



Universidad Euskal Herriko
del País Vasco Unibertsitatea

Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación

GRADO EN SOCIOLOGÍA
CURSO 2021-2022

**LA ENSEÑANZA DEL CICLO MENSTRUAL EN EL
GRADO DE MEDICINA DE LA UPV/EHU**

AUTORA: AMAIA GONZÁLEZ LLAMA

DIRECTOR: IMANOL ZUBERO

16 de mayo de 2022

La autora del trabajo fin de grado declara que son ciertos los datos que figuran en este trabajo original y propio, asumiendo en caso contrario, las responsabilidades que pudieran derivarse de las inexactitudes que consten en el mismo: plagio, usos indebidos de imágenes, etc. Todas las imágenes son copyright de sus correspondientes propietarios y/o licenciatarios. Se incluyen en el presente trabajo bajo finalidad meramente divulgativa para ilustrar el marco teórico o análisis del trabajo.

Índice

1. INTRODUCCIÓN	3
1.1 Justificación del trabajo	3
1.2 Planteamiento del problema de investigación	4
2. OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA.....	8
3. CIENCIA, GÉNERO Y REPRONORMATIVIDAD.....	11
3.1 Ciencia y género	11
3.2 Sesgo androcéntrico y menstruación	15
3.3 Menstruación y repronormatividad: las contradicciones de la ciencia y la práctica ginecológicas.....	18
4. ANÁLISIS DE CONTENIDO	21
4.1 Función estrogénica: fundamental para la vida de la mujer	21
4.2 Definiciones: la reproducción en el centro	22
4.3 Decisiones médicas en función del deseo de maternidad	25
5. ENTREVISTAS	27
5.1 Función estrogénica: fundamental para la vida de la mujer	27
5.2 Definiciones: ¿la reproducción en el centro?.....	31
5.3 Decisiones médicas en función del deseo de maternidad	33
6. CONCLUSIONES	35
BIBLIOGRAFÍA	39
ANEXOS	43
Anexo 1. Apuntes seleccionados por las profesoras.....	43
Anexo 2. Evaluación positiva del CEISH.....	44

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Justificación del trabajo

La existencia del sesgo de género en la investigación y la práctica científica es algo ampliamente demostrado, afectando tanto a la producción de conocimiento como a la aplicación de ese conocimiento en la práctica médica. Este sesgo refleja y reproduce imaginarios sociales dominantes, fuertemente incrustados en las estructuras sociales. En concreto, uno de estos sesgos tiene que ver con los imaginarios sociales asociados a la menstruación. De manera muy predominante, el ciclo menstrual es considerado exclusiva o esencialmente como un proceso necesario para la reproducción, dejando de lado otros procesos fisiológicos de igual importancia que se dan durante el ciclo menstrual. De ahí la pregunta que guía esta investigación: ¿qué conocimiento se desarrolla e imparte en el grado de Medicina sobre el ciclo menstrual? La hipótesis que guía este estudio es que la perspectiva a partir de la cual se entiende y enseña el ciclo menstrual en el grado de Medicina de la UPV/EHU puede estar reflejando la visión reproductivista o repronormativa dominante en nuestra sociedad, dejando en un segundo plano la importancia del mismo para el funcionamiento saludable del cuerpo femenino. Esta perspectiva es generada por y al mismo tiempo genera un marco interpretativo centrado en la capacidad reproductiva de la mujer que pasa por alto debates actuales dentro del propio ámbito de la ciencia médica.

Me acerco al objeto de estudio de esta investigación, junto a mi director de TFG, Imanol Zubero Beaskoetexea, a quien agradezco enormemente la implicación en un tema tan escurridizo como controvertido, de la forma más humilde posible. No solo por la humildad que cualquier investigación demanda para ser honesta y lo más objetiva posible, sino por adentrarme en un ámbito científico, el de la medicina, totalmente desconocido para mí. Debo agradecer a la profesora de la Facultad de Medicina y Enfermería, Mabel Marijuán Angulo (escribo su nombre previo consentimiento suyo) el enorme apoyo y confianza que desde el comienzo me ha brindado. Sin ella simplemente no habría podido llevar adelante esta investigación en la que tanto corazón y energía he colocado; ella me ha permitido entender las dinámicas y los lenguajes del ámbito médico, y me ha ayudado a enfocar mi mirada en un mar de palabras y conceptos incomprensibles. Además, y esto es algo que espero no olvidar nunca, ella ha hecho que deje de enfrentarme con enfado y frustración a lo que hasta el momento consideraba un terrible ejercicio deliberado de invisibilización de las mujeres por parte de la ciencia médica; me ha mostrado un mundo en el que, además de quienes hacen caso omiso de las reivindicaciones feministas, existen muchas personas deseando que las cosas cambien y trabajando para ello, personas que, como ella misma, se enfrentan cada día a una estructura rígida buscando sus recovecos. Puedo decir con alegría que este ha sido un trabajo colectivo, tanto por la ayuda de Mabel, de las personas entrevistadas y de aquellas a quienes he consultado *off the record*, como por la participación de las muchísimas mujeres con las que he hablado sobre este tema a lo largo de los cuatro años del grado; mi convicción sobre la importancia de investigaciones como esta tiene relación directa con todas ellas. Gracias.

1.2 Planteamiento del problema de investigación

Al compartir los hechos, aprendimos mucho, pero compartiendo nuestras experiencias personales relacionadas con estos hechos, aprendimos aún más. Una vez que aprendimos lo que los “expertos” tenían que decirnos, descubrimos que aún teníamos mucho que enseñarnos y mucho que aprender entre nosotras. Por ejemplo, muchas de nosotras habíamos “aprendido” cosas sobre el ciclo menstrual en clases de ciencias o biología, habíamos memorizado los nombres de las hormonas menstruales y su función. Pero cuando empezamos a leer que el comienzo de la menstruación es un acontecimiento normal entre los 10 y los 18 años, empezamos a contarnos nuestro primer periodo menstrual y descubrimos que, para la mayoría de nosotras, empezar a menstruar no había sido normal en absoluto, sino alarmante, vergonzoso y misterioso. Comprendimos que lo que nos habían dicho sobre la menstruación, y lo que no nos habían dicho, e incluso el tono de voz con que se nos había dicho, había tenido un efecto en nuestros sentimientos sobre la feminidad.

Colectivo del libro de la salud de las Mujeres de Boston, 1982: 11.

¿Por qué cada vez que intento informarme sobre qué es la menstruación me encuentro con líneas y líneas dedicadas al óvulo fecundado? ¿Por qué siempre, en algún momento, aparece el famoso “si el óvulo no es fecundado...”? ¿El ciclo menstrual es solo un proceso necesario para la reproducción? Desde que empecé, hace años, a acercarme a bibliografía divulgativa sobre el ciclo menstrual, comenzaron a surgirme estas preguntas, preguntas que me llevaron a planteamientos que chocaban con uno de los objetivos fundamentales del feminismo: la emancipación del cuerpo de la mujer. Y es que, si, como parece indicar la bibliografía accesible, el ciclo menstrual solo puede explicarse a partir de su importancia para la reproducción, ¿qué ocurre con las mujeres que no se reproducen por el motivo que sea? ¿debemos sentirnos defectuosas o incompletas las mujeres que, cada mes, sin excepción durante nuestra etapa fértil, no somos fecundadas? ¿Será que el fin último de nuestra existencia es la reproducción y que todo lo que sea evitarla es ir contra nuestra naturaleza?

Hace años que el relato oficial sobre el ciclo menstrual no encaja conmigo; años sin sentirme representada por aquello que dicen que le pasa a mi cuerpo y a mi psique cuando menstruo. Hace años que me pregunto hasta qué punto esta falta de identificación puede formar parte de una suerte de estrategia mental para tranquilizarme ante la posibilidad de decidir no ser madre. Fue cuando di con estudios y libros como los del Colectivo de las Mujeres de Boston, citado al comienzo, y muchos otros, cuando comprendí que las dudas sobre mi propia intuición, esa que no me dejaba dormir, son el éxito de un sistema patriarcal basado en la falta de credibilidad de las mujeres. A partir de ese momento, y apoyada en las muchas mujeres que se rebelaron y se rebelan, decidí seguir el camino del cuestionamiento de uno de los grandes relatos que condiciona la vida de las personas menstruantes; un gran relato que parece pequeño porque no trata explícitamente de colonización, nacionalismo o capitalismo. Es el gran relato de que la menstruación es aquel mal necesario de las mujeres para reproducirnos.

Aunque en este proyecto nos referiremos fundamentalmente a la realidad de las mujeres, somos plenamente conscientes de que no todas las personas menstruantes son mujeres. Cabe explicitar que el motivo por el que se habla de mujeres a la hora de reivindicar la

visibilización y el tratamiento adecuado de la menstruación en la formación de las futuras profesionales de la medicina es que la inmensa mayoría de las personas que menstrúan somos mujeres. De hecho, es una de las características femeninas que ha servido de base argumental en el imaginario patriarcal para la expulsión de los cuerpos de las mujeres de los espacios públicos desde hace siglos. Sin embargo, todo lo referente al derecho a menstruar con dignidad y salud incluye a toda persona menstruante. Suscribimos, en este sentido, la consideración que al respecto hacen Emma Gómez Nicolau y Elisabet Marco Arocas:

Aunque no todas las mujeres sangran -no sangran las que no han alcanzado aún su menarquía, no sangran las que han pasado la menopausia, pero tampoco sangran las mujeres transexuales, las sometidas a un riguroso esfuerzo físico o las que han sufrido cambios bruscos de peso y condiciones psicofísicas adversas, así como las afectadas por enfermedad, malnutrición y anatomía reproductiva atípica-, todos los cuerpos menstruantes tienen aparato reproductor femenino. En este sentido, cabe remarcar que hay hombres transexuales con menstruación. No obstante, la relación entre el cuerpo femenino y la menstruación se remonta hasta la consideración hegemónica que afirmará que es la menstruación lo que te hace mujer (Gómez Nicolau y Marco Arocas, 2020: 156).

Las preguntas que abren este informe no son solo las preguntas que han iniciado el proceso de investigación. Han sido interrogantes que han hecho que me cuestione mi propia feminidad y los principios feministas que me construyen como ser político. Es por esto que considero relevante una investigación de estas características: la producción científica, con sus puntos ciegos y con sus aciertos es la que define cómo identificarnos, es la que dice lo que es normal y lo que no, y es la que, por todo esto, debe estar bajo constante cuestionamiento.

A continuación, muestro dos ejemplos de lo que me llevó a tales cuestionamientos. Para ello, referencio dos libros sobre ciclo menstrual y ginecología. El primer libro es *Viaje al ciclo menstrual*:

Durante la fase preovulatoria, uno de los folículos madura mientras se va formando el nuevo endometrio. En un primer momento, la puerta está cerrada para que no entre ni salga nada del útero. Luego, la puerta se abre y aparece el moco fértil tipo E, permitiendo el almacenamiento de espermatozoides en la espermateca.

Durante la ovulación sube la temperatura corporal debido al aumento de los niveles de progesterona. El óvulo es liberado fuera del ovario y absorbido por la trompa de Falopio. Simultáneamente, los espermatozoides (en caso de que haya) abandonan la espermateca y hacen la famosa carrera hacia el óvulo. Durante las 24 horas siguientes a la liberación del óvulo es cuando se puede dar la concepción.

En la fase Premenstrual, el óvulo, que ha muerto porque no ha habido fecundación, se va desintegrando mientras baja por la trompa. El endometrio se vuelve más espeso y se llena de nutrientes. Una semana después de la ovulación el endometrio está totalmente desarrollado esperando que un cigoto (un óvulo fecundado) anide en su mucosa (Salvia Ribera, 2015:32).

El segundo libro al que hago referencia es *Hablemos de nosotras. Reflexiones de una ginecóloga rebelde* (Al Adib Mendiri, 2021). En él no aparece ninguna explicación específica de lo que es el ciclo menstrual. Es cierto que el libro no trata de informar específicamente sobre el ciclo menstrual y se centra más en la sexualidad femenina, sin embargo, sí habla de ello, y es por eso que lo utilizo como ejemplo. En un primer vistazo

al índice de contenidos, me centro en lo que más puede acercarme al estudio del ciclo menstrual, el capítulo al que me dirijo se llama “Hormonas sexuales”.

El capítulo comienza con una breve descripción de las hormonas sexuales. Divide en tres grupos estas hormonas y dedica espacios bien diferenciados en tamaño a cada uno. Mientras los estrógenos ocupan un espacio de 6 líneas, los progestágenos ocupan un espacio de 20 líneas.

- **Estrógenos.** En este grupo están el estradiol, el estriol y la estrona. Son secretados por los ovarios. También se producen estrógenos en otros tejidos como la mama, la piel, el endometrio, el cerebro, etc. a partir de los andrógenos a través de unas enzimas que se llaman aromatasas, que son las encargadas de transformar andrógenos a estrógenos.

- **Progestágenos.** Estos son: la progesterona, la 17-hidroxiprogesterona, la pregnenolona y la 17-hidroxipregnenolona. La síntesis de progestágenos se realiza en una ínfima cantidad en las glándulas adrenales, casi toda la totalidad se produce en el ovario. Aunque en la primera fase del ciclo el ovario fabrica muy poca cantidad, para que se formen suficientes progestágenos ha de haber sí o sí ovulación, ya que el cuerpo lúteo resultante de la ovulación sostiene prácticamente la totalidad de producción de estas hormonas. Suelo llamar a la progesterona «la hormona tonta», porque los estrógenos se producen en otros tejidos y si funciona el ovario, aunque lo haga desordenadamente, no tiene problemas con producir estrógenos, pero la progesterona es otra cosa, le cuesta más producirla porque es necesario que se forme un buen cuerpo lúteo (es necesaria la ovulación para que se forme cuerpo lúteo). En cuanto hay algún desequilibrio en la regulación hormonal del eje hipotálamo-hipofiso-ovárico siempre la progesterona será la primera hormona que se queda corta, por lo que en el desequilibrio entre estrógenos y progestágenos siempre va a ser a favor de estrógenos (otra cosa diferente es que el ovario anule su función por completo, en ese caso no produciría ni estrógenos ni progestágenos).

Fuente: Al Adib Mendi, 2021: 106.

Esta diferencia en los espacios utilizados, tiene su expresión en las explicaciones que posteriormente hace la autora sobre las hormonas sexuales. Para muestra, el siguiente extracto:

Los estrógenos tienen unas determinadas funciones en diferentes lugares del cuerpo y los progestágenos tienen otros efectos (generalmente contrarios), de manera que durante la edad fértil nuestros sistemas van adaptándose a esa saludable alternancia cíclica que

se produce ante la posibilidad de un embarazo. Así, tras la ovulación, los progestágenos tienen funciones destinadas a la protección de la concepción: disminuyen la vigilancia inmunológica (para evitar que la inmunidad luche contra el embarazo por considerarlo extraño al cuerpo), bajan la actividad neural (de ahí que estemos menos activas en la segunda fase del ciclo), aumentan el catabolismo (para que la sangre sea rica en nutrientes y pueda nutrirse bien el embarazo). También los progestágenos tienen una función conservadora en el endometrio (la capa más interna del útero), aquí tienen un doble efecto: evitan la multiplicación de las células endometriales (efecto antiproliferativo) y evita que se descame. Si finalmente no hay embarazo, la progesterona bajará, lo que provocará que el endometrio se descame (menstruación). Y una vez que el endometrio se expulse y quede nuevamente adelgazado, volveríamos a la primera fase del ciclo en la cual mandan los estrógenos, y estos harán lo contrario que los progestágenos para equilibrar los cambios: aumentarán la vigilancia inmunológica, la actividad neural en el sistema nervioso (de ahí que estemos más activas en la primera fase del ciclo, sobre todo cuando vamos llegando a la ovulación, donde tenemos un pico mayor de estrógenos), estimularán el anabolismo y además tienen efectos proliferativos en mama y endometrio [...] (Al Adib Mendiri, 2021:106, 107, 108).

Los progestágenos son, en el libro referenciado, los protagonistas de la explicación sobre las hormonas sexuales, quedando relegada la función de los estrógenos a un segundo plano y reducida a una función dependiente de la progesterona. No parece inadecuado relacionar esto con el hecho de que la progesterona es la hormona más comúnmente relacionada con el embarazo. Esta relación, y ciertos conocimientos previos sobre la importancia de los estrógenos para la salud de las mujeres, me han llevado a cuestionarme si la producción científica se está centrando tanto en la capacidad reproductiva de la mujer que está dejando de lado otros procesos fisiológicos de igual importancia que se dan durante la menstruación. Esa misma pregunta me ha llevado hacia otras más inquietantes: ¿cuáles son las consecuencias de centrar demasiado la atención en una función (la reproducción) e invisibilizar otras (la función estrogénica, por ejemplo)?

Así, tras estas preguntas, el siguiente paso ha sido acudir a la fuente intentando responder a la pregunta que finalmente guía esta investigación: ¿qué conocimiento se desarrolla e imparte en la Facultad de Medicina sobre el ciclo menstrual? La idea o hipótesis central que guía este estudio es que la perspectiva a partir de la cual se entiende y enseña el ciclo menstrual coloca como central la participación de este proceso fisiológico en la reproducción, dejando en un segundo plano la importancia del mismo para el correcto funcionamiento del cuerpo femenino. Esta perspectiva es generada por y al mismo tiempo genera un marco ideológico centrado en la capacidad reproductiva de la mujer que incluso pasa por alto contradicciones dentro del propio ámbito de la ciencia médica

2. OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA

El **objetivo general** de este estudio es analizar la formación relativa al ciclo menstrual que se imparte en el grado de Medicina de la UPV/EHU. Este objetivo general se concreta en los siguientes **objetivos específicos**:

1. Describir las funciones del ciclo menstrual, más allá de la reproductiva.
2. Analizar el marco cultural dominante sobre la menstruación, construido sobre las bases del patriarcado y el capitalismo productivista, que la reducen a su dimensión reproductiva.
3. Poner en relación este marco cultural con los sesgos de género en la investigación médica.
4. Observar los posibles efectos de estos sesgos en la producción de conocimiento sobre el ciclo menstrual.
5. Analizar la presencia de estos sesgos en la formación relativa al ciclo menstrual impartida en el grado de Medicina de la UPV/EHU.

La **hipótesis** que guía este estudio es que la perspectiva a partir de la cual se entiende y enseña el ciclo menstrual en el grado de Medicina de la UPV/EHU puede estar reflejando la visión reproductivista o *repronormativa* (Franke, 2001; Lampe, Carter y Sumerau, 2019) dominante en nuestra sociedad, dejando en un segundo plano la importancia del mismo para el funcionamiento saludable del cuerpo femenino. Esta perspectiva es generada por y al mismo tiempo genera un marco interpretativo centrado en la capacidad reproductiva de la mujer que incluso pasa por alto debates actuales dentro del propio ámbito de la ciencia médica.

Para desarrollar esta investigación se recurrirá a una **metodología** cualitativa utilizando las técnicas del análisis de contenido y de la entrevista en profundidad.

El primer paso para conocer la formación relativa a la menstruación que reciben las y los estudiantes del Grado de Medicina de la UPV/EHU ha sido analizar los materiales docentes utilizados. Para ello he recurrido a una aproximación cualitativa utilizando la técnica del análisis de contenido. El material analizado son los apuntes tomados por el alumnado y los textos de referencia utilizados por el profesorado, material disponible gracias a la colaboración de varias profesoras del Grado de Medicina de la UPV/EHU. Ellas han sido las encargadas de la selección del material docente (apuntes y libros de texto) utilizado a lo largo de todo el grado para la enseñanza del ciclo menstrual. La totalidad de los apuntes seleccionados por las profesoras se encuentran en el anexo 1.

De los apuntes seleccionados por ellas, únicamente aparecen en este informe extractos de los siguientes (en cada caso, indico cómo los voy a citar en este trabajo):

- Apuntes de Fisiología. Título: PA: Aparato reproductor femenino [en adelante lo citaré como FIS].
- Apuntes Ginecología. Título: Tema 1: Ciclo ovárico y cambios hormonales [GIN 1].
- Apuntes Ginecología. Título: Tema 28. Anticoncepción natural y métodos de barrera [GIN 28].

- Apuntes Ginecología. Título: Tema 29. Anticoncepción. Concepto general. Clasificación de los diferentes métodos. Anticoncepción hormonal. Dispositivos intrauterinos. Otros métodos anticonceptivos [GIN 29].
- Apuntes Ginecología. Título: TEMA 30 – Trastornos funcionales del ciclo femenino: hemorragia uterina anormal (HUA) [GIN 30a].
- Apuntes Ginecología. Título: Tema 30: Menorragia y trastornos funcionales del ciclo [GIN 30b].
- Apuntes Ginecología. Título: Tema 40. Endometriosis [GIN 40].

El motivo por el que solo aparecen extractos de estos apuntes está relacionado con la secuencia de búsqueda de información seguida. En primer lugar, he explorado todo el material en busca de aquellos apartados en los que se definiera el ciclo menstrual o se dieran explicaciones relacionadas con él. Durante esta primera búsqueda, he observado que se hace referencia a determinadas funciones hormonales del ciclo menstrual no relacionadas con la reproducción. Observado esto, he vuelto a repasar todo el material en busca de explicaciones sobre la función hormonal, en concreto, la función estrogénica, del ciclo menstrual. Este itinerario es el que ha hecho que unos apuntes queden descartados por no contener información de interés para la investigación.

Los libros seleccionados por las profesoras que han colaborado en la obtención del material son:

- Testa, Roberto, Gogorza, Sebastián y Marchitelli, Claudia E. (2020). *Ginecología: fundamentos para la práctica clínica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Moore, Keith L., Persaud, T.V.N. (Vid) y Torchia, Mark G. (2020). *Embriología Clínica*, 11ª edición. Barcelona: Elsevier.

De estos dos libros, para el presente análisis solo he utilizado el primero, *Ginecología: fundamentos para la práctica clínica*. El motivo para descartar el segundo libro es que sus temáticas no se centran en el objeto de este estudio.

Antes de entrar en el análisis de los resultados, resulta pertinente destacar que al acercarme a esta materia de estudio con la intención de encontrar definiciones claras sobre el ciclo menstrual, he necesitado abordar dos asignaturas: Fisiología y Ginecología. Ha resultado necesario ir juntando piezas de un lado y de otro para conseguir una idea aproximada e integral de lo que es este fenómeno fisiológico de las mujeres. Existen breves definiciones que, a la luz de lo que veremos a continuación, resultan incompletas y sesgadas. Tras sumergirme en este galimatías, una de las conclusiones de este estudio es que la menstruación no tiene espacio propio en el plan de estudios de la Facultad de Medicina de la UPV/EHU.

En cuanto a las entrevistas, se ha buscado la opinión experta de 6 docentes que imparten materias en las que se estudia el ciclo menstrual. El acceso a estas personas informantes nos lo ha facilitado Mabel Marijuan Angulo, docente de la Facultad de Medicina y Enfermería con la que estamos contrastando el proyecto. La única variable utilizada en este estudio es que las personas entrevistadas sean docentes del grado de Medicina en cuyas materias se estudie el ciclo menstrual. Con la intención de conservar al máximo el anonimato de las participantes, evitamos indicar el área de especialización de cada una y las asignaturas que imparten. En su lugar, hacemos una descripción conjunta: todas ellas

imparten materias en las que en algún momento se enseña el ciclo menstrual-ovárico y sus áreas de especialización son Ginecología, Obstetricia, Anatomía y Fisiología; además, algunas de ellas ejercen también práctica clínica en esas áreas.

Las entrevistas se han grabado en audio, previo permiso solicitado a quien se entrevista, con el objeto de recoger con mayor exactitud las declaraciones de la persona entrevistada. Todas las entrevistas las ha realizado la investigadora. Las entrevistas han sido transcritas por la propia investigadora, que ha realizado un análisis de contenido de las mismas identificando aquellos elementos que tienen relación con la hipótesis y los objetivos de la investigación.

Este proyecto ha sido evaluado y aprobado por el Comité de Ética para la Investigación con Seres Humanos de la UPV/EHU en su reunión de febrero de 2022 (anexo 2).

3. CIENCIA, GÉNERO Y REPRONORMATIVIDAD

3.1 Ciencia y género

"Necesitamos avances abismales de feminismo en las aulas de Medicina", declaraba en 2018 la recién elegida presidenta del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina. El conocimiento y la práctica médica deben modificar su aproximación a la salud con el fin de desarrollar una perspectiva que contribuya, desde su propia perspectiva, a reforzar el objetivo de la centralidad de la vida (Carrasco Bengoa, 2016). Pero esta modificación será imposible si en su proceso formativo las y los futuros profesionales de las distintas ciencias de la salud salen de la universidad sin ni siquiera haberse aproximado a la perspectiva feminista sobre la ciencia.

La prestigiosa revista médica *The Lancet* publicaba en 2019 un artículo en el que se analizaba y criticaba el clarísimo sesgo androcéntrico de la formación y la práctica médicas:

A pesar de la incorporación de elementos de las ciencias sociales y las humanidades en la educación médica, la mayor parte de la educación médica occidental está firmemente arraigada en la biomedicina. La biomedicina en sí tiene sus raíces en el dominio masculino, o patriarcado, que “no se relaciona con un contexto cultural que se refiere solo a los hombres, sino que se refiere a una forma cultural dominante basada en un tipo particular de lógica que abarca el heroísmo, el racionalismo, la certeza, el intelecto, distancia, objetivación y explicación antes de la apreciación”. El alumnado aprende fundamentalmente sobre diagnosticadores y científicos masculinos, en instituciones académicas donde los hombres ocupan la mayoría de los puestos de liderazgo (Sharma, 2019. Traducción propia).

Los fundamentos patriarcales, androcéntricos, de la ciencia moderna en general y de las ciencias de la salud en particular, han sido analizados y caracterizados por numerosas autoras (Fox Keller, 1991; Valls-Llobet, 2010a, 2010b; Navarro, 2014; Young, Fisher y Kirkman, 2019; Hillman, 2020).

El primer y más generalizado mecanismo de sesgo de género en la investigación y la práctica médicas tiene que ver con “el desconocimiento o la negligencia del saber acerca de la salud y la enfermedad en el cuerpo femenino”, lo que tiene como consecuencia “la asunción de igualdad –entendida como identidad, no como equidad– entre hombres y mujeres cuando, en realidad, existen diferencias que harían recomendable un manejo clínico diferenciado” (Tasa-Vinyals, Mora-Giral y Maria Raich-Escursell, 2015: 18).

Si bien “la perspectiva de género en los estudios de la Medicina ha permitido mostrar ciertas inadecuaciones terapéuticas debido a la preeminencia de modelos de estudio masculinos” (Puleo, 2017: 45), la inmensa mayoría de las investigaciones sobre medicamentos o métodos diagnósticos se han realizado y se realizan recurriendo exclusivamente a animales machos ante la posibilidad de que las variaciones hormonales de las hembras hicieran más variables y confusos los resultados obtenidos, lo que haría necesarias más pruebas (y por ello, más tiempo y dinero) para alcanzar conseguir conclusiones claras. Pero, al margen de que la influencia de las hormonas femeninas no

esté demostrada (Mogil y Chanda, 2005), lo grave es que se sabe que muchos fármacos tienen efectos diferentes según el sexo del animal, lo que supone un riesgo cuando se aplican a las mujeres. En general, las mujeres están infrarrepresentadas en los ensayos clínicos. Por ejemplo, los fármacos psicoactivos, consumidos más frecuentemente por mujeres, han sido investigados con una gran desproporción a favor de los animales machos (5,5 estudios con animales machos por a cada estudio realizado exclusivamente con hembras) (Chilet-Rosell, 2014; Jacobson, 2015; Liu y Mager, 2016; Samper, 2017).

El resultado es que, según algunas investigaciones, las mujeres tienen un 50% más de probabilidades de tener un diagnóstico erróneo después de un ataque cardíaco que los hombres, y estas tienen menos probabilidades de recibir la intervención adecuada o los medicamentos adecuados después de un ataque cardíaco, por lo que afrontan un mayor riesgo de muerte (Hillman, 2020). De hecho, según algunas fuentes “cuando una mujer acude a un centro sanitario con palpitaciones, arritmias o cansancio, la mayoría de las veces, sale con un ansiolítico o un anti depresivo debajo del brazo [...] porque, todavía hoy, los ataques cardiacos son considerados como una patología predominantemente masculina” (Tienda, 2016).

Un segundo mecanismo por el que opera el sesgo de género tiene que ver con la suposición de la existencia de diferencias fundamentales entre mujeres y hombres que justifican un manejo clínico diferenciado, considerando que mujeres y hombres “son diferentes con motivo del género, cuando en realidad la diversidad existente entre la población (hombres y mujeres) no tiene que ver con el género sino con otros factores personales” (Tasa-Vinyals, Mora-Giral y Raich-Escursell, 2015: 18-19). O, lo que a mí me interesa más, con factores sociales.

Desde una perspectiva feminista se ha criticado la naturaleza altamente sexista de la medicina y su contribución, por ello, a las desigualdades sociales. Las feministas que trabajan tanto desde dentro como fuera del subcampo de la Sociología médica utilizan el concepto de *medicalización* para explicar las consecuencias negativas de la medicina institucional para las mujeres. La medicalización continua de la vida de las mujeres está relacionada con ideas clave sobre el cuerpo y relevantes tendencias en la estructura de la medicina, en particular la creciente importancia y sofisticación de la tecnología (Plechner, 2001).

Esta medicalización resulta especialmente preocupante cuando se trata de abordar el “(legítimo) malestar emocional femenino”, como lo denominan Elisabet Tasa-Vinyals, Marisol Mora-Giral y Rosa Maria Raich-Escursell (2015: 19) mediante la sobreprescripción de fármacos ansiolíticos y antidepresivos. Pero también está la medicalización de la totalidad de la sexualidad femenina, desde el deseo sexual¹ hasta el parto (Valls-Llobet, 2020b). Por todo lo dicho, comparto plenamente algo que dice Carme Valls-Llobet:

Es una mala ciencia la que no diferencie por sexos, y por diferencias intrasexos, pero si no se construye con nuevas investigaciones la ciencia de la diferencia es fácil que dominen en la mente de los profesionales de la sanidad los estereotipos de género, que consideren inferior, poco interesante y poco valorable lo que les ocurre a las mujeres,

¹ Editorial NoGracias: La medicalización de la sexualidad femenina. <http://www.nogracias.org/2015/06/18/editorial-nogracias-la-medicalizacion-de-la-sexualidad-femenina/>

pero en cambio es necesario controlarlas. De la necesidad de controlar, en lugar de asistir bien, nace la raíz de la medicalización (Valls-Llobet, 2020b).

Como señala Belén Nogueiras (2019: 21), “el ámbito de la salud es un aspecto clave para la emancipación de las mujeres y, por tanto, un ámbito indispensable para su dominio y subordinación. Las políticas patriarcales para el control del cuerpo y la vida de las mujeres necesitan de la intervención desde el sistema sanitario”.

El predominio histórico masculino ha convertido en arquetipo de ser humano al hombre, al varón. Es lo que se conoce como androcentrismo. La ciencia no ha sido ajena a esa visión androcéntrica del mundo: en todos aquellos campos en los que se han estudiado seres humanos, casi se ha estudiado solo a hombres; y se ha hecho desde una perspectiva masculinista, esto es, se han tomado sus características como universales de la especie. En contraste, cuando la ciencia ha incluido a las mujeres como objeto de estudio, lo ha hecho casi siempre para poner en evidencia sus supuestas diferencias con los hombres, sobre todo, aquellas relativas a la reproducción.

Introducir la perspectiva de género supone, ante todo, que la ciencia deje de focalizar su mirada en los hombres y la amplíe a lo que realmente existe: mujeres, hombres, tipos de mujeres y de hombres, seres no dicotómicos, etcétera. Supone que se controlen los sesgos propios de quienes hacen, financian y gestionan la ciencia (mayoritariamente hombres, blancos, occidentales, de posición social acomodada, o mujeres y hombres forzados a imitar esta tipología) (Díaz Martínez, 2017).

Como campo de conocimiento y espacio social de poder (público, doméstico, político, económico), la medicina ha heredado, legitimado y reproducido un sesgo de género androcéntrico que se refleja en las ideas de salud y enfermedad, así como en la investigación y la práctica médicas (Pérez Sedeño y Ortega Arjonilla, eds., 2014).

Históricamente, desde la medicina se ha despojado a las mujeres de sus derechos a decidir sobre su sexualidad y su capacidad reproductiva, de la autonomía sobre sus cuerpos y sus vidas. Aspectos clave en la vida de las mujeres, como la interrupción voluntaria de un embarazo o la utilización de métodos anticonceptivos, han estado, y continúan estando, bajo el control del sistema sanitario. Los procesos relacionados con la reproducción y la sexualidad fueron tecnificados y medicalizados, dificultando o impidiendo la participación de las mujeres en la toma de decisiones. Las conceptualizaciones misóginas y sexistas de las ciencias de la salud, y especialmente de la medicina, han tenido un fuerte impacto en el simbólico femenino, reforzando el imaginario de las mujeres como seres frágiles, lábiles y enfermos por naturaleza. Las instituciones sanitarias han sido desveladas como uno de los escenarios estratégicos para el control de las mujeres, ya que en ellas se ponen en juego estos discursos, tanto en su aplicación clínica como en las políticas sanitarias. También el malestar y la enfermedad, estrechamente relacionados con la violencia, la subordinación y el ejercicio de los roles tradicionales, fueron psicologizados, psiquiatrizados y tratados con psicofármacos. Mediante el uso de categorías diagnósticas psiquiátricas se privó de libertad a aquellas mujeres que no se atenían a los mandatos y roles de género patriarcales y a la sexualidad normativa y todavía, también desde la psicología, se continúa estigmatizando a las mujeres que manifiestan malestares como consecuencia del sometimiento y la subordinación que experimentan en sus vidas (Nogueiras García, 2018: 13-14).

Los ejemplos de esta mirada androcéntrica sobre la ciencia son innumerables pero pocos tan destacados y detestables como el caso del doctor Robert A. Wilson y su libro *Feminine*

*Forever*². Este ginecólogo estadounidense fue uno de los más destacados promotores del uso de la terapia hormonal sustitutiva para mujeres en su etapa menopáusica y el libro, publicado en 1966, se convirtió en un superventas que contribuyó a que en la década siguiente prácticamente se duplicara el número anual de prescripciones de estrógenos en EEUU, al tiempo que el valor de mercado de los estrógenos no anticonceptivos casi se cuadruplicó (Watkins, 2007: 49). Comparando la menopausia con la “castración”³ y a pesar de su discurso aparentemente pro-mujer, el libro de Wilson es un muestrario del machismo más burdo, reproduciendo una imagen sexualizada de las mujeres al servicio de los varones; dos ejemplos:

¡Qué diferente es el destino de la mujer! Aunque las dietas modernas, los cosméticos y la moda la hacen parecer más joven que su esposo, su cuerpo finalmente la traiciona. En el momento en que es más capaz y ansiosa por disfrutar sus logros, su feminidad (la base misma de su individualidad) se desmorona. Pero ahora, por fin, la medicina ofrece un escape práctico de este fatídico dilema. Con la terapia de estrógenos se supera el hándicap básico de la mujer respecto al hombre: su rápido y doloroso proceso de envejecimiento (Wilson, 1966: 51. La traducción es nuestra).

Después de la menopausia, cuando el estrógeno y la progesterona descienden hasta un nivel bajo, los senos comienzan a marchitarse y hundirse. Una vez que se corta el suministro de esas dos hormonas nutritivas, los senos se vuelven colgantes, arrugados y flácidos. A menudo, la piel de los senos se vuelve áspera y se cubre de escamas. Los pechos pierden su sensibilidad erótica y en ocasiones ni siquiera responden a los estímulos dolorosos. Sólo la terapia de reemplazo de estrógeno oportuna puede prevenir este declive prematuro del símbolo de la feminidad de una mujer (Wilson, 1966: 83. La traducción es nuestra).

Si una mujer así pudiera envejecer gradualmente y con gracia, como un hombre sano, esta esperanza subconsciente de realización personal continuaría y la sostendría hasta una edad avanzada. Pero la naturaleza le juega una mala pasada. Durante sus mejores años se encuentra con la menopausia, el final de su feminidad. [...] La transformación, en unos pocos años, de una mujer anteriormente agradable y enérgica en una caricatura de su antiguo yo, de mente aburrida pero de lengua afilada, es uno de los espectáculos humanos más tristes. [...] Multiplicada por millones, es un foco de amargura y descontento en todo el tejido de nuestra civilización (Wilson, 1966: 96-97. La traducción es nuestra).

Pero, más allá del imaginario machista que revelan estos fragmentos, el trabajo de Wilson ha sido cuestionado por su escaso rigor científico y sus potenciales consecuencias negativas para la salud de las mujeres. La investigación en la que se basó Wilson fue un estudio propio, no controlado, de 304 mujeres de 40 a 70 años que tomaban estrógenos como terapia sustitutiva, publicado en 1962 en el *Journal of the American Medical Association* (Wilson, 1962). Fuertemente impulsada por la industria farmacéutica, la investigación de Wilson fue recibida sin ninguna crítica en su momento, proporcionando

² Hemos conocido la existencia de este libro gracias a una de las docentes entrevistadas.

³ “Siempre que hablo de la menopausia como una castración, algunas personas escandalizadas y timoratas [*some shocked nice-Nellies*] de ambos sexos –muchas de ellas médicos- protestan porque estoy exagerando. Pero castración, creo, es el término apropiado para un síndrome que priva a una persona de sus funciones sexuales. No importa si la castración se produce extirpando los ovaros con un cuchillo como mediante una extirpación quirúrgica, o si los ovarios se marchitan y mueren como resultado de la menopausia. En cualquier caso, el efecto es el mismo: la mujer se convierte en el equivalente de un eunuco” (Wilson, 1966: 40. La traducción es nuestra).

“la primera justificación para el uso prolongado de estrógenos, tal como lo comercializaban las compañías farmacéuticas y lo recetaban los médicos en la década de 1960” (Watkins, 2007: 50). Sin embargo, con el paso del tiempo, la investigación médica más rigurosa ha desmontado la mayoría de las afirmaciones de Wilson (Houck, 2003; 2006), advirtiendo de los riesgos de salud asociados a la terapia de reemplazo hormonal, riesgos que exigen tener muy en cuenta la posibilidad de que “muchas mujeres son indudablemente confundidas sobre el valor de la TRH [Terapia de Reemplazo Hormonal] como resultado de la imagen que reflejan los medios de comunicación sobre sus beneficios y la presión ejercida sobre ellas por los profesionales médicos” (Kelly, 2008: 306).

De ahí la imperiosa necesidad de preparar para hacer investigación feminista a las futuras y los futuros profesionales de las distintas Ciencias de la Salud. Citando a Patti Lather, profesora e investigadora de la Ohio State University, Annette Gough sostiene lo siguiente:

Hacer investigación feminista es ubicar la construcción social de género en el centro de nuestras interrogaciones [...] las investigadoras feministas ven al género como un principio básico de organización, que da forma y media las condiciones concretas de nuestras vidas. De ahí que la investigación feminista sea abiertamente ideológica, proponiéndose corregir tanto la invisibilidad de la experiencia femenina como su distorsión (Gough, 2003: 12).

3.2 Sesgo androcéntrico y menstruación

Como ya hemos dicho, la existencia del sesgo de género en la investigación y la práctica científica es algo ampliamente demostrado (Mahowald, 1987; Puleo, 2017; García Dauder y Pérez Sedeño, 2017; Turbau Valls, 2018; Aránguez Sánchez, 2018; Nogueiras, 2018, 2019; Gillberg y Jones, 2019; Hillman, 2020; Valls Llobet, 2010, 2020), afectando tanto a la producción de conocimiento como a la aplicación de ese conocimiento en la práctica médica. Este sesgo refleja y reproduce imaginarios sociales dominantes, fuertemente incrustados en las estructuras sociales.

En concreto, uno de estos sesgos tiene que ver con los imaginarios sociales asociados a la menstruación. De manera muy predominante, el ciclo menstrual es considerado exclusiva o esencialmente como un proceso necesario para la reproducción, dejando de lado otros procesos fisiológicos de igual importancia que se dan durante el ciclo menstrual. De ahí la pregunta que guía esta investigación: ¿qué conocimiento se desarrolla e imparte en el grado de Medicina sobre el ciclo menstrual? La hipótesis que guía este estudio es que la perspectiva a partir de la cual se entiende y enseña el ciclo menstrual en el grado de Medicina de la UPV/EHU puede estar reflejando la visión reproductivista o *repronormativa* (Franke, 2001; Lampe, Carter y Sumerau, 2019) dominante en nuestra sociedad, dejando en un segundo plano la importancia del mismo para el funcionamiento saludable del cuerpo femenino. Esta perspectiva es generada por y al mismo tiempo genera un marco interpretativo centrado en la capacidad reproductiva de la mujer que pasa por alto debates actuales dentro del propio ámbito de la ciencia médica:

[E]n cada área hemos llegado a descubrir que lo que solemos considerar problemas, conceptos, teorías, metodologías objetivas y verdades trascendentales que abarcan todo lo humano no llegan a tanto. Son, en cambio, productos del pensamiento que llevan la marca de sus creadores colectivos o individuales y, a su vez, los creadores están marcados de forma característica por su género, clase social, raza [yo hoy no hablaría de raza, sino de origen] y cultura (Harding, 1996: 15).

Estos es algo que afecta tanto a la producción de conocimiento como a la producción de no conocimiento. En el libro *Las “mentiras” científicas sobre las mujeres* (García Dauder y Pérez Sedeño, 2017) las autoras, basándose en el artículo de Nancy Tuana “El espejito de la ignorancia: el Movimiento de Salud de las Mujeres y las epistemologías de la ignorancia”, describen diversas formas de producción de ignorancia:

La primera forma de ignorancia [...] consiste en “saber que no se sabe sin que importe”: se refiere al desinterés por conocer e investigar sobre determinados temas por parte de quienes están en posiciones de iniciar y financiar investigaciones, donde la decisión de “no saber” está unida al privilegio. [...]. La segunda modalidad de ignorancia [...] es quizá la más grave a efectos de conciencia de desconocimiento, ya que “ni siquiera se sabe que no se sabe”. En este sentido, es interesante subrayar que, con respecto a las mujeres, la medicina siempre se ha movido entre el paradigma de la diferencia y el de la semejanza. Es decir, se ha considerado que las enfermedades que padecen mujeres y hombres son diferentes, cuando de hecho son similares, o se ha partido de la base de que las enfermedades de hombres y mujeres son iguales cuando de facto no lo son [...]. Esto último ha llevado a centrarse únicamente en la especificidad reproductiva de las mujeres, obviando otros aspectos importantes de la anatomía femenina (García Dauder y Pérez Sedeño, 2017: 63, 64).

Desposeernos de nuestra historia y de la historia de nuestros cuerpos es algo habitual en todas las disciplinas científicas. Es esencial tener esto en cuenta para entender el entramado de ocultamiento y producción de no conocimiento, y sus consecuencias directas en la percepción que las mujeres tenemos de nuestros propios cuerpos. Y también para comprender que toda disciplina científica basa su producción en los marcos ideológicos dominantes de su época. La socióloga Riane Eisler, cuyo análisis histórico se basa en una nueva teoría de la evolución cultural, que ha bautizado como “teoría de la transformación cultural”, propone que bajo la gran superficie de la diversidad de las culturas humanas subyacen dos modelos básicos de sociedad: modelo de dominación y modelo colaborativo. En el siglo XIX, explica, cuando empezaron a desenterrarse las primeras pruebas de que existieron sociedades en las que las figuras adoradas eran femeninas, muy diferentes a aquellas que adoraban a un padre divino que blandía un rayo y una espada, se determinó que debían ser matriarcales.

Más adelante, cuando las pruebas parecieron no apoyar esta conclusión, se volvió de nuevo costumbre afirmar que la sociedad humana siempre fue -y siempre será- dominada por los hombres. Sin embargo, si nos liberamos de esos modelos de realidad predominantes, es evidente que hay otra alternativa lógica: que puede haber sociedades en las que la diferencia no es necesariamente equivalente a inferioridad o superioridad (Eisler, 2021: 24).

Si entendemos las sociedades desde la lógica de la dominación, es probable que nuestra interpretación del pasado -y del futuro- se desarrolle en clave de dominación. De la misma forma, si concebimos la reproducción como eje central de la vida, nuestra interpretación de los procesos biológicos relacionados de alguna forma con ella va desarrollarse orbitando alrededor de lo reproductivo. Esto, en el caso de los cuerpos de las mujeres,

podría no ser problemático si la cosmovisión sobre la función de la reproducción y, por tanto, de sus cuerpos protagonistas, no dañara estos cuerpos.

Tiene mucho sentido que las representaciones más antiguas del poder divino con forma humana fueran femeninas en lugar de masculinas. Cuando nuestros ancestros comenzaron a hacerse las eternas preguntas (¿de dónde venimos antes de nacer?, ¿dónde vamos después de morir?), debieron de darse cuenta de que la vida surge del cuerpo de la mujer. Les resultaría muy natural imaginar el universo como una madre que todo lo da, de cuyo vientre toda vida emerge, y a la que, como los ciclos de la vegetación, regresa tras la muerte para renacer de nuevo. [...] Parece asimismo lógico que las mujeres no fueran vistas como subordinadas en sociedades que conceptualizaban los poderes que gobiernan al universo con forma femenina (y que cualidades consideradas femeninas, tales como el cuidado, la compasión y la no violencia, fueran muy valoradas en esas sociedades) (Eisler, 2021: 24).

¿Por qué se da tanta importancia a lo reproductivo en sociedades patriarcales? Porque hay una visión productivista de lo reproductivo. Existe una gran diferencia entre la concepción de la mujer en sociedades en las que la reproducción tiene valor en sí misma como reproducción de la propia vida, y las sociedades en las que la reproducción es un simple medio para producir fuerza de trabajo, fuerza militar o garantizar la transmisión patrilínea de las herencias (Federici, 2004; Eisler, 2021; Lerner, 1990). Esta perspectiva productivista de la reproducción tiene consecuencias como el control de la sexualidad, de la anticoncepción, penalización del aborto, matrimonios forzados, etc.

Otra de las posibles consecuencias, que es una de las que planteo en este estudio, es la falta de investigación en aquello relacionado con el ciclo menstrual que no tenga que ver directamente con la reproducción. Adelantándome a lo que a continuación mostraré, algo que me ha llamado la atención del material analizado es que hay decisiones que parecen tomarse únicamente en función de la capacidad reproductiva de la paciente. En ocasiones, el criterio para realizar una histerectomía es si esa mujer es demasiado mayor para tener hijas o si desea o no ser madre o tener más hijas. Obviamente, no tengo el conocimiento necesario para valorar estas decisiones, sin embargo, sí me pregunto si, en un paradigma ideológico y social diferente, estas decisiones se tomarían bajo estos criterios. De la misma forma, me pregunto si, al utilizar otros criterios, la vida de las mujeres en situaciones de posible histerectomía sería diferente.

Dicho esto, en conversación con una de las docentes que ha colaborado en el estudio, esta me planteó la siguiente cuestión: el hecho de que se piense en el deseo de maternidad de la mujer para tomar determinadas decisiones médicas no es necesariamente negativo. Lo que me planteaba es que podemos tomar como un avance en la visibilización de las mujeres el hecho de que se nos pregunte qué queremos en una consulta médica. Otra cosa, decía, es que la médica o el médico, sepan abordar cuestiones tan complejas como las que se derivan de la pregunta sobre si se desea o no ser madre.

3.3 Menstruación y repronormatividad: las contradicciones de la ciencia y la práctica ginecológicas

Desde una perspectiva feminista pensar críticamente la menstruación es cuestionar su reducción a proceso meramente biológico, directamente vinculado a una consideración naturalista de la reproducción. Asumiendo esta perspectiva, este TFG se ubica en el campo de los denominados *estudios críticos de la menstruación* (*critical menstruation studies*), que una de sus principales representantes caracteriza así: “Al igual que los estudios críticos de raza o los estudios críticos de género, los *estudios críticos de la menstruación* se basan en la menstruación como una categoría de análisis: preguntan cómo se construyen los sistemas de poder y conocimiento sobre su comprensión y, además, quién se beneficia de estas construcciones sociales” (Bobel et al., 2020: 4. La traducción es nuestra).

Aunque la denominación *estudios críticos de la menstruación* es reciente sus fundamentos epistemológicos son los mismos que los del feminismo de la tercera ola, con su rechazo del biologicismo como explicación de las diferencias existentes entre mujeres y hombres. Podíamos poner muchos ejemplos, pero baste con esta reflexión de Monique Wittig de principios de los años ochenta:

La categoría de sexo es el producto de la sociedad heterosexual que impone a las mujeres la obligación absoluta de reproducir «la especie», es decir, reproducir la sociedad heterosexual. La obligación de reproducción de «la especie» que se impone a las mujeres es el sistema de explotación sobre el que se funda económicamente la heterosexualidad. La reproducción consiste esencialmente en este trabajo, esta producción realizada por las mujeres, que permite a los hombres apropiarse de todo el trabajo de las mujeres. Hay que incluir aquí la apropiación del trabajo que está asociado «por naturaleza» a la reproducción: criar a los hijos, las tareas domésticas. Esta apropiación del trabajo de las mujeres se efectúa exactamente de la misma manera que la apropiación del trabajo de la clase obrera por la clase dominante. No se puede decir que una de estas dos producciones la reproducción es «natural» y que la otra es social. Este argumento no es más que la justificación teórica e ideológica de la opresión, un argumento para hacer creer a las mujeres que antes de que hubiera sociedad y en todas las sociedades están sometidas a esta obligación de la reproducción. Sin embargo, de la misma manera que no sabemos nada del trabajo y de la producción social si nos situamos fuera de un contexto de explotación, no sabemos nada de la reproducción de la sociedad si no consideramos su contexto de explotación (Wittig, 2006: 26).

Desde esta perspectiva Wittig rechazaba frontalmente la visión del embarazo como un proceso biológico, natural, definiéndolo por el contrario como una “producción forzada”, planificada por el Estado (2006: 33). La reproducción sexual puede y debe ser analizada como un aspecto más de la *reproducción social de la vida*, sostenida fundamentalmente sobre los cuerpos y las vidas de las mujeres, que se ven despojadas del control sobre esta reproducción para ponerla al servicio del capitalismo: “En las sociedades capitalistas, el papel fundamental de la reproducción social se encubre y se rechaza. Lejos de ser valorada por derecho propio, la reproducción de la vida se trata como un mero medio para la producción de beneficios” (Arruzza, Bhattacharya y Fraser: 2019: 26).

Es en este contexto en el que resulta muy útil, analíticamente, el concepto de *repronormatividad*. Propuesto originalmente por Katherine M. Franke, esta autora denuncia que “la reproducción se ha dado tan por sentado que solo las mujeres que no son madres se considera que han hecho una elección, una elección que se construye como no tradicional, no convencional y, para algunas, no natural” (Franke, 2001: 185. La traducción es nuestra). La repronormatividad configura el marco cultural dominante en nuestra sociedad, de manera que la menstruación “sucía” solo se “limpia” con la reproducción⁴.

Se trata de un concepto, de una mirada sobre nuestra sociedad, que ha servido para fundamentar interesantes análisis críticos sobre la “maternalización de cuerpos asignados a mujeres y personas identificadas como mujeres y el paradigma que legitima solo ciertos actos de reproducción (cisgénero, heterosexual, marital)” (Lowik, 2021: 4) o sobre la gestación de las personas trans (García, 2022). Mas en general, Anna L. Weissman utiliza el concepto de repronormatividad para referirse a “un paradigma que se limita a actos de reproducción heteronormativos sancionados por el estado y legitimados específicamente a través de la familia heteronormativa patriarcal, y al servicio de esta reproducción del estado-nación heteropatriarcal” (Weissman, 2017: 279. La traducción es nuestra).

En este TFG me interesa analizar los efectos de la repronormatividad sobre la formación en medicina: atención a la menstruación solo en su relación con la reproducción. El más evidente y preocupante de estos efectos puede ser la desatención de cualquier otra función de la menstruación que no tenga que ver con la reproducción.

Porque sí, la menstruación tiene, además de esta, otras funciones relevantes para la salud de la mujer. Así lo señala, entre muchas otras, la enfermera y experta en salud hormonal Xusa Sanz (2021): “Creemos que el ciclo menstrual es solo el sangrado, pero es un proceso más complejo. Y es una lástima que la única información que tengamos de la menstruación esté enfocada en la reproducción. Es un signo vital que nos aporta muchos datos sobre nuestro estado de salud. Si sabemos interpretarlos, tendremos entre manos una potente herramienta que nos ayudará a autoconocernos”. También María Jáuregui López (2020), graduada en Farmacia y Nutrición, insiste en que todas las hormonas implicadas en el ciclo menstrual “son importantes tanto para el estado anímico como para la salud” de la mujer, advirtiendo de que “las hormonas sexuales femeninas no están implicadas únicamente en la reproducción, sino que abarcan diversas funciones”. Por su parte Juan Gérvas, doctor en Medicina, médico general rural jubilado, y Mercedes Pérez-Fernández, especialista en Medicina Interna, autoras del libro *El encarnizamiento médico con las mujeres*, denuncian la idea, cada vez más extendida, de que pueda suprimirse la menstruación por razones espurias, advirtiendo de los efectos negativos que tal medida puede tener sobre la salud de las mujeres:

[L]a menstruación es un proceso relacionado con la fertilidad que conlleva profundos mecanismos biológicos y psicológicos que no se deberían eliminar sin más. [...] El ciclo menstrual es expresión visible del ciclo de la salud de la mujer. [...] Es antiguo el atribuir males sin cuento a la menstruación, incluso con la descripción de una “psicosis menstrual” que se desencadenaba por los cambios hormonales que llevan a la descamación del endometrio.

⁴ No es objeto de este TFG, pero entre las lecturas que venimos haciendo desde hace un tiempo sobre la menstruación como constructo (también) social he encontrado interesantes estudios sobre los imaginarios de la menstruación en nuestra sociedad. Por citar algunos de los que más sugerentes me han parecido: Dyer, 2020; Newton, 2016; Johnston-Robledo y Chrisler, 2013; Laws, 1990.

[...]

Son muchas las hipótesis científicas acerca de los beneficios del ciclo menstrual, desde la defensa frente a infecciones que pueden afectar al útero hasta las ventajas para la supervivencia personal por el vigor saludable de la renovación cíclica del endometrio.

[...]

Lo nuevo es que la menstruación está pasando de fenómeno biológico, fisiológico y psicológico incardinado en el "ser mujer" a considerarse un "signo vital" cuya normalidad en duración y características fijan los expertos y sus sociedades científicas. El feminismo puede vivir todo ello con asombro y escepticismo, pero si continúan las presiones es cuestión de tiempo que la propia mujer llegue a rechazar la menstruación, la considere sucia, molesta, incómoda y obsoleta, y admita el tratamiento hormonal de por vida (o la extirpación de los ovarios y/o útero) para evitarla. La espiral de la ciencia, de la prevención, de la presión de los expertos y del negocio se transforma en fuerza cultural y social que se impone con su moralina de higiene y limpieza.

[...]

Las propuestas ginecológicas que promueven "eliminar" la menstruación producen un triple daño por iatrogenia: 1/ Clínica, por lo efectos adversos de la medicación 2/ Social, por medicar la vida y 3/ Cultural, por destruir valores que ayudan a vivir al manejar los inconvenientes de la vida (Gervás y Pérez-Fernández, 2019).

Sorprende, por todo ello, la frivolidad con la que se extiende la idea de que es posible, incluso recomendable, suprimir la menstruación sin necesidad de que exista una razón médica tras esta decisión, solo por motivos tan banales como evitar el sangrado para disfrutar de unas vacaciones en la playa, viajar, practicar deporte o reducir el absentismo laboral. Y todavía nos sorprende más que esta posibilidad sea apoyada por voces como la de María Jesús Canedo, secretaria general de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, quien opina que "la menstruación hay que entenderla casi como un artículo de lujo. Realmente no afecta a la salud de la mujer y el hecho de evitarla no supone ningún perjuicio" (Fuentes, 2018; ver también Loring, 2018 y Lacarra, 2018).

4. ANÁLISIS DE CONTENIDO

Antes de abordar el análisis de contenido, es necesario aclarar que existe diferencia entre ciclo menstrual y ciclo ovárico. El desconocimiento general sobre este proceso fisiológico de la mujer produce en este sentido una confusión que nos lleva a denominar cotidianamente “ciclo menstrual” o “menstruación” a todo el proceso del cual lo único que sabemos con seguridad es que termina en un sangrado. Esta es una confusión en la que yo misma he caído y que el desarrollo de esta investigación me ha desvelado. Adelantándome al análisis de las entrevistas realizadas, coloco a continuación un extracto de una de ellas que explica con mucha claridad esta diferencia:

El ciclo ovárico sería todo aquel conjunto de acontecimientos que suceden en el ovario que recibe el influjo de hormonas desde el eje hipotálamo-hipofisiario, y que genera una serie de folículos que van madurando para la producción de un óvulo que se libera y este es fecundado o no, y es, digamos, eliminado o reabsorbido en función de qué haya pasado. En cambio, en el ciclo menstrual estamos hablando de los cambios que se producen en el endometrio, que están relacionados con el ciclo ovárico, pero que no se trata solo de lo que está pasando en el ovario, sino que a partir de las hormonas que produce el ovario, se producen cambios en otras estructuras corporales [...]. El ciclo menstrual al final es una consecuencia fisiológica del ciclo ovárico [E3].

Tras el análisis del material, he dividido los resultados obtenidos en tres apartados: función estrogénica: fundamental para la vida de la mujer; definiciones: la reproducción en el centro; y decisiones médicas en función del deseo de maternidad. Este es un trabajo descriptivo que pretende mostrar de la forma más objetiva posible lo que en el material analizado aparece sobre el ciclo menstrual, la función estrogénica del mismo y el lugar que ocupa la reproducción en todo ello. Con esta intención, lo que a continuación muestro es el conjunto de citas textuales sin mi intervención más allá de introducirlas y relacionar brevemente unas citas con otras.

4.1 Función estrogénica: fundamental para la vida de la mujer

Como he dicho en la introducción al estudio, mi conocimiento previo sobre la importancia de la función de los estrógenos para el correcto funcionamiento del cuerpo de la mujer me ha llevado a interesarme por cómo, al abordar el ciclo menstrual en la Facultad de Medicina, se explica esta función. Comienzo, pues, con los extractos en los que se describe la función de estas hormonas y su participación en el ciclo menstrual. Los siguientes cuatro extractos sirven para ver cómo la síntesis de los estrógenos se ubica dentro del total del ciclo menstrual, concretamente, en la primera fase.

En la mujer, a diferencia del hombre, el órgano fundamental para la reproducción será el ovario, donde se cumplen 2 funciones: síntesis de las hormonas sexuales femeninas (estrógenos) y producción de óvulos para la fecundación (FIS: 1).

El ciclo menstrual de la mujer se caracteriza por estar compuesto por dos fases separadas por la ovulación, a raíz de ello se lo denomina ciclo bifásico. La primera parte se

denomina proliferativa, folicular o estrogénica, y la segunda, secretoria lútea o progestacional. El ciclo menstrual comienza el primer día de la menstruación, que es la descamación del endometrio que se preparó para la nidación ovocitaria que no tuvo lugar ese mes (Testa, Gogorza y Marchitelli, 2020: 128, 129).

En la primera fase del ciclo (primera mitad: fase preovulatoria) se produce la secreción dominante de estrógenos. También se produce el desarrollo folicular hasta la obtención del óvulo maduro. Por ello esta fase tiene varios nombres: fase folicular, fase estrogénica o fase proliferativa (ya que todas las estructuras del aparato genital femenino proliferan) (FIS: 3).

El ovario es el principal productor de hormonas sexuales femeninas cuando NO hay embarazo. Cuando SÍ hay embarazo es la placenta la que secreta mayores cantidades de estrógenos y progesterona. Los estrógenos predominan en la primera mitad del ciclo, mientras que la progesterona predomina en la segunda mitad, pudiendo ser sintetizada en corteza suprarrenal u ovario (fundamentalmente en ovario)” (FIS: 8, 9)

Aparece en los apuntes de Fisiología un apartado titulado “Acciones de los estrógenos”. En él se destacan las principales acciones de estas hormonas:

Los estrógenos son los responsables de los caracteres sexuales primarios y secundarios femeninos. Y la progesterona es la encargada de proteger el embarazo.

[...]

Las acciones de los estrógenos serán evidentes a partir de la pubertad. Son los responsables del desarrollo de los órganos sexuales infantiles femeninos a adultos femeninos. Los estrógenos hacen que aumente la resistencia del epitelio en la vagina mediante la queratinización de las células epiteliales, además del número de capas de células epiteliales. Esto sucede cada ciclo menstrual. Además hace que estas células se llenen de glucógeno, para que posteriormente por acción de bacterias sea transformado en ácido láctico, evitando las infecciones en la vagina por disminución del pH vaginal. A nivel de hueso, igual que los andrógenos, promueven que los huesos crezcan en grosor y en longitud. Pero a diferencia de los andrógenos, los estrógenos son los que provocan el cierre de epífisis y de diáfisis. Por lo que como la concentración de estrógenos en mujeres es más alta, este cierre de los huesos se da a una edad más temprana en las mujeres, por lo que detendrán su crecimiento antes que en el caso de los hombres. No solo son responsables del crecimiento óseo, sino que también promueven la mineralización de estos. En la menopausia, los problemas de osteoporosis en la mujer por falta de estrógenos suelen ser importantes.

[...] los estrógenos tienen un efecto protector para el corazón. Por ello las mujeres premenopáusicas tienen menos riesgo de padecer enfermedad coronaria en comparación con los hombres o mujeres menopáusicas (FIS: 12, 13).

4.2 Definiciones: la reproducción en el centro

Tras lo descrito arriba, me reafirmo en la idea de que, en efecto, la función estrogénica del ciclo menstrual es esencial para el correcto funcionamiento del cuerpo femenino. Sin embargo, por las definiciones del ciclo menstrual y de la práctica ginecológica que veremos a continuación, parece que esta función tiende a quedar en un segundo plano ante la importancia de la función reproductiva de este ciclo.

El ciclo ovárico es un sistema complejo de sincronización y regulación periódico, con un último fin que es la reproducción. Comienza en la pubertad y acaba en la menopausia, por lo que define la vida fértil de las mujeres. Si no se consigue el embarazo, habrá una menstruación periódica que indica el fracaso del proceso de reproducción y gestación (GIN 1: 1).

El ciclo ovárico consta de una serie de fenómenos que tiene varias finalidades:

- Seleccionar y preparar un folículo para la ovulación.
- Encargarse de la maduración de este folículo para la obtención de un ovocito maduro apto para ser fecundado.
- Formación del cuerpo lúteo en la segunda fase del ciclo, que garantizara la secreción de la progesterona (GIN 1: 1).

A continuación, una definición de ginecología en la que queda patente la centralidad de la función reproductiva:

La ginecología es una especialidad cada vez más amplia de la medicina que supone el estudio de las diferentes estructuras relacionadas con la función reproductiva de la mujer. Para el correcto ejercicio profesional del ginecólogo (quirúrgico y/o clínico) es fundamental contar con un conocimiento profundo de la anatomía genital femenina, que incluya tanto las estructuras que conforman la pelvis como la glándula mamaria (Testa, Gogorza y Marchitelli, 2020: 10).

En el mismo libro, encontramos la siguiente definición del ciclo menstrual:

El ciclo menstrual de la mujer se caracteriza por estar compuesto por dos fases separadas por la ovulación, a raíz de ello se lo denomina ciclo bifásico. La primera parte se denomina proliferativa, folicular o estrogénica, y la segunda, secretoria lútea o progestacional. El ciclo menstrual comienza el primer día de la menstruación, que es la descamación del endometrio que se preparó para la nidación ovocitaria que no tuvo lugar ese mes.

Entre ambas fases se produce la denominada ovulación, que consiste en la eliminación por parte del ovario de un ovocito maduro (gameto femenino), que será el encargado de migrar por la trompa hasta encontrarse con el espermatozoide (gameto masculino) en el tercio externo de esta, o en su defecto será eliminado junto con el resto de endometrio que se descama con la menstruación (Testa, Gogorza y Marchitelli, 2020: 128, 129).

Esta es la explicación más completa que he encontrado en los materiales analizados. Resulta interesante observar que lo que se dice es que el ovocito maduro migrará hasta encontrarse con el espermatozoide y que, si eso no ocurre, es decir, en su defecto, el ovocito será eliminado. Recuperaré esta reflexión en las conclusiones a partir de una pregunta que me parece esencial: ¿quién decide que este es el relato más adecuado? ¿Pueden proponerse explicaciones alternativas que en lugar de centrarse en la reproducción den importancia a otros procesos que se generan con la ovulación?

El mismo libro contiene un capítulo titulado “Fisiología ginecológica”. A continuación, muestro su índice del mismo para, después, analizar lo que en él se desarrolla:

CONTENIDOS	
COMPONENTES DEL EJE HIPOTÁLAMO-HIPÓFISO-GONADAL	Progesterona
Hipotálamo	FUNCIÓN DE LOS DISTINTOS ÓRGANOS DEL APARATO REPRODUCTOR
Hipófisis	
Ovarios	
CICLO MENSTRUAL	Trompas uterinas
PRINCIPALES ACCIONES DE LAS HORMONAS SEXUALES SOBRE LOS DISTINTOS ÓRGANOS DIANA	Útero
	CONCLUSIONES
Estrógenos	AUTOEVALUACIÓN
	BIBLIOGRAFÍA

Fuente: Testa, Gogorza y Marchitelli, 2020: 29

La primera parte de este capítulo, llamado “Componentes del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal”, comienza de la siguiente forma:

Repasaremos la fisiología de la reproducción, principalmente en aquellos aspectos que son de utilidad para la práctica clínica ginecológica.

Denominaremos eje hipotálamo-hipófiso-gonadal al conjunto de hormonas que, al actuar entre sí y sobre diferentes órganos, permiten el correcto desarrollo del proceso reproductivo [...] (Testa, Gogorza y Marchitelli, 2020: 29).

Se dedican cuatro páginas y media a esta parte, mientras que para la parte titulada “Ciclo menstrual” se dedican 3 párrafos de unas 5 líneas cada uno. Para el resto de las partes se dedican dos páginas y media. Y el resumen final de todo el capítulo es el siguiente:

CONCLUSIONES

El eje hipotálamo-hipófiso-gonadal (H-h-G) es un sistema hormonal que, mediante la interacción de sus componentes y su acción sobre diferentes órganos, permite el desarrollo normal del proceso reproductivo. Este eje alcanza su madurez en la menarca, cuando se adquiere la secreción pulsátil de la hormona liberadora de gonadotrofinas (GnRH).

Las principales gonadotrofinas que actúan sobre el eje hormonal son la hormona foliculoestimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH). Entre muchos moduladores de la acción de la GnRH sobre la hipófisis, los más destacados son los esteroides ováricos. En presencia de estrógenos se observan efectos sinérgicos máximos con diversas sustancias (neuropéptido Y, endotelina, oxitocina), mientras que en presencia de progesterona se observa supresión.

La prolactina actúa sobre la secreción láctea, pero también tiene una acción luteotrófica, que permite conservar el cuerpo lúteo.

Durante la primera parte del ciclo menstrual (fase estrogénica o folicular), el progresivo incremento de los niveles de estrógenos provoca una retroalimentación negativa sobre la hipófisis y el hipotálamo, con disminución de la secreción de gonadotrofinas y de GnRH, respectivamente. Cuando la concentración plasmática de estrógeno alcanza un “punto crítico”, la retroalimentación de esta hormona pasa a ser positiva y, tras el pico de LH, se produce la ruptura folicular y la expulsión del complejo *cumulus*-óvulo. El óvulo completa su meiosis y luego de la ovulación se formará el cuerpo lúteo. Las células tecaes secretarán progesterona, la cual alcanzará los niveles máximos entre los días 22 y 24 del ciclo (fase progestacional) y concluirá con la menstruación.

Fuente: Testa, Gogorza y Marchitelli, 2020: 37

El desproporcionado espacio que ocupa la fisiología de la reproducción y el proceso reproductivo en este capítulo llamado “Fisiología ginecológica” es coherente con la definición de “ginecología” que se hace en ese mismo libro y que antes hemos destacado: “La ginecología es una especialidad cada vez más amplia de la medicina que supone el estudio de las diferentes estructuras relacionadas con la función reproductiva de la mujer”.

4.3 Decisiones médicas en función del deseo de maternidad

Para terminar, dedico este apartado a una de las cuestiones que más me han llamado la atención. Al parecer, existen decisiones médicas que se toman en función del deseo de maternidad. Como he dicho arriba, no cabe en este trabajo analizar si las decisiones médicas son adecuadas o no, pues no cuento con los conocimientos suficientes; sin embargo, considero adecuado preguntarse si la centralidad que parece tener la reproducción en la forma de entender el ciclo menstrual en la UPV/EHU en la Facultad de Medicina de la UPV/EHU tiene relación con las decisiones de las que hablo.

Es algo a valorar muy positivamente el hecho de que hoy, en la relación médico-paciente, exista preocupación por lo que la paciente quiere, por sus deseos. Sin embargo, la construcción social del deseo de maternidad y del deseo de no maternidad es algo complejo que no debe ser abordado a la ligera. ¿Sabemos qué estamos preguntando a una mujer cuando le preguntamos si quiere o no quiere ser madre? ¿Qué profesionales acompañan a estas mujeres en el proceso de toma de decisión? ¿Deben ser profesionales de la medicina quienes adquieran formación sobre esta construcción social para abordar estas situaciones o deben ser otras profesionales formadas específicamente en ello quienes lo hagan?

Cabe también preguntarse si esa centralidad puede estar teniendo consecuencias negativas en los tratamientos que se desarrollan.

En el apartado de los apuntes de ginecología llamado “Anticoncepción definitiva”, se muestra cómo el deseo de maternidad es determinante en la decisión de la extirpación de las trompas. También aparecen algunos de los efectos adversos:

Actualmente, el anillo *de Yoon* se emplea muy poco, lo que más se hace en nuestro entorno es extirpar las trompas. Extirpamos las trompas porque una de las teorías sobre el origen del cáncer de ovario dice que el origen de este está en las trompas. Por lo que, cuando las pacientes no quieren tener más hijos, no ligamos las trompas sino que las quitamos directamente.

Hoy en día el protocolo dice que en una mujer con cualquier patología benigna, que implique una intervención, en caso de que esa mujer no quiera tener más hijos, le quitamos las trompas.

Complicaciones:

- Hemorragia, lesión de órganos vecinos, fiebre y rehospitalización.
- Laparoscopia: Accidentes cardiopulmonares, lesión visceral o de los vasos pélvicos, quemaduras intestinales y hemorragias.

Complicaciones tardías:

- Problemas psicológicos y arrepentimiento.

- Trastornos menstruales y riesgo de histerectomía. Síndrome posligadura de trompas (GIN 29: 15, 16).

En el apartado titulado “Anamnesis” de los apuntes de Ginecología, aparece como una de las preguntas a realizar para decidir el tratamiento, las expectativas reproductivas de la paciente:

Como en cualquier patología, el diagnóstico comienza con realizar una historia clínica completa y la exploración física correspondiente. En el apartado de la historia clínica se tienen en cuenta:

[...] Preguntar cuáles son las expectativas reproductivas; determinan cuál será el tratamiento de elección. [...] (GIN 30a: 5).

En el apartado titulado “Diagnóstico”, se señala lo siguiente:

Orientarse según naturaleza del sangrado, causas y conocer expectativas y planes de vida (no es lo mismo tratar a una mujer con deseos de embarazo que a otra mujer que no lo desea) (GIN 30b: 4).

Y, por último, en el apartado dedicado al tratamiento de la endometriosis, de entre las consideraciones previas que describen, se encuentra la siguiente:

No es lo mismo tratar el dolor que la esterilidad [...].

Con frecuencia los tratamientos son opuestos: el tratamiento del dolor sería extirpar los ovarios, pero si la mujer tiene deseos reproductivos estos no serían posibles con dicho tratamiento. En cambio, si es una mujer mayor sin deseos reproductivos se optaría por esta modalidad de tratamiento (GIN 40: 9).

5. ENTREVISTAS

Como venimos mostrando a lo largo del trabajo, lo que pretendemos es abrir de forma rigurosa nuevas vías de investigación sobre la actual producción de conocimiento científico-médico sobre el ciclo menstrual. A partir de la hipótesis que dice que la enseñanza y comprensión del ciclo menstrual tiene una visión centrada en su faceta reproductiva que resta importancia a otros procesos imprescindibles para el buen funcionamiento del cuerpo de la mujer, hemos comenzado con un análisis de contenido de los apuntes y de los libros de texto. Este primer acercamiento es el que nos ha permitido realizar las preguntas de investigación necesarias, las preguntas que finalmente han estructurado el trabajo. Estas preguntas son las que también han estructurado el guion de las entrevistas. El objetivo, en este caso, ha sido contrastar con docentes de la Facultad de Medicina si lo deducido a partir del análisis de contenido tiene sentido, si creen que estamos en lo cierto y si consideran que estos planteamientos son necesarios.

Las conversaciones han sido muy enriquecedoras, pues todas las participantes se mostraron disponibles, participativas y, debemos añadir, entusiasmadas. La limitación temporal y de extensión de esta investigación nos ha obligado a seleccionar una parte pequeña de lo que compartieron con nosotras, sin embargo, consideramos de gran valor la mayor parte del contenido de las entrevistas y lo utilizaremos para posteriores investigaciones que amplíen lo aquí iniciado. A continuación, presentamos los resultados de las entrevistas estructurados de la misma forma que los resultados del análisis de contenido con la intención de dar coherencia al informe y facilitar la lectura y comprensión del mismo.

5.1 Función estrogénica: fundamental para la vida de la mujer

Como hemos dicho, para facilitar la lectura del trabajo seguimos la misma estructura que en el apartado sobre el análisis de contenido; sin embargo, en este caso, las respuestas no se centran únicamente en la función estrogénica, ya que la pregunta fue más amplia: **¿existen otras funciones en el ciclo menstrual-ovárico además de la reproductiva?**

La entrevistada E2 imparte una asignatura que se centra en la formación del ser humano desde el momento de la fecundación. Destaca como importante esta información para entender que

desde el punto de vista de esta materia, claro, nos enfocamos únicamente en la [función] reproductiva. La reproductiva en el caso de que se produzca o que no se produzca, me da igual [...], pero vamos, siempre en ese contexto.
[E2]

En cambio, las entrevistadas E1, E5 y E6, profesoras de materias diferentes focalizadas en ginecología y fisiología, responden señalando otras funciones distintas de la reproductiva:

¿Otras funciones? Pues toda la producción hormonal. Sería probablemente una de las más importantes. Es decir, tenemos, por un lado, la función claramente reproductiva y por otro lado, la función hormonal, que es la que nos da todos los beneficios que tienen las hormonas femeninas en la mujer. Que, una vez que llega la menopausia, prácticamente desaparece, [...]. Pero desde los 12 años hasta los 50, en una mujer normal, que no ha tenido problemas habitualmente, pues tiene esa función primordial, que hace que nuestro sistema cardiovascular esté protegido. [...] Yo hablaría de la función hormonal y de la función reproductiva. [E1]

Las funciones vienen a ser de defensa, porque durante todo el tiempo que tienes el ciclo menstrual, mientras eres fértil, el riesgo de sufrir o fracturas óseas, o enfermedades cardiovasculares es menor. Pero claro, sí, sí que se ha dado por supuesto que todas las funciones de los estrógenos y la progesterona, que bueno, sus niveles cuando más suben es a lo largo del ciclo, pero se habla de qué acciones tienen que influyen en distintos aparatos, pero es verdad que igual tampoco luego te centras tanto en eso. [E5]

Yo diría que la reproductiva, desde el punto de vista biológico, como especie mamífera, es la fundamental, es decir, estamos diseñados para reproducirnos como los mamíferos, y entonces esa es la fundamental. ¿Qué otras funciones tiene? La secreción hormonal mientras dura el periodo, mientras dura el ciclo menstrual tiene, la secreción de estrógenos tiene un efecto importante, tiene diferentes órganos diana: los dos fundamentales son el hueso porque se encarga de mantener el equilibrio entre la formación y destrucción de hueso, que es algo también cíclico, para mantener una densidad mineral ósea adecuada. [...] los estrógenos son protectores de la salud cardiovascular porque tiene un efecto positivo, sobre todo, a nivel de las grasas saludables, es decir, aumentan el colesterol “bueno”, el HDL, y eso hace que tengamos una protección frente a la enfermedad vascular. [...] y luego hay otros efectos a nivel de aumento de la libido, o mantener el deseo sexual con las variaciones de hormonas que fluctúan, una salud vaginal adecuada, un equilibrio entre las bacterias que colonizan la vagina, pues la microbiota o la flora habitual para evitar patógenos, una salud genito-urinaria también adecuada, porque también la uretra tiene receptores para los estrógenos, entonces, como las mujeres tenemos una uretra más corta, somos más propensas a las infecciones urinarias y los estrógenos también tienen ahí un efecto protector, y sobre la mama también tiene un efecto a la hora del desarrollo mamario... Pero bueno, fundamentalmente, las no reproductivas, desde mi punto de vista (igual me dejo alguna, eh) son: el hueso y la protección cardiovascular. [E6]

Puesto que la centralidad de la función reproductiva del ciclo menstrual es el objeto fundamental de la investigación y, vista la importancia del resto de las funciones, quisimos saber su opinión sobre si se atiende de igual forma a estas últimas. La pregunta fue: **¿crees que se atiende de igual forma a las funciones no reproductivas que a las reproductivas a la hora de enseñar el ciclo menstrual-ovárico?** Como podemos ver, en líneas generales las entrevistadas responden que no, que no se presta la misma atención. En algunos casos, admiten que no se lo habían planteado antes de ser entrevistadas para esta investigación:

Yo creo que no. [la persona que da la clase] explica desde un punto puramente biológico para entender por qué el ovario, los ovarios [...] tienen una particularidad, y es que dentro de ser un órgano que produce hormonas, lo produce de manera diferente a los demás, [E1]

Cuando yo leí este documento [el resumen de la investigación que les enviamos antes de las entrevistas], yo me paré a pensar y dije, es que normalmente yo no pienso en qué otras funciones tiene el ciclo menstrual. Tuve que preguntármelo a mí misma: a ver, ¿qué más funciones tiene? [explica que esto tal vez se deba a que en su asignatura no se habla de las hormonas] [...]. Los estrógenos tienen otras funciones que colaboran en el mantenimiento de nuestra salud en la medida en que disminuyen el factor de riesgo que tenemos cada una de nosotras para determinadas enfermedades, sobre todo cardiovasculares, pero mucho más allá de esto, de esta función de los estrógenos, yo creo que ni me la planteo, y desde luego, no la transmito en la medida en que yo no me la planteo, no la transmito. [E3]

yo sí creo que falta dimensionar de otra manera lo que las hormonas, los estrógenos, los progestágenos hacen en otras funciones del cuerpo, interactúan con otras funciones del cuerpo. [E5]

Yo creo que no, yo creo que la enseñanza se centra en la función reproductiva fundamentalmente y el ciclo menstrual se estudia fundamentalmente desde ese punto de vista y cuando se estudia de otra manera se estudia, en lo que nosotros impartimos, o en la que nosotras impartimos, desde el punto de vista más patológico, es decir, alteraciones de la regla: ciclos cortos, ciclos largos, dismenorrea... Las funciones protectoras que tienen los estrógenos y la progesterona a nivel de salud, fuera de la salud reproductiva, se ha estudiado muy poco a la hora del ciclo menstrual. Y desde mi punto de vista, desgraciadamente, esas funciones se han utilizado para patologizar otra época fisiológica en la vida de las mujeres, que es la menopausia. Es decir, solo se hace hincapié en esas funciones protectoras cuando desaparece el ciclo menstrual, solamente se recuerda la pérdida. Vivimos en una sociedad en la que forever young I want to be, entonces las mujeres menopausicas pierden su función, o perdemos nuestra función reproductiva, perdemos nuestro, parece, principal atractivo, y en nuestra sociedad eso es algo que no nos favorece mucho, o sea, la construcción cultural que tenemos de la menopausia es de algo patológico. Entonces, ahí sí que nos cuentan la importancia de los estrógenos y la importancia de la progesterona no solo para ser madre, sino para [no se entiende] y, además, nos venden hormonas para tratarnos esa época fisiológica. Entonces, vemos la menopausia, nos han enseñado la menopausia como una endocrinopatía, como una patología de nuestro ovario, que no es tal. Se hace hincapié en las funciones hormonales que tiene el ovario fuera de la reproducción cuando ya no las tenemos, [E6]

En casi todas las conversaciones ha aparecido un tema que no habíamos contemplado y que consideramos de gran interés por tener relación directa con la visión reproductivista y repronormativa del ciclo menstrual que aquí estudiamos. Consideramos, de hecho, que posiblemente sea una consecuencia de esta perspectiva. En el *verbatim* justo anterior ya aparece esta idea. Es la **patologización de la menopausia**.

Tanto E3 como E4 hicieron hincapié en la patologización e invisibilización de esta fase vital de las mujeres. E4 lo relacionó fundamentalmente con 2 elementos: la visión reproductivista y el desprecio social hacia el envejecimiento especialmente en el caso de las mujeres. Añadió también que se suele dar importancia, tanto socialmente como médicamente a la función hormonal no relacionada con lo reproductivo cuando empieza a faltar, es decir, cuando llega la menopausia. En esta línea, E3, que se mostró preocupada por la poca importancia que se da a la vejez en la medicina, mencionaba lo siguiente:

Algo que tenemos todos en la cabeza es que los estrógenos no solo colaboran en la consecución del ciclo menstrual o en la consecución de un embarazo, sino que los estrógenos [...] cumplen otra función que se echa de menos cuando los estrógenos desaparecen, cuando llega la menopausia. [E3]

Durante la conversación con E1 surgió de forma espontánea un asunto que consideramos de gran interés y que, por ello, añadimos al resto de las entrevistas. Es algo sutil, íntimamente relacionado (creemos) con la **característica androcéntrica de la producción científica** de la que venimos hablando. Al preguntar a E1 si considera que se atiende de igual forma a las funciones reproductivas y a las no relacionadas con la reproducción, respondió, como hemos visto en el apartado correspondiente, que no, pero resultó especialmente relevante lo que siguió. Tras esta afirmación, continuó explicando que la producción hormonal en los ovarios tiene una particularidad que no tiene la producción hormonal relacionada con otros órganos tanto de mujeres como de hombres, lo que hace que al alumnado le cueste entenderlo:

Pero el ovario es diferente, tiene una particularidad única en los órganos de la mujer, incluso de los hombres, porque los testículos funcionan igual que funciona el tiroides, es decir, produzco una estimulación y el testículo produce testosterona. Pero los ovarios, la misma célula, dependiendo del momento del ciclo, si la estimulas frena y si estimula un poco más produce la ovulación. Es un poco particular. Entonces, no es fácil de entender. [...] [E1]

Ante esa afirmación, nos planteamos qué pasaría si esa “excepción” se diera en los hombres; si costaría tanto entender un proceso diferente a los demás pero que también se diera en los hombres. Por decirlo de una forma simple y clara: pensamos que si el cuerpo de la mujer ha sido históricamente aquello que no era el hombre, es decir, se ha estudiado el cuerpo femenino a partir del masculino, parece lógico pensar que las excepciones no relacionadas con lo masculino sean más difíciles de comprender. Al comentar esta idea E5 dijo lo siguiente:

Yo no lo sé, pero realmente si las cosas han funcionado hasta ahora en el sentido de que durante tiempo y tiempo y hasta hace relativamente pocos años, pues, en realidad, en el trabajo y en el gremio sanitario había sobre todo hombres (ahora pasa al revés) [...] posiblemente se hubiera estudiado más, creo yo. [E5]

5.2 Definiciones: ¿la reproducción en el centro?

Pedimos a todas la entrevistadas que nos hicieran una breve definición del ciclo menstrual. La intención era contrastar sus explicaciones con las encontradas en los apuntes y libros de texto. Como hemos visto en el apartado anterior, aparecen ciertas tensiones entre la importancia que se otorga a las funciones no reproductivas frente a las reproductivas. Solo colocamos dos a modo de ejemplo:

Lo que es el ciclo menstrual es muy pequeño lo que damos, porque básicamente, la asignatura de lo que habla es de la formación o el desarrollo prenatal del ser humano. Entonces, el primer tema sí que habla un poco de óvulos, ovocitos, y fecundación, pero nos centramos en la anatomía una vez que ya se ha fecundado. [...] en nuestro caso, lo que enseñamos es que el ciclo menstrual sería una serie de acontecimientos que ocurren en el útero y que están relacionados con el ciclo ovárico. Y [...] les contamos un resumen de cómo el ciclo ovárico y el menstrual están relacionados, porque a nosotros lo que nos interesa es contar un poco de dónde va a salir los gametos que se van a fecundar, y una vez que se haya producido la fecundación, pues ya les contamos cómo se forma el ser humano en condiciones normales. [E2]

Yo definiría el ciclo menstrual como un ciclo hormonal muy complejo en el que el protagonista fundamental es el ovario, pero hay una interrelación entre desde el hipotálamo, la hipófisis y el ovario que, desde el punto de vista médico y biológico define el periodo fértil de la vida de las mujeres, se manifiesta de manera externa su signo más característico es el sangrado cíclico, y biológicamente su finalidad es preparar mensualmente el endometrio para acoger una posible gestación, porque define la vida fértil de las mujeres. Lo definiría de una manera sencilla así. [E6]

Decidimos abordar también la cuestión de los **sesgos culturales** en la práctica docente relativa al tema tratado. Nos interesaba saber qué opinión tienen las propias docentes sobre ello, si alguna vez se lo han planteado y si han reflexionado sobre sus consecuencias. Las respuestas fueron en general contundentes y evidenciaron una preocupación al respecto y una necesidad de cambio, un cambio que, reconocen, va llegando poco a poco:

En mi opinión, [el conocimiento sobre el ciclo menstrual] sí está enfocado a la reproducción. Sí está muy enfocado, pero porque tiene su trascendencia. [...] [A]hora estamos igual en situación de irnos cuestionando más cosas, pero en un primer momento ha sido la presentación de las hormonas asociadas a la reproducción y al ciclo menstrual, porque cuando desaparecen los ciclos desaparece la capacidad de reproducir un ser humano, otro ser humano. Entonces, por eso, porque se ha, posiblemente, frente a otros conceptos, se ha magnificado [...] o se ha centralizado. [E4]

E5, reconociendo la enorme importancia de las funciones no reproductivas del ciclo menstrual, admite que considera *como otro nivel* la capacidad de procrear, de traer al mundo un ser y comenta que tal vez por eso se insiste tanto en la función reproductiva.

Al mismo tiempo reconoce que nunca se lo había planteado [a la hora de dar clase], y que tal vez sí se podría hacer más hincapié en las otras funciones. E4 en respuesta a E5⁵ dice:

Sí, ¿verdad? Para equilibrar esa balanza. Porque si nosotras contamos también a nuestras alumnas eso, las hormonas y el ciclo y con ese enfoque, de esa preparación a la fecundación, a luego un embrión, un feto, tal... solo eso, pues entonces es verdad que a veces se puede vivir como una pérdida si tú no vives esa experiencia, pero dices, bueno, pero esto vale muchísimas otras cosas más. Pues sí, es muy bueno, o sea, cuando se hacen las preguntas es cuando aprendemos. [E4]

Ella misma (E4), tras responder rotundamente que sí hay sesgo cultural, nos muestra un libro de texto de referencia. Es uno de los libros que más utiliza, porque lo considera bueno, sin embargo, me muestra lo que considera un buen ejemplo de sesgo en la producción de conocimiento. Abre el libro por la parte del índice y destaca lo que quiere indicarnos:

El índice dice: «la respuesta sexual humana posee cuatro fases: el acto sexual masculino incluye la erección y la eyaculación» y ahora esperaríamos el acto sexual femenino, ¿verdad? No. Entonces dice: «la disfunción sexual afecta tanto a hombres como a mujeres» o sea, ya se ha saltado el acto sexual donde está incluida la mujer, el deseo de la mujer, la erección de la mujer... Entonces [...] sí, claro, la hipótesis se confirma todo el rato. Y si hablamos de infertilidad, que es la incapacidad de concebir y hablamos de embarazo y de parto [...]. Entonces ya la mujer aparece con las disfunciones... [...]. O sea, aparece la norma del hombre y luego la mujer como una desviación de la norma, un defecto de la norma [...] [E4]

Los siguientes *verbatimims* no dejan lugar a dudas:

Sí, claro que sí. [...]. Por un lado la regla era una maldición, la maldición de te va a doler la tripa, no puedes ir a la playa... no toques eso, que se va a morir la planta... por un lado eso, cuidado con los chicos, que te puedes quedar embarazada... Pero, por otro lado, esa característica que define la vida fértil, en esa construcción muy androcéntrica, era lo que te hacía ser válida. Es decir, tu fertilidad a nivel de especie, porque bueno, es verdad que somos mamíferos y que eso sigue siendo muy primitivo, es lo que hace que seas válida. Y cuando eso evoluciona hacia una sociedad de “me hago la cirugía plástica, si tengo 45, ahora parece que son los 35”: no hija, no son los 35, que son 45 [...]. En eso mismo, la pérdida de esa función hace que te sientas... yo tengo amigas que me han dicho: ¿no te da vergüenza sacar el abanico? [...] Es que eso denota tu edad [...] [E6]

A ver, en general, cualquier asunto que sea específicamente femenino ya tiene una cierta dificultad, [...]. A ver, me puedo imaginar a qué obedece, pero no sé cuáles son todos los factores que han influido para que eso se silencie. Cualquier asunto que sea estrictamente femenino o que se entienda como estrictamente femenino... hasta ahora los hombres no tienen ovarios, entonces, esto es de chicas, pues queda limitado a un ámbito, digamos, más

⁵ Estas dos personas fueron entrevistadas de forma conjunta.

privado. Entonces, no se lleva, no se saca a la luz, no se habla de ello. Los genitales externos femeninos existen, pero se habla poco de ello, el ciclo menstrual existe, pero a mí no me digas que tienes la regla ni me mandes a comprar compresas, y eso mismo, esa limitación se lleva al contexto académico, porque al final todos vamos con nuestra mochila personal y llevamos esas cortapisas a nuestro trabajo. Entonces, ¿tiene un sesgo cultural? [...] Una mujer que por decisión propia o por circunstancias [sobrevinidas] no gesta ni va a gestar nunca jamás, ¿qué es entonces? Pues el ejemplo de siempre: “es que la han vaciado”. Eso ahora ya casi hasta te ríes, pero es terrible. Ahora se utiliza más para hablar de animales, [...] pero antes vaciaba a las mujeres. Entonces, te viene esa imagen de que le han debido de quitar todo por dentro, está hueca ya, no tiene nada, pues la han vaciado, y todavía según con qué edad o qué formación tenga la gente con la que hablas, puedes encontrarte que todavía se utilizan ese tipo de frases, que la han vaciado [E3]

5.3 Decisiones médicas en función del deseo de maternidad

Este ha sido uno de los elementos más delicados y complejos. Surgió, como todos los demás, a partir del análisis de contenido. Sin embargo, en este caso el enfoque debía ser diferente pues existen muchas variables que este estudio no puede abarcar. Algunas de ellas son:

- ¿Qué es el deseo de maternidad? ¿Cómo se construye?
- ¿Qué es el no deseo de maternidad? ¿Cómo se construye?

La imposibilidad de desarrollo de estas dos cuestiones está relacionada con la limitación de tiempo y extensión, sin embargo, las que planteo a continuación, se escapan a nuestro análisis por pertenecer al ámbito disciplinar de la medicina:

- ¿Qué es un buen tratamiento? ¿Qué criterios se manejan?
- ¿Cómo se valora la gravedad de una patología o enfermedad?

Por todo ello, hemos decidido abordar esta cuestión con las entrevistadas sin preguntas, solo haciéndoles llegar la inquietud a este respecto. Esperamos, en adelante, profundizar en esta cuestión, pero por ahora, destacamos estos dos fragmentos. Debido precisamente a la complejidad del tema y dado que solo queremos apuntar esta cuestión, sin profundizar ahora en ella, hemos optado por presentarlos prácticamente en su integridad a pesar de su extensión:

El deseo de maternidad, más que deseo de maternidad es cómo están tus ovarios, cómo está el útero, está bien, tienes 25 años, entonces merece todavía la pena, tienes 39 ya, igual no sé si merece tanto. Y luego está por ahí en medio lo que tú digas. ¿Tienen las personas formación para plantearte esas opciones y para no dirigirte cuando te plantean las opciones? Porque también, según cómo te cuenten las cosas, te pueden, tú si te han hecho un diagnóstico, sobre todo si en ese diagnóstico entra la palabra cáncer, o ni siquiera cáncer, porque el mioma, dentro de lo que cabe, es una bola de

células musculares, es un tumor benigno que no da problemas, a ver, siendo tumor y que hay que quitarlo, pero no da mayores problemas. Pero bueno, si te dicen que tienes un tumor y habrá que pararlo, a ti ya la mitad de la cabeza te deja de funcionar, y lo que te digan va a condicionar mucho tu toma de decisiones, la cantidad de información que te llegue desde el médico o la médica que te hable a tu familia, a tu pareja si la tienes, a la gente que te rodea y que en ese momento tan sensible te dicen 4 cosas, va a condicionar mucho cuál es tu decisión. Entonces, por un lado está cómo te cuenten las cosas independientemente de su formación médica, y ahí, [me dice que cree que es la única facultad que tiene asignatura de ética]. A pesar de tener esa formación sigue habiendo gente que no tiene buena comunicación con el paciente, o con la paciente en este caso. Entonces, yo creo que, en cuanto a formación, siempre o casi siempre va a haber un déficit hasta que pasemos generaciones. Pero más allá de la formación académica, depende mucho de la persona con la que hables, ahí no se puede generalizar y decir sí, va a estar preparado para transmitirte la información, porque igual te la transmite técnicamente super bien, pero... [...] Yo creo que sí habría que invertir en formar al personal sanitario, creo que en ese terreno las enfermeras nos tienen mucho terreno ganado, [...] habría que formales en aprender a comunicar bien las cosas intentando no influir demasiado, dando la información justa [...] [E3]

Te digo cómo ha evolucionado: hace 30 años no se preguntaba a la mujer si había tenido un deseo genésico cumplido o no, sino que en un concepto de la relación médico-paciente absolutamente paternalista, el médico, que era un hombre en la mayoría de los casos, decidía: si tienes 35 años te hago esto y no te quito el útero, sino que te quito el mioma, y si tienes 50 o 45 hago lo otro. Si tienes menos de 40 te dejo los ovarios, pero si tienes más de 40 no. Es decir, no se preguntaba. Pero eso ha cambiado, porque eso ya, yo no cuestiono, si una chica de 30 años me dice que quiere hacerse una, que quiere quitarse las trompas porque tiene clarísimo que no quiere ser madre, y entonces quiere utilizar un método anticonceptivo definitivo, imagínate, porque, además, quiere ser ella la que [decida sobre la anticoncepción]. [...] Yo he vivido el que si una mujer quería hacerse una ligadura de trompas se pedía consentimiento de su marido porque se consideraba que las trompas eran un poco de los dos, claro, sin trompas no hay hijos [...]. He vivido eso, entonces, claro, yo sí que he visto una evolución. [...] Desde luego, lo que no hacemos ahora es ni juzgar ni valorar, es informar y decir [...] [E6]

6. CONCLUSIONES

En una sociedad en que a las mujeres se nos define únicamente a través de nuestra función reproductora, la adolescencia es positiva pues representa el comienzo de esta capacidad, todo lo contrario de lo que ocurre con la menopausia (Colectivo del libro de la salud de las Mujeres de Boston, 1982: 360).

Como hemos visto en este trabajo, la formación en medicina, al igual que la investigación y la práctica médica, están fuertemente condicionadas por el marco androcéntrico y repronormativo característico de nuestra sociedad. Hemos comprobado que las docentes a las que hemos entrevistado son conscientes de este marco y de sus consecuencias, y en el transcurso de esta investigación han reflexionado sobre la forma en que dicho marco influye en la formación médica relacionada con el ciclo menstrual, tanto que la que recibieron como en la que hoy se sigue impartiendo. Aunque son críticas con este marco, su transformación no puede depender solo de ellas ni de modificaciones en la docencia, por más que esto sea algo muy necesario.

El paradigma repronormativo ha acabado por colonizar el imaginario colectivo sobre el ciclo menstrual, quedando reducido a su función reproductiva. A falta de un estudio cualitativo en el que se muestre cuál es la explicación que las mujeres en general dan sobre el ciclo menstrual, me atrevo a decir que es probable que la mayoría, o un número significativo ni siquiera sepan que existe la función estrogénica ni cuáles son sus funciones.

Hipótesis aparte y volviendo a lo que nos ocupa en este estudio, ¿qué criterios científicos explican que en las definiciones y descripciones del ciclo menstrual encontradas en los textos analizados se dé más centralidad a la función reproductiva del ciclo menstrual? ¿Puede estar generando esta perspectiva una distorsión en cómo las mujeres percibimos nuestros cuerpos? ¿Qué consecuencias tiene en los cuerpos de las mujeres y en su capacidad para gestionar su salud? ¿Es este un caso más de producción de no conocimiento?

En el apartado 4.2, en relación a una de las definiciones que describe cómo el ovocito maduro migrará hasta encontrarse con el espermatozoide y que, en su defecto, el ovocito será eliminado, me pregunto quién decide y por qué que este es el relato más adecuado. Me pregunto si no sería más adecuado construir una explicación que colocase el cuerpo de la mujer como centro de su propio proceso fisiológico en lugar de colocar como central la participación de un elemento externo (el espermatozoide). Propongo una alternativa: “el ovocito será eliminado o, en su defecto, se encontrará con el espermatozoide”. Tal vez sea demasiado simple, es un solo cambio en el orden de los factores, pero, el producto final, es decir, el imaginario que crea en quien la lee/escucha, es totalmente diferente.

Pero el cambio de perspectiva que propongo no está basado únicamente en la diferencia que supone para el imaginario colectivo, sino en hechos objetivos: ¿acaso hay más probabilidades en la vida fértil de una mujer de “ser fecundada” que de no serlo? Para fecundar es necesario tener relaciones sexuales heterosexuales (salvo excepciones, como la fecundación in vitro, en las que no nos vamos a detener en este estudio), ¿acaso todos

los meses de nuestra etapa fértil tenemos estas relaciones? ¿Acaso todas las mujeres tienen relaciones sexuales heterosexuales? Colocar la función reproductiva en el centro de la explicación sobre los ciclos menstruales puede conducirnos por caminos peligrosos relacionados con la centralidad de las relaciones sexuales heterosexuales, caminos relacionados con la legitimación de la colonización de los cuerpos femeninos. Además, muestra una clara separación entre lo que podemos llamar ciencia médica o biológica y ciencia social, puesto que obviamos que, en efecto, no todos los meses mantenemos relaciones sexuales heterosexuales, que existen métodos anticonceptivos ampliamente recomendados y usados para evitar el embarazo, etc. Me pregunto si una explicación médica que se centra fundamentalmente en lo que considera biológicamente objetivo no estará incurriendo en una ceguera epistemológica.

Frente a esta centralidad de la reproducción, existen aproximaciones a la menstruación más integrales y más adecuadas a lo que vivimos las mujeres:

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. [...]. Por lo que la menstruación regular y armónica no solo sería un indicador del estado de salud biológica, sino también de la salud mental, social y medioambiental (Valls-Llobet, 2009: 143).

Por último, en el caso de las decisiones sobre tratamientos a seguir que se toman en función del deseo de maternidad de las pacientes, me resulta difícil evaluar si estas nacen sesgadas por una visión (re)productivista del cuerpo de la mujer o responden a lo que de verdad es más conveniente para la salud de las pacientes. Es una cuestión en la que de momento no puedo entrar en profundidad por falta de información al respecto. En próximas investigaciones me gustaría adentrarme en esta cuestión contando, como ha ocurrido ahora, con la colaboración de expertas y expertos pertenecientes al ámbito médico. Por el momento, voy a centrarme en una de las complicaciones tardías que se describen en los apuntes analizados al tomar la decisión de extirpar las trompas en lugar de ligarlas (decisión tomada en base al deseo de la paciente de tener hijas/os): problemas psicológicos y arrepentimiento. ¿Cuáles son esos problemas psicológicos? ¿Qué es el arrepentimiento?

Lidiar con el deseo y el no deseo de maternidad es una de las asignaturas pendientes dentro de los múltiples mandatos de género que condicionan nuestras vidas. Hoy ni siquiera podemos saber con claridad si la decisión de ser o de no ser madre es realmente una decisión libre. Adrienne Rich, en su libro *Nacemos de mujer* reflexiona sobre la maternidad en una época histórica en la que existe una fuerte tensión entre un viejo sistema de ideas que va perdiendo energía, pero que se resiste fuertemente a cambiar, y un conjunto de ideas encarnado por mujeres que toman acción y que se hacen protagonistas de los cambios que quieren conseguir (Rich, 2019). Es un análisis en ocasiones desgarrador que refleja la dicotomía existencial que supone para una mujer, politizada o no, desear dos cosas a la vez que el sistema social y económico hace prácticamente incompatibles. ¿Qué nos lleva hoy a querer ser madres? ¿Es la tradición, es la costumbre, el deseo de trascender? ¿Es un verdadero deseo personal? Por otro lado, ¿qué me lleva a no querer ser madre? ¿Es una reacción al sistema de opresión capitalista y patriarcal? ¿Es que la precariedad vital y laboral que padezco no me lo permite? ¿Es sencillamente que no quiero, que no me apetece? Y la pregunta que se hacen en algún

momento, tanto quienes deciden ser madres como quienes deciden no serlo, es ¿me arrepentiré?

Todas estas preguntas y muchas más surgen en la cabeza de muchas mujeres que, sin necesidad de decidir de cara a un tratamiento médico, nos cuestionamos qué queremos. Imaginemos lo que debe ser tomar esta decisión cuando de ello depende recibir un tratamiento u otro. Comprender o, al menos, escuchar lo que las mujeres nos planteamos en relación a la maternidad y dejar de dar por hecho determinadas cuestiones parece ser una de las asignaturas pendientes de la medicina y de la investigación científica en general, aunque se vayan dando pequeños pasos. Y no es porque no existan investigaciones al respecto, sino porque esas investigaciones continúan quedando en un segundo plano a la hora de abordar las decisiones “importantes”. La construcción social del deseo de maternidad y del no deseo de maternidad debe tenerse en cuenta a la hora de establecer determinados protocolos.

Atrevemos a cuestionar

Tener voz no implica solo la capacidad animal de emitir sonidos, sino también la posibilidad de participar plenamente en las conversaciones que configuran la sociedad, las relaciones con las demás personas y la vida propia (Solnit, 2021: 268)

Las numerosas investigaciones que han permitido mostrar que, sin lugar a dudas, existe un sesgo de género en la investigación científica deben servir para cuestionar todo relato que resulte incoherente. En el caso de esta investigación, el cuestionamiento del relato médico sobre la menstruación nace de la apreciación de que lo que se nos cuenta sobre este fenómeno fisiológico es un relato incompleto. Nace de una intuición, de una experiencia propia, pero también de la escucha, de conversaciones durante años con diferentes mujeres cuyas experiencias y relaciones con sus ciclos y con lo que rodea a la maternidad no terminan de encajar con lo que se nos dice que debemos experimentar.

Tenemos una gran barrera que ralentiza sobremanera nuestro camino hacia la igualdad de derechos, hacia la igual consideración de los asuntos que incumben a hombres y mujeres, una igualdad, por cierto, que solo es posible mediante el cuestionamiento de la práctica científica. Esa gran barrera es la falta de credibilidad:

Nuestra credibilidad se deriva en parte del modo en que nuestra sociedad percibe a gente como nosotras, y hemos visto una y otra vez que, por muy creíbles que sean algunas mujeres según criterios supuestamente objetivos reforzados con pruebas, testigos y modelos bien documentados, las personas dedicadas a la protección de los hombres y sus privilegios no las creerán. La misma definición de las mujeres en el patriarcado está concebida para justificar la desigualdad, incluida la desigual credibilidad (Solnit, 2021: 267).

La falta de credibilidad de las mujeres, cultivada durante siglos, ha calado en nosotras mismas llegando a hacer que menospreciemos nuestras intuiciones, nuestros saberes nacidos de la experiencia y la inteligencia. Así, debemos pasar por, al menos, dos obstáculos antes de atrevemos a poner en tela de juicio la palabra establecida: llegar a creer que efectivamente, nuestro propio conocimiento, el que nos ha llevado a dudar del relato oficial, no es un capricho o un arranque de ira irracional, sino algo que deberá ser refutado con buenos argumentos para ser desechado; y, una vez superado este primero, hacer frente a todo el conjunto de circunstancias y personas que querrán, sin mayor capacidad que la de ocupar el espacio que sus privilegios les han otorgado, tirar por tierra

aquello que tratamos de desvelar. No quiero decir con esto, como creo que queda claro, que todo lo que digamos deba ser creído en contra de los relatos oficiales, eso sería tan osado y carente de criterio y ética científica como la invisibilización de los cuerpos de las mujeres que se viene realizando históricamente. Lo que quiero decir es que nuestros argumentos

deberían evaluarse según sus propios términos y contextos, en vez de por la afirmación patriarcal de que las mujeres no están en absoluto capacitadas para hablar, son sentimentales y no racionales, además de vengativas, incoherentes, delirantes, manipuladoras, indignas de que se les haga caso, calificativos que a menudo se lanzan contra ellas cuando dicen algo desafiante [...] (Solnit, 2021: 268).

BIBLIOGRAFÍA

- Al Adib Mendiri, Miriam (2021). *Hablemos de nosotras. Reflexiones de una ginecóloga rebelde*. Madrid: Oberon.
- Aránguez Sánchez, Tasia (2018). La reivindicación feminista del derecho a la salud. *Astrolabio. Revista internacional de filosofía*, 22: 239-251. DOI: 10.1344/astrolabio2018.22.20
- Arruzza, Cinzia, Bhattacharya, Tithi y Fraser, Nancy (2019). *Manifiesto de un feminismo para el 99 %*. Barcelona: Herder.
- Bobel, Cris et al. (eds.) (2020). *The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies*. Singapore: Palgrave Macmillan.
- Carrasco Bengoa, María Cristina (2016). Sostenibilidad de la vida y ceguera patriarcal. Una reflexión necesaria. *Atlánticas. Revista Internacional de Estudios Feministas*, 1(1): 34-57. <https://doi.org/10.17979/arief.2016.1.1.1435>
- Chilet-Rosell Elisa (2014). Gender bias in clinical research, pharmaceutical marketing, and the prescription of drugs. *Global health action*, 7, 25484. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.25484s>
- Colectivo del libro de Salud de las Mujeres de Boston (1982). *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*. Barcelona: Icaria.
- Díaz Martínez, Capitolina (2017). La perspectiva de género en ciencia. *Investigación y ciencia*, noviembre, 54. <https://www.investigacionyciencia.es/revistas/investigacion-y-ciencia/sexo-gnero-y-ciencia-720/la-perspectiva-de-gnero-en-ciencia-15739>
- Dyer, Natalie Rose (2020). *The Menstrual Imaginary in Literature. Notes on a Wild Fluidity*. Cham: Palgrave Macmillan.
- Eisler, Riane (2021). *El cáliz y la espada. De las diosas a los dioses: culturas pre-patriarcales*. Madrid: Capitán Swing.
- Federici, Silvia (2004). *Calibán y la bruja*. Madrid: Traficantes de sueños
- Fox Keller, Evelyn (1991). *Reflexiones sobre género y ciencia*. Valencia: Edicions Alfons El Magnànim.
- Franke, Katherine M. (2001). Theorizing Yes: An Essay on Feminism, Law, and Desire. *Columbia Law Review*, 101(1): 181–208. <https://doi.org/10.2307/1123512>
- Fuentes, Verónica (2018). Mujeres no menstruales o cómo elegir si se quiere tener la regla. *SINC*, 28 mayo. <https://www.agenciasinc.es/Reportajes/Mujeres-no-menstruales-o-como-elegir-si-se-quiere-tener-la-regla>
- García, Rosa María (2022). Repronormatividad y vidas trans. La situación de las personas trans gestantes. En Reverter Bañón, Sonia y Moliní Gimeno, Alba (eds.). *La Praxis feminista en clave transformadora* (457-470). Castellón: Publicacions de la Universitat Jaume I.
- García Dauder, S. Silvia y Pérez Sedeño, Eulalia (2017). *Las “mentiras” científicas sobre las mujeres*. Madrid: Catarata.

- Gervás, Juan y Pérez-Fernández, Mercedes (2019). La menstruación no está obsoleta. *Acta Sanitaria*, 25 mayo. https://www.actasanitaria.com/opinion/el-mirador/la-menstruacion-no-esta-obsoleta_1439649_102.html
- Gillberg, Claudia y Jones, Geoffrey (2019). *Feminism and Healthcare: Toward a Feminist Pragmatist Model of Healthcare Provision*. Liamputtong P. (eds). Singapore: Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_64
- Gómez Nicolau, E. y Marco Arocas, E. (2020). Desafiando las reglas: articulaciones políticas del activismo menstrual. *Revista Española de Sociología*, 29 (3, supl. 1): 155-170. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2020.62>
- Gough, Annette (2003). El poder y la promesa de la investigación feminista en la educación ambiental. *Tópicos en Educación Ambiental*, 3(9), 7-23. <http://www.anea.org.mx/Topicos/T%209/Paginas%2007-23.pdf>
- Harding, Sandra (1996). *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata.
- Hillman, Sarah (2020). Why women are still ‘the other’ in medicine. *Warwick Knowledge Center*, 6 March. https://warwick.ac.uk/newsandevents/knowledgecentre/health/patient-care/women_in_medicine
- Houck, Judith A. (2003). "What do these women want?": Feminist responses to *Feminine Forever*, 1963-1980. *Bulletin of the History of Medicine*, 77: 103-132.
- Houck, Judith A. (2006). *Hot and Bothered: Women, Medicine, and Menopause in Modern America*. Cambridge, Massachusetts, and London: Harvard University Press.
- Jacobson, Roni (2015). Medicina «de género». *Investigación y ciencia*, enero/febrero: 6. <https://www.investigacionyciencia.es/revistas/mente-y-cerebro/pensamiento-creativo-619/medicina-de-genero-12760>
- Jáuregui López, María (2020). Efectos del ciclo menstrual sobre la composición corporal, la energía y la Salud. *Diario de Navarra*, 26 junio. <https://www.diariodenavarra.es/noticias/blogs/dn-running-dudas-consejos/2020/06/25/efectos-del-ciclo-menstrual-sobre-composicion-corporal-energia-salud-694100-3363.html>
- Johnston-Robledo, Ingrid, Chrisler, Joan C. (2013). The Menstrual Mark: Menstruation as Social Stigma. *Sex Roles* 68: 9–18. <https://doi.org/10.1007/s11199-011-0052-z>
- Kelly, Jennifer (2008). A lesbian feminist analysis of the demise of hormone replacement therapy. *Women’s Studies International Forum*, 31(4): 300-307. DOI: 10.1016/j.wsif.2008.05.002
- Lacarra, Amaya (2018). ¿Es malo si decides eliminar tu menstruación para siempre? *Cosmopolitan*, 21 agosto. <https://www.cosmopolitan.com/es/salud-fitness/salud/a22767331/eliminar-menstruacion/>
- Lampe, Nik M., Shannon K. Carter, and J. E. Sumerau (2019). Continuity and Change in Gender Frames: The Case of Transgender Reproduction. *Gender & Society*, 33(6): 865-887. <https://doi.org/10.1177/0891243219857979>
- Laws, Sophie (1990). *Issues of Blood. The Politics of Menstruation*. London: Macmillan.
- Lerner, Gerda (1990). *La creación del patriarcado*. Barcelona: Crítica.

- Liu, Katherine. A. y Mager, Natalie A. (2016). Women's involvement in clinical trials: historical perspective and future implications. *Pharmacy practice*, 14(1) : 708. <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2016.01.708>
- Loring, Claudia (2018). Mujeres que eligen no tener la regla. *La Vanguardia*, 10 agosto. <https://www.lavanguardia.com/vivo/20180810/451167450929/mujeres-no-regla.html>
- Lowik, A. J. (2021). “Just because I don't bleed, doesn't mean I don't go through it”: Expanding knowledge on trans and non-binary menstruators. *International Journal of Transgender Health*, 22(1-2): 113-125. DOI: [10.1080/15532739.2020.1819507](https://doi.org/10.1080/15532739.2020.1819507)
- Mahowald, Mary B. (1987). Feminism and medicine. *Journal of Social Philosophy*, 18(1): 3-11. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9833.1987.tb00450.x>
- Navarro, Ramiro (2014). Ocho cuestiones de salud invisibilizadas por el machismo. *elDiario.es*, 23 marzo. https://www.eldiario.es/andalucia/cuestiones-salud-invisibilizadas-machismo_1_4991953.html
- Newton, Victoria Louise (2016). *Everyday Discourses of Menstruation. Cultural and Social Perspectives*. London: Palgrave Macmillan.
- Nogueiras García, Belén (2018). *La teoría feminista aplicada al ámbito de la salud de las mujeres: discursos y prácticas (España, 1975-2013)*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Nogueiras, Belén (2019). La salud en la teoría feminista. *Atlánticas. Revista Internacional de Estudios Feministas*, 4(1): 10-31. <https://doi.org/10.17979/arief.2019.4.1.5404>
- Pérez-Fernández, Mercedes y Gérvas, Juan (2019). De “eternamente femenina” a “eternamente sana” (con la terapia hormonal sustitutiva). Una historia médica para no dormir. *Equipo CESCA*, 23 marzo. <http://equipocesca.org/de-eternamente-femenina-a-eternamente-sana-con-la-terapia-hormonal-sustitutiva-una-historia-medica-para-no-dormir/>
- Pérez Sedeño, Eulalia y Ortega Arjonilla, Esther (eds.) (2014). *Cartografías del cuerpo. Biopolíticas de la ciencia y la tecnología*. Madrid: Cátedra.
- Plechner, Deborah (2001). Women, medicine, and sociology: thoughts on the need for a critical feminist perspective. *Research in the Sociology of Health Care*, 18 : 69-94. DOI: 10.1016/S0275-4959(00)80023-X
- Puleo, Alicia H. (2017). Perspectivas ecofeministas de la ciencia y el conocimiento. La crítica al sesgo andro-antropocéntrico. *Daimon. Revista Internacional de Filosofía*, Suplemento 6: 41-54. <http://dx.doi.org/10.6018/daimon/290751>
- Rich, Adrienne (2019). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Salvia Ribera, Anna (2015). *Viaje al ciclo menstrual*. Barcelona: autoedición.
- Samper, Esther (2017). El machismo oculto en medicina. *elDiario.es*, 12 noviembre. https://www.eldiario.es/opinion/zona-critica/machismo-oculto-medicina_129_3073307.html

- Sanz, Xusa (2021). El ciclo menstrual no es solo sangrar, es más complejo. *La Voz de Galicia*, 16 junio. https://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/yes/2021/06/12/ciclo-menstrual-solo-sangrar-complejo/0003_202106SY12P21991.htm
- Sharma, Malika (2019). Applying feminist theory to medical education. *The Lancet*, 393(10171): 570-578. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32595-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32595-9)
- Solnit, Rebecca (2021). *Recuerdos de mi inexistencia*. Barcelona: Penguin Random House.
- Tasa-Vinyals, Elisabeth, Mora Giral, Marisol y Maria Raich, Rosa (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 113: 14-25. https://www.researchgate.net/publication/273962960_Sesgo_de_genero_en_medicina_concepto_y_estado_de_la_cuestion_Gender_bias_in_medicine_concept_and_state_of_the_art
- Testa, Roberto; Gogorza, Sebastián; Marchitelli, Claudia E. (2020). *Ginecología: fundamentos para la práctica clínica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Tienda, Roser de (2016). Androcentrismo en el cuidado de la salud de la mujer. *Pikara magazine*, 29 octubre. <https://www.pikaramagazine.com/2016/10/androcentrismo-en-el-cuidado-de-la-salud-de-la-mujer/>
- Turbau Valls, Rosa (2018). Estudiar en la facultad de medicina. *Mujeres y salud*, 43: 20-23. https://matriz.net/mys43/43_sumario.htm
- Valls-Llobet, Carme (2009). *Mujeres, salud y poder*. Barcelona: Catedra.
- Valls-Llobet, Carme (2010a). Contaminación ambiental y salud de las mujeres. *Investigaciones Feministas*, 1: 149-159. <https://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/INFE1010110149A>
- Valls-Llobet, Carme (2010b). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Cátedra.
- Valls-Llobet, Carme (2020). *Mujeres invisibles para la medicina: desvelando nuestra salud*. Madrid: Capitán Swing.
- Watkins, Elizabeth Siegel (2007). *The Estrogen Elixir. A History of Hormone Replacement Therapy in America*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Wilson Robert A. (1962). The Roles of Estrogen and Progesterone in Breast and Genital Cancer. *JAMA*, 182(4): 327–331. DOI:10.1001/jama.1962.03050430001001
- Wilson, Robert A. (1966). *Feminine Forever*. New York: M. Evans and Company.
- Weissman, Anna L. (2017). Repronormativity and the Reproduction of the Nation-State: The State and Sexuality Collide. *Journal of GLBT Family Studies*, 13(3): 277-305. DOI: 10.1080/1550428X.2016.1210065
- Young, Kate, Jane Fisher y Maggie Kirkman (2019). ‘Do Mad People Get Endo or Does Endo Make You Mad?’: Clinicians’ Discursive Constructions of Medicine and Women with Endometriosis. *Feminism & Psychology*, 29(3): 337–56. <https://doi.org/10.1177/0959353518815704>

ANEXOS

Anexo 1. Apuntes seleccionados por las profesoras

- ✓ Apuntes de Fisiología. Título: PA: Aparato reproductor femenino.
- ✓ Apuntes de Fisiología. Título: Regulación de la función ovárica. Indicadores de la ovulación. Pruebas de embarazo. Anticoncepción.
- ✓ Apuntes Ginecología. Título: Tema 28. Anticoncepción natural y métodos de barrera.
- ✓ Apuntes Ginecología. Título: Tema 29. Anticoncepción. Concepto general. Clasificación de los diferentes métodos. Anticoncepción hormonal. Dispositivos intrauterinos. Otros métodos anticonceptivos.
- ✓ Apuntes Ginecología. Título: Tema 1: Ciclo ovárico y cambios hormonales.
- ✓ Apuntes Ginecología. Título: TEMA 30 – Trastornos funcionales del ciclo femenino: hemorragia uterina anormal (HUA).
- ✓ Apuntes Ginecología. Título: Tema 27. Pubertad precoz.
- ✓ Apuntes Ginecología. Título: Tema 28. Climaterio y menopausia.
- ✓ Apuntes Ginecología. Título: Tema 30: Menorragia y trastornos funcionales del ciclo.
- ✓ Apuntes Ginecología. Título: Tema 3. Amenorrea.
- ✓ Apuntes Ginecología. Título: Tema 33. Síndrome del ovario poliquístico, hirsutismo y virilización.
- ✓ Apuntes Ginecología. Título: Tema 36. Patología funcional del climaterio.
- ✓ Apuntes Ginecología. Título: Tema 37. Dolor en Ginecología.
- ✓ Apuntes Ginecología. Título: Tema 39. Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP).
- ✓ Apuntes Ginecología. Título: Tema 40. Endometriosis.
- ✓ Apuntes Ginecología. Título: Tema 41. Trastornos estáticos del aparato genital femenino.
- ✓ Apuntes Ginecología. Título: Tema 42. Patología benigna y maligna de la vulva.
- ✓ Apuntes Ginecología. Título: Tema 46. Tumores ováricos benignos y malignos.

Anexo 2. Evaluación positiva del CEISH
