



# *DISCURSOS EN TORNO A LA MENSTRUACIÓN*

---

**Representación social,  
vivencia del ciclo  
y medicalización  
de la fase premenstrual**

TESIS DOCTORAL  
2021

---

**NOELIA GARCÍA TOYOS**





Título tesis: *Discursos en torno a la menstruación. Representación social, vivencia del ciclo y medicalización de la fase premenstrual*

De: Noelia García Toyos

Tesis doctoral para optar al grado de Doctora por la Universidad de Sevilla

Dirigida por: María J. Escudero Carretero y Joan Carles March Cerdá

Programa de doctorado interuniversitario: Ciencias de la salud.

Universidad de Sevilla, Universidad de Jaén y Escuela Andaluza de Salud Pública

Línea: Género y Determinantes sociales de la salud

Año: 2021

Diseño: Dana Jazmín García

Maquetación: Irene Fernández Romacho



# CERTIFICADO

La doctoranda Noelia García Toyos, la directora María J. Escudero Carretero y el director Joan Carles March Cerdá de la tesis “Discursos en torno a la menstruación. Representación social, vivencia del ciclo y medicalización de la fase premenstrual” garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por la doctoranda bajo la dirección de la directora y el director de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Madrid, agosto de 2021



María J. Escudero Carretero



Joan Carles March Cerdá



Noelia García Toyos



*A Cristian, Lucas y Juana,  
mis amores*





# AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no habría sido posible sin el apoyo, la confianza, la entrega y generosidad de María José Escudero y las aportaciones de las participantes. Gracias.

El programa de doctorado *Estudios de las mujeres y de género* de la Universidad de Granada fue el germen de este trabajo y el programa de doctorado *Ciencias de la salud* de la universidad de Sevilla me permitió sembrar esa semilla. Gracias.

La semilla ha sido regada por las aportaciones y vivencias compartidas con innumerables personas, imposible nombrarlas a todas. Gracias a las compañeras amigas de la Escuela Andaluza de Salud Pública, las que están, y las que se fueron. A mi familia de Granada, de Villalegre, de Madrid y a la transoceánica, que está en Argentina, Chile y Colombia.

Gracias a las raíces, mi madre, mi padre y mi gente Astur.

Y gracias Cristian, el jardinero fiel, por tus cuidados, comprensión y paciencia. Los frutos de este trabajo son tuyos también.

Juana y Lucas, gracias por ser semillas de nuevos horizontes.



# CONTENIDOS

<b>PRESENTACIÓN .....</b>	<b>15</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>23</b>
1. LAS DIMENSIONES DEL CICLO MENSTRUAL .....	25
1.1 DIMENSIÓN BIOLÓGICA DEL CICLO MENSTRUAL .....	25
1.2 DIMENSIÓN PSICOSOCIAL Y CULTURAL DEL CICLO MENSTRUAL .....	27
2. ANDROCENTRISMO EN LA CIENCIA .....	29
3. EL ABORDAJE CIENTÍFICO DEL MALESTAR PREMENSTRUAL .....	31
4. EL SÍNDROME PREMENSTRUAL .....	38
4.1 DESCRIPCIÓN .....	38
4.2 MODELOS EXPLICATIVOS .....	39
4.2.1 Modelo biológico .....	40
4.2.2 Modelo Psicológico .....	41
4.2.3 Modelo Sociocultural .....	42
4.2.4 Modelo Crítico-Feminista .....	42
5. LOS PROCESOS DE MEDICALIZACIÓN .....	43
6. LA SUPRESIÓN DE LA MENSTRUACIÓN .....	47
7. DISCURSOS EN TORNO A LA MENSTRUACIÓN .....	49
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>55</b>
1. OBJETIVO GENERAL.....	57
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	57
<b>METODOLOGÍA .....</b>	<b>59</b>
1. PARA CONOCER EL DISCURSO DE LAS MUJERES .....	61
1.1 POSICIONAMIENTOS DE PARTIDA .....	61
1.1.1 La metodología feminista .....	61
1.1.2 La investigación cualitativa y el enfoque fenomenológico .....	63
1.1.3 El construccionismo social .....	63
1.1.4 El interaccionismo simbólico .....	64
1.2 DISEÑO DEL ESTUDIO: FASES DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA .....	65
1.2.1 Selección de participantes .....	66
1.2.2 Técnica de recogida de datos .....	73
1.2.3 Tipo de análisis .....	76
1.3 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	78

2.	PARA CONOCER EL DISCURSO CIENTÍFICO .....	81
2.1	LAS REVISIONES DE LA LITERATURA CIENTÍFICA .....	81
2.2	LA SCOPING REVIEW .....	82
2.3	ETAPAS DEL PROCESO METODOLÓGICO .....	84
2.3.1	Etapa 1: Identificación de la pregunta de investigación.....	84
2.3.2	Etapa 2: Identificación de estudios relevantes.....	85
2.3.3	Etapa 3: Selección de estudios .....	87
2.3.4	Etapa 4: Cartografía de los datos y análisis de la información .....	88
2.3.5	Etapa 5: Cotejo, resumen y comunicación de resultados .....	91
2.3.6	Etapa 6: Consulta a personas expertas.....	91
2.4	ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	94
	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>97</b>
1.	REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA MENSTRUACIÓN.....	99
1.1	DENOMINACIONES Y SIGNIFICADOS .....	99
1.2	CREENCIAS Y MITOS.....	104
1.3	PERCEPCIONES .....	108
1.3.1	Percepciones personales .....	108
1.3.2	Percepciones sociales y del entorno familiar .....	110
1.3.3	Percepciones sobre la publicidad de los productos menstruales .....	112
2.	VIVENCIA DEL CICLO MENSTRUAL .....	117
2.1	CARACTERÍSTICAS DEL CICLO MENSTRUAL Y MANEJO DEL SANGRADO.....	117
2.2	EN TORNO A LA MENARQUIA .....	124
2.2.1	Antes .....	124
2.2.2	Durante .....	131
2.2.3	Después .....	136
2.3	EN TORNO AL MALESTAR.....	141
2.3.1	Síntomas y consecuencias .....	141
2.3.2	Estrategias de afrontamiento.....	147
3.	MEDICALIZACIÓN DE LA FASE PREMENSTRUAL.....	155
3.1	DISCURSOS DE LAS MUJERES .....	155
3.1.1	Consideraciones sobre la etiología de los síntomas premenstruales .....	155
3.1.2	Respuesta sanitaria .....	158
3.1.3	Creencias sobre “síndrome premenstrual” .....	162
3.1.4	Valoraciones sobre la supresión de la menstruación.....	166
3.2	DISCURSO CIENTÍFICO .....	171
3.2.1	FASE 1. Características y resultados de las investigaciones.....	171
3.2.2	FASE 2. Consulta a personas expertas .....	189

4. RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA PARA LA SALUD MENSTRUAL.....	193
4.1 DESDE LA APROXIMACIÓN CIENTÍFICA.....	193
4.1.1 Recomendaciones para la investigación.....	193
4.1.2 Recomendaciones para la práctica clínica .....	194
4.2 DESDE LA EXPERIENCIA MENSTRUAL .....	195
4.2.1 Recomendaciones sobre la publicidad de productos menstruales .....	195
4.2.2 Información y conocimiento antes de la menarquia.....	196
4.2.3 Atención sanitaria .....	197
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>201</b>
1. DISCUSIÓN METODOLÓGICA.....	203
1.1 ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD .....	203
1.2 SCOPING REVIEW .....	206
2. DISCUSION DE RESULTADOS .....	207
2.1 EL DISCURSO DE LAS MUJERES .....	207
2.1.1 Denominaciones, características y mitos.....	208
2.1.2 En torno a la menarquia.....	214
2.1.3 Malestar premenstrual y atención sanitaria.....	217
2.2 EL DISCURSO CIENTÍFICO .....	221
2.3 MEDICALIZACIÓN DE LA FASE PREMENSTRUAL .....	226
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>227</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>227</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>227</b>
<b>ÍNDICES.....</b>	<b>227</b>



# PRESENTACIÓN

Esta tesis titulada *Discursos en torno a la menstruación. Representación social, vivencia del ciclo y medicalización de la fase premenstrual*, tiene su origen en el trabajo realizado en 2005, *Medicalización y salud mental. La creación de categorías diagnósticas con sesgo de género. El síndrome premenstrual*, por el que obtengo el Diploma de Estudios Avanzados (DEA) en el programa de doctorado *Estudios de las Mujeres y de Género*, de la Universidad de Granada.

En este trabajo se justificaba la pertinencia de una investigación sobre las creencias que manejan las mujeres y sus experiencias con el ciclo menstrual, así como las prácticas que desarrollan para afrontar y paliar el malestar asociado, en concreto, en la fase premenstrual. También se cuestionaba el “síndrome premenstrual” como categoría diagnóstica útil en el abordaje de los síntomas.

La perspectiva histórica, social y feminista sobre la menstruación tuvo una gran fuerza en Estados Unidos, a partir de finales de los años 70, en el s. XX, es decir, en el marco de la segunda ola del feminismo. Esta ola puso el foco, entre otras cuestiones, en los aspectos relativos al cuerpo y la sexualidad de las mujeres, y denunciaba el control ejercido tradicionalmente sobre sus funciones reproductivas. La obra del colectivo de Boston *Our lives ourselves / Nuestros cuerpos nuestras vidas* (1970), es un libro de referencia en la comprensión y difusión del conocimiento de las mujeres sobre su propio cuerpo como forma de empoderamiento personal y social, ya que según el lema de la época *lo personal, es político*.

En este contexto y en relación al ciclo menstrual, cabe destacar el libro *The Curse: A Cultural History of Menstruation* (1976), donde las autoras analizan el histórico abandono de la menstruación como tema de investigación y las actitudes de ocultación por parte de las mujeres. Por otro lado, la activista Gloria Steinem, hacía reflexionar a la sociedad con su texto *If men could menstruate... / Si los hombres pudieran menstruar...* (1978) donde pone de manifiesto la relevancia social que tendría la menstruación si ocurriera en los hombres y los recursos que se invertirían para su investigación,

conocimiento y difusión, especialmente en las dolencias asociadas al ciclo menstrual. También la fundación de la *Society for Menstrual Cycle Research* / Sociedad para la Investigación del Ciclo Menstrual (SMCR), en 1977, da cuenta de la relevancia de este asunto en la época.

En las sucesivas décadas, la menstruación y su ciclo como tema de investigación desde el enfoque feminista irá penetrando poco a poco en la academia, de la mano (y la cabeza) de las mujeres que acceden este ámbito.

En el contexto español cabe destacar la tesis doctoral de la psicóloga Victoria Sau, una de las grandes teóricas feministas de nuestro país, titulada *Comportamiento psicológico de la mujer en relación con el ciclo menstrual y uno de sus más frecuentes malestares: el Síndrome Premenstrual (SPM)* de 1989 donde apunta que la vivencia del ciclo supone para las mujeres graves contradicciones y ambivalencias capaces de producir tal estrés emocional que influyen en la aparición de disfunciones, especialmente del “síndrome premenstrual”. Esta afirmación, pone de relieve la relación entre la representación social de la menstruación, las expectativas y vivencias personales con el malestar premenstrual presente en la mayor parte de las mujeres durante su etapa fértil.

16

Si existe un hito, de ámbito social, en la resignificación de la menstruación para que las mujeres dejen de vivirla como un proceso fisiológico, generalmente molesto, y comiencen a hacerlo desde una perspectiva positiva, es la publicación en 1994 del libro de Miranda Grey *Luna Roja*. En este libro se explica cómo vivir en armonía el ciclo menstrual conociendo e interaccionando con las diferentes energías que tienen lugar en el cuerpo de la mujer. Reflejo del impacto causado por este libro son las innumerables webs, blogs y cuentas en Redes Sociales que se vertebran en torno a estas ideas, y cuyas usuarias promulgan con vehemencia. En esta línea, la laureada película de Diana Fabianova *La luna en ti* (2010), indaga desde una perspectiva personal en la búsqueda del significado de las molestias asociadas al ciclo menstrual.

Pero no es hasta entrada la segunda década del s. XXI, cuando comienza un movimiento social en pro de la visibilización de la vivencia menstrual cuyos objetivos están relacionados con la abolición definitiva del “tabú menstrual” y el acceso equitativo a productos de recogida del sangrado.



El “tabú menstrual” impide el abordaje del tema y origina la vergüenza, inseguridad y baja autoestima en las mujeres menstruantes, por tanto, se aborda como un eje de desigualdad. Así, en el año 2013 se celebra por primera vez el *Día Internacional por la Higiene Menstrual*, con un lema claro “la mitad del mundo menstrúa” y con acciones dirigidas a la educación, la economía, la salud, el medio ambiente y los derechos humanos en países de bajos ingresos. Se trata de abordar las cuestiones menstruales con seriedad y dignidad.



Imagen : Cartel conmemorativo del Menstrual Hygiene Day, 2013

Además, la menstruación se convierte en un tema con dimensión social a través de mujeres conocidas en el ámbito público.

En 2015, la artista Rupri Kaur publicó en la red social Instagram una foto, de su serie de imágenes *Period* donde mostraba diferentes momentos con su menstruación. La publicación fue censurada hasta dos veces, porque contravenía la política de empresa. La denuncia a nivel social de esta censura por mostrar una parte normal de la fisiología de las mujeres hizo cambiar de opinión a Instagram, que finalmente se disculpó y permitió su publicación.



Imagen: Fotografía de la serie *Period* de Rupi Kaur

Un año antes la atleta Kiran Gandhi ya había tenido gran repercusión mediática cuando practicó *free bleeding* / sangrado libre (ausencia de productos de recogida del sangrado durante la menstruación) en la maratón de Londres de 2014.

18

Su objetivo, explica, era visibilizar la menstruación por las mujeres y niñas que veían interrumpidas sus vidas cada mes por no poder costearse ningún producto menstrual. Y, además, corría así por su propia comodidad,



Kiran Gandhi, 2014. Maratón de Londres



Jennifer Lawrence. Golden Globes Award (2016)

Otras celebridades del mundo del espectáculo como las actrices Jennifer Lawrence o Lena Dunham también rompieron el tabú menstrual. La primera, comentando en la ceremonia de los Globos de Oro lo apropiado de vestido porque estaba menstruando. La segunda fomentando el debate sobre si es o no normal el dolor menstrual.

Una de las repercusiones de esta visibilización de la vivencia menstrual en el ámbito empresarial es que, en algunas empresas, promueven permisos para mujeres con dolencias que les dificultan o impiden su desempeño profesional, generando un amplio y profundo debate sobre el rendimiento laboral de las mujeres durante su ciclo menstrual. La primera empresa en implantar esta práctica fue Coexist en Reino Unido. En España, ha sido instaurada para las empleadas del Ayuntamiento de Girona en 2021.

En nuestro país, de la mano de la visibilización de la menstruación, también ha prosperado la comercialización y uso de diversos productos menstruales alternativos (copas menstruales, compresas de tela, esponjas, bragas menstruales) junto con la lucha por la reducción de impuestos en los productos convencionales (compresas y tampones). La presión desde diversos colectivos y asociaciones de mujeres consiguió reducir el IVA del 21% al 10% y forzó la propuesta del Gobierno, en 2018 a pasar a un tramo súper reducido del 4% en tampones y compresas para “no gravar a las mujeres por el hecho de serlo”. En 2021 esa propuesta aún no es una realidad.

En el ámbito de la salud, la revista *Mujer y Salud (MyS)* de la Red CAPS (Centro de Análisis de Programas Sanitarios), que aglutina un gran número de profesionales feministas, dedica su nº45 (2019) a diversos aspectos del ciclo menstrual en la sección *Las reglas de la cuarta ola*.

En definitiva, las vivencias sobre el ciclo menstrual, la abolición del tabú mediante la información y visibilización, las alternativas en el manejo del sangrado y la atención al malestar y los síntomas asociados a la menstruación son reivindicaciones de las mujeres y de los movimientos feministas que han calado socialmente y que merece la pena abordar.

Esta tesis doctoral estudia los discursos en torno a la menstruación y su relación con el malestar premenstrual desde el ámbito de las Ciencias de la salud.

El cometido de las Ciencias de la salud es el estudio e investigación para la adquisición de conocimientos sobre los procesos salud-enfermedad y la aplicación de los mismos. Desde esta perspectiva, y en relación al ciclo menstrual, resulta fundamental conocer los significados de la menstruación y su ciclo, relacionada históricamente con la reproducción y la enfermedad, y qué repercusión tienen en el malestar que presentan

actualmente las mujeres. Además de evitar los procesos de medicalización sobre este aspecto.

El enfoque teórico desde el que se plantea esta investigación responde a epistemologías feministas y a la psicología constructivista, ambos posicionