintomatología de algunas enfermedades según el sexo de las personas.

En definitiva falta desarrollar la ciencia y hacerla visible y comunicarla. Hay que hablar de la “morbilidad femenina diferencial”, para erradicar la cultura del sufrimiento que intenta esconder la ignorancia científica de las causas del malestar y la sintomatología, predicando a las mujeres la resignación y la sumisión a un supuesto destino fatal que las obliga a vivir con molestias y con dolor.

¿Qué es la morbilidad femenina diferencial?

Definimos la morbilidad diferencial como el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres sea por que sólo en ellas se puede presentar dichos problemas o porque sean mucho más frecuentes en el sexo femenino.

Las enfermedades pueden ser causadas por las “diferencias biológicas” con el sexo masculino, como ocurre con los trastornos de la menstruación, las enfermedades derivadas de embarazos y partos, o los tumores ginecológicos.

También entran en esta definición las enfermedades que sin ser específicas del sexo femenino, se presentan con “una mayor frecuencia (alta prevalencia)” en el sexo femenino, y son causa o de muerte prematura, enfermedad o discapacidad entre las mujeres más que entre los hombres, como son las anemias, el dolor crónico, las enfermedades auto-inmunes, las enfermedades endocrinológicas, y la ansiedad y depresión.

Existen también “factores de riesgo diferenciales” que deberían ser prevenidos o abordados de forma diferente entre mujeres y hombres, como las causas de patología cardiovascular, diabetes mellitas, o la obesidad. Lois Verbrugge ya señalaba en el año 1989 que el peor estado de salud de las

mujeres se debía a riesgos adquiridos y aspectos psico-sociales como el sedentarismo, el paro, o el estrés físico y mental que produce la doble o triple jornada laboral que deben realizar, así como el trabajo emocional que constantemente realizan en su papel de cuidadoras de toda la familia y de su entorno o como señala Mira Shiva, la falta de comida o la sobrecarga interminable del trabajo doméstico en condiciones muy precarias, y en cocinas de leña.

Lois Verbrugge ya señaló en el año 1985 que las mujeres presentan más enfermedades crónicas y hacen un mayor uso de los servicios sanitarios ambulatorios, dato que se ha confirmado en la literatura en todos los países del mundo que tienen una accesibilidad igualitaria al sistema sanitario. Aunque utilicen más los servicios, no están incluidas o han sido subrepresentadas en los ensayos clínicos, y como resultado, los datos y las investigaciones obtenidos de una población predominantemente masculina, son frecuentemente extrapolados de forma inapropiada para el uso clínico entre mujeres. Esta situación denunciada desde el año 1990 desde diversos foros internacionales, no ha mejorado en los últimos 14 años, ya que los ensayos clínicos sólo incluyen un 24,6% de mujeres y sólo se ha realizado un análisis específico de género en un 14% de los ensayos.

Morbilidad diferencial relacionada con “la” diferencia biológica. La menstruación como indicador del estado de salud

“Hay como una pesadez que inclina el cuerpo hacia su origen que siempre es abajo como el del árbol. Una gravedad que insiste, cíclicamente, tenazmente, en hacer corresponder el cielo salvaje del espíritu con la tierra a que pertenece. En mi vientre cada mes, la misma garra me hace retroceder al tiempo de todas las gestaciones. Es mi sangre, el pasado de mis hijos y el porvenir de los dioses: de barro los pies, de sangre la génesis. Dios, de haber existido, nunca hubiese sido macho; de haberlo sido hubiese engendrado tan sólo en lo invisible, la pura nada. Mi cuerpo, grávido, describe la circunferencia de los siglos: en cada luna inicia el recorrido de su propio nacimiento. Nacer: siento en mi sangre el clamor amurallado del primer

“¡No!”, el inicial rechazo a la embestida de la vida, le primer infortunio, la forzada voluntad apenas improvisada. Y luego la repetición, la gran imposición del “¡Sí!”, el préstamo que se otorga en la carne; la manera, tan injusta, de negar aquello que se afirma en el hijo.

Cada veintiocho días me siento, cielo abajo, piernas adentro, tan habitada, tan ocupada por ese ser que siento tan otra y es, no obstante, la que más me frecuenta, la que dicta mis pasos en orden al sentir, la que dirige mi voluntad más imperiosa, más necesitada, más desesperadamente codiciosa en la ternura, la que me invita a ser esa otra que me tiene cada vez más emboscada, en alerta siempre, roja alerta que deja, intenso, su rastro de materia desprendida sobre lo que voy siendo.

Tan habitada me siento que no sé si hablo desde dentro de la sangre en tumulto, ni quién observa a la otra, ni que otra soy yo” escribe Chantal Maillard en “Filosofía en los días críticos”.

El ciclo menstrual: de la invisibilidad, al tabú científico y a su abolición

La menstruación fue uno de los primeros fenómenos cíclicos que pudieron observar las mujeres y los hombres del neolítico. Su relación con la reproducción permaneció invisible, y también innominada entre muchas culturas. Tabú entre muchos pueblos, servía de excusa para castigar a muchas mujeres con el alejamiento y gran número de prohibiciones, como las que obligaban a las mujeres a alejarse de las casas con la falacia de que su presencia durante la fase menstruante contaminaba los productos agrícolas y alteraba el crecimiento del ganado. De hecho la mayoría de mujeres hasta mediados del siglo XX, quedaban embarazadas desde la primera menstruación en la adolescencia y casi no volvían a tener la menstruación durante su vida reproductiva, porque estaban embarazadas o en período de lactancia. Debido a este hecho sólo debían presentar trastornos de la menstruación las mujeres que por provenir de clases altas o por otras circunstancias no tenían sus primeros hijos hasta después de los veinte años.

También fue un tabú en la comunicación de muchas madres e hijas.

La dismenorrea, las metrorragias o los ciclos irregulares fueron relacionados con la poca aceptación de la menstruación, antes de correlacionarla con trastornos endocrinos, o con deficiencias de nutrición. El ciclo menstrual afecta a todos los órganos y sistemas de las mujeres y sus alteraciones pueden ser un indicador del estado de salud, ya que las situaciones de estrés y patologías clínicas y subclínicas alteran su regularidad. También existen influencias de unas mujeres a otras a través de las feromonas.

Nombres para no-nombrar

La forma social de invisibilizar y excluir la presencia de la menstruación, a pesar de ser una experiencia cotidiana en la vida de las mujeres durante siglos ha sido no nombrarla, y no hablar de ello nunca en público. Las diversas denominaciones que voy recogiendo (animo a las lectoras a mandarme las que ellas hayan experimentado) están relacionadas con diversos aspectos o características. Con la regularidad, como “el mes”, “el período”, “este día”, “la mala semana”. Con la presencia de un acontecimiento que visita tu cuerpo desde fuera, como si de algo externo se tratara: “la visita”, “mi amiga”, “la tía”, “la tía María” o “Andrés” (porqué te visita una vez al mes). Con la vivencia de la menstruación como enfermedad, “estoy indispueta” “el problema”, “estoy enferma”.

Con el deseo de no nombrarla: “la cosa”, “la maldición”, “macana” en Bolivia. Con el color rojo, “Días de bandera roja”; “los rojos”, “la puta comunista” o como cita Victoria Sau de una monjas, “los ingleses han desembarcado”, “llegan los chaquetas rojas”. Como señal de las diferencias, “el símbolo de la feminidad”, “la señal de que se es mujer” o también como vivencia de algo sucio o impuro: “Suciedad” o “impureza” cadáver corrompiéndose para los griegos.

La medicina inicia su estudio científico a mediados del siglo XX. La ciencia médica ha ignorado el estudio de la menstruación y sólo a mediados del siglo XX se inició el estudio del ciclo y de las hormonas hipofisarias, con el

objetivo de conseguir medicamentos anticonceptivos. En cambio es muy difícil encontrar estudios que especifiquen cuales son las características normales del ciclo menstrual. De hecho ha sido la investigación realizada en Suecia y Dinamarca la que ha dado las pautas de normalidad.

El ciclo menstrual normal oscila con una menstruación cada 26 a 32 días, aproximadamente un ciclo lunar que es de 28 días. La duración es de un día con fuerte pérdida y dos o tres días más con pérdidas menores. La cantidad máxima de pérdida debería ser unos 100 cm.³ como máximo la cantidad de una copa de vino, aunque es difícil apreciar la pérdida de forma subjetiva porque muchas personas relacionan la intensidad mayor o menor con la pérdida de su madre, hermanas o amigas. La menstruación no debe producir dolor y en todo caso una ligera molestia. No debe ser precedida de síntomas ni corporales ni de labilidad en el estado de ánimo. La menstruación es un hecho fisiológico que prepara cada mes el cuerpo para la concepción y el anidamiento, no es por lo tanto una maldición bíblica, y sus molestias no se han de vivir en silencio, porque en realidad, cuando se presenta fuera de los parámetros normales, sus características anómalas son claros indicadores de problemas de salud, o de nutrición o de estrés físico y mental

El estudio del ciclo y sus efectos periféricos en todo el cuerpo, así como las bases neuroendocrinas del síndrome premenstrual se iniciaron con fuerza en la década de los 80 del pasado siglo.

Implicaciones hormonales

El ciclo menstrual normal implica variaciones en diversos niveles hormonales, a veces sutiles o a veces manifiestos, lo que significa que durante la edad reproductiva (desde aproximadamente los 13 años hasta los 50, algunos niveles hormonales de la mujeres eran cada día diferentes según el momento del ciclo menstrual).

Para que exista menstruación deben existir estrógenos a niveles adecua-

dos para producir un crecimiento endometrial. Para que la hemorragia no sea excesiva a partir del día 14 del ciclo ovárico, se inicia la producción de progesterona que impide que el tejido del endometrio crezca de forma exponencial y lo prepara para el anidamiento si hubiera una concepción.

En esta segunda fase del ciclo y sobre todo entre los días 17 al 23 se incrementa la secreción de varias hormonas implicadas en el metabolismo de agua corporal (renina, angiotensina, aldosterona) y se retiene líquido. En condiciones normales esta retención debería ser imperceptible, pero cuando hay exceso de estrógenos por condiciones de estrés o por exceso en el medio ambiente, o cuando disminuye la secreción de progesterona por las mismas causas, esta retención puede ser intensa y provocar un aumento de unos 2 ó 3 kilos de peso antes de la menstruación.

Pero también se producen incrementos de neurotransmisores cerebrales, desde el momento de la ovulación, de adrenalina y noradrenalina central y periférica, y de beta endorfinas que están elevadas hasta tres días antes de la menstruación. Estas variaciones en condiciones normales deberían ser casi imperceptibles, pero según los niveles pueden causar cambios en el estado de ánimo y en el humor.

Implicaciones neuroendocrinas y sobre el estado de ánimo y humor

Los cambios hormonales en el sistema hipotalámico y el efecto de los estrógenos sobre el sistema noradrenérgico, dopaminérgico y receptores de serotonina, y el de la progesterona natural sobre los receptores Gaba, han demostrado que los cambios de humor y estado de ánimo durante el ciclo menstrual tienen una base neuroendocrina.

Por una parte los niveles de estrógenos colaboran en la excitabilidad del sistema nervioso pero también en estimularlo y tonificarlo (efecto antidepresivo), y la progesterona natural tiene un efecto armonizador estimulando la sedación y el sueño, y colaborando en eliminar el exceso de líquidos, de irritabilidad y la tensión nerviosa.

Si no hay alteraciones, se puede sentir un ligero incremento de ansiedad entre los días 16 al 23 del ciclo, y un incremento de irritabilidad, tensión nerviosa, y hostilidad los cinco días anteriores a la menstruación.

La libido (apetencia sexual) y la actividad sexual se incrementan en la primera fase del ciclo (del 6 al 12) y durante la fase ovulatoria, y disminuye en la segunda fase, con un ligero incremento durante los cinco días anteriores a la menstruación. Todos estos cambios son fisiológicos, y pasan desapercibidos para las mujeres y para los mismos profesionales, porque se han investigado en los últimos veinte años.

También existen variaciones en la acuidad de los órganos de los sentidos con un incremento de la sensibilidad de la visión, audición y tacto hasta el pico ovulatorio, y una disminución durante la segunda fase, excepto para el olfato que se incrementa desde la primera fase folicular por el efecto de los estrógenos y continúa aumentando su sensibilidad hasta el momento de la menstruación. Muchas mujeres embarazadas también relatan el incremento de la sensibilidad olfativa y son capaces de detectar la presencia de alguna fruta enmohecida aunque este a veinte metros de distancia.

Si la ovulación no se produce, o lo hace con poco estímulo por parte de la hormona luteinizante (LH) los desequilibrios en el estado de ánimo se agudizan y existe mayor irritabilidad, nerviosismo y tensión, y a veces ganas de llorar en los días previos a la menstruación lo que se denomina síndrome premenstrual. Se acompaña también de retención de líquidos, tensión mamaria y dolor en la pelvis que irradia a extremidades inferiores. También el exceso de estrógenos tiene relación con la presencia de las migrañas, cefaleas muy intensas que afectan a la mitad de la cabeza y que se presentan dos días antes o durante la menstruación. Pero como su estudio es reciente muchas de las variaciones del humor se atribuían al rechazo de las mujeres a su menstruación, o a su naturaleza "histórica", lo que ha hecho más difícil la posibilidad de correlacionar los síntomas con alteraciones hormonales, y más invisibles las sensaciones que sentían las mujeres y que sólo se atrevían a contarse unas a otras a escondidas. Todavía actualmente muchas se ven rechazadas por los profesionales de la medicina

si se atreven a explicar los síntomas relacionados con el ciclo menstrual.

Implicaciones metabólicas

Todos los sistemas metabólicos están afectados por el ciclo menstrual desde el metabolismo de lípidos, proteínas y glúcidos, hasta las células de la córnea. El estudio de la fisiología del ciclo y de sus efectos en la capacidad pulmonar, función digestiva, función excretora renal, y otros sistemas ha permitido entender la fisiopatología de muchos trastornos y estudiar posibles tratamientos.

Interacciones del estrés con el ciclo menstrual

Muchos trastornos de la menstruación pueden estar relacionados con el estrés físico o mental, tanto la oligo-amenorrea (menstruaciones escasas que se presentan cada mes y medio o cada dos o tres) como las metrorragias (menstruaciones muy abundantes). De hecho estas alteraciones en las edades jóvenes se pueden considerar un indicador de las situaciones de estrés, directamente por acción de los neurotransmisores en la secreción de gonadotropinas hipofisarias, como por el efecto del estrés en la hipersecreción de prolactina. Las personas que trabajan en turnos de noche o que deben cambiar de huso horario por su trabajo, pilotos o azafatas de vuelo o barcos, sufren también trastornos del ciclo menstrual por alteraciones en la secreción de melatonina que es la hormona que produce la glándula pineal, situada en el centro de la cabeza, como resto atrofiado del tercer ojo que tenían algunos peces. La relación de la secreción de melatonina con la luz es clara, y en los países nórdicos, con pocas horas de luz en invierno, la melatonina no cesa su producción durante el día y produce alteraciones del ciclo menstrual, sobre todo ciclos alargados y con escasa menstruación.

Las consecuencias directas del estrés en los trastornos menstruales, son la hiposecreción de progesterona y las metrorragias. Pero a medio plazo se producen las anemias, o las ferropenias (deficiencia de almacenamiento de

hierro). La endocrinóloga Jeryllyn Prior de Vancouver también ha demostrado que las deficiencias de progesterona o las anovulaciones que se producían en las atletas, disminuían la masa ósea, en el plazo de un año. A medio plazo, la consecuencia del hiperestrogenismo será la presencia de quistes en las mamas, o mama fibroquística con a veces dolores intensos premenstruales, y tensión mamaria, y posteriormente el incremento de miomas uterinos, que se presentan sobre todo en mujeres mayores de 40 años, cuando ya declina la secreción de progesterona.

Enfermedades e interacciones ambientales que afectan al ciclo menstrual

El equilibrio del ciclo y la ovulación, además de estar influido por la nutrición, lo está también por las anemias, y las deficiencias de la reserva de hierro, por los trastornos de la función tiroidea (tanto hiper como hipotiroidismo) o por alteraciones del resto de glándulas endocrinas. Alteraciones congénitas de las glándulas suprarrenales que producen vello (hirsutismo) en la barbilla o en la línea media en las mujeres también alteran la armonía del ciclo, y producen el denominado síndrome del ovario poliquístico que afecta de un 5 a un 10% de la población femenina. Este síndrome en algunos casos tiene un origen sólo ovárico. Pero las enfermedades hepáticas, renales, o las infecciones crónicas y las enfermedades autoinmunes también alteran el ciclo.

La disminución de peso afecta directamente a la secreción de gonadotropinas hipofisarias. La pérdida de 2 kgs. ya produce en el ciclo menstrual del mes siguiente una disminución de la fase luteínica, y si se sigue perdiendo rápidamente por debajo del índice de masa corporal deseable, se pierde primero la ovulación y posteriormente la menstruación. De hecho es lo que se presenta en la anorexia nerviosa.

En los últimos 20 años se ha comprobado un incremento de la presencia de endometriosis, enfermedad en la que el tejido del endometrio se encuentra en la cavidad abdominal o al lado de los ovarios, por lo que se menstrua

también dentro de la cavidad abdominal, con dolores menstruales muy intensos. El incremento de esta patología que ya afecta a un 5% de la población femenina, había permanecido invisible, hasta que se ha reconocido el papel que juegan las dioxinas ambientales, presentes en agua, aire y alimentos, y también tiene como posible origen el estrés crónico, ya que se ha presentado entre médicas que han hecho la especialidad como residentes, que han de hacer guardias cada dos o tres días.

La exposición laboral a sustancias químicas, ondas electromagnéticas, radiaciones ionizantes, exceso de ruido, calor o frío, o a insecticidas organoclorados también puede producir alteraciones del ciclo que pueden durar años después de la exposición.

La menstruación como armonía de la diferencia

La menstruación refleja la armonía de la diferencia, y se manifiesta de forma equilibrada si el entorno es también armónico. De hecho las condiciones de vida y trabajo influyen de modo directo en dicha armonía y en sus trastornos posteriores. El análisis de las conductas de algunos pueblos como los indios mohicanos que demostraban su respeto hacia las mujeres ofreciéndoles comida y alejándolas de los trabajos duros durante la menstruación, es un ejemplo de respeto a la diferencia en lugar de la abolición de la misma por intervenciones directas hormonales y agresivas sobre el cuerpo de las mujeres.

Falta evidencia científica de las consecuencias sobre la salud del equilibrio menstrual y de las consecuencias a largo plazo de su abolición

La falta de estudios científicos de evidencia buena sobre las causas de los trastornos de la menstruación y el hecho de que los esfuerzos de la investigación se han centrado más en encontrar medicación anticonceptiva que en ayudar a la regulación del ciclo. Antes de abolir lo que existe sería

mejor empezar a entenderlo, ya que la intervención agresiva sin el estudio de las consecuencias a largo plazo puede causar más daños que beneficios.

Antes de que los conocimientos científicos llegaran a la mayoría de profesionales de la medicina, y a las mismas mujeres ya se realizaron intervenciones para abolir la ovulación (administración de anticonceptivos hormonales), con el objetivo liberador de planificar los embarazos, pero interviniendo agresivamente sobre el cuerpo de las mujeres sin saber las consecuencias a largo plazo.

Entre las mujeres existe todavía un gran “desconocimiento” de los propios cambios y de las interferencias ambientales e interpersonales; persiste y aumenta la “no armonía” con el propio cuerpo del que las mujeres se alejan con la persecución de la igualdad.

La falta de respeto por el cuerpo de las mujeres, está conduciendo a las propuestas de “abolición bioquímica de la menstruación”, como si fuera un planteamiento progresista, aunque suponga una intervención hormonal constante durante la vida reproductiva. ¿Significa una forma más de romper con el orden simbólico de la madre antes de haber visibilizado su realidad y sus relaciones?

Notas:

1 W. Pinn, *Sex and gender factors in medical studies: implications for health and clinical practice*, JAMA 2003, pp. 289, 397-399.

2 LAURA MORA CABELLO DE ALBA, “Mi enfermedad, mi cuerpo, mi libertad” en este mismo núm. de *DUODA. Estudios de la Diferencia Sexual*, p. 31.

Bibliografía:

Chantal Maillard, *Filosofía en los días críticos. Diarios 1996-1998*. Valencia: Pre-Textos, 2001.

Miranda Gray, *Luna Roja. Los dones del ciclo menstrual*. Barcelona: Editorial Gaia, 1994. María-Milagros Rivera Garretas, *La diferencia sexual en la historia*. Valencia: Universidad de Valencia, 2005.

Victoria Sau, "Reflexiones feministas para principios de siglo", en *Cuadernos Inacabados*, 34 (2000), pp 49 a 100.

Carme Valls-Llobet, *Mujeres y Hombres. Salud y diferencias*. Barcelona: Folio, 1994.

Carme Valls-Llobet, *Mujeres Invisibles para la Medicina*. Barcelona: Editorial de Bolsillo-Plaza y Janés 2006.

Fecha de recepción del artículo: Abril 2006. Fecha de aceptación: Mayo 2006.

Palabras clave: Menstruación, invisibilidad, abolición, morbilidad femenina diferencial, anemias, dolor crónico, enfermedades endocrinas, enfermedades auto-inmunes, factores de riesgo diferenciales, anorexia nerviosa.

Key words: Menstruation, invisibility, abolition, differential feminine morbidity, anaemias, chronic pain, endocrinal illnesses, auto-immune illnesses, differential risk factors, anorexia nervosa.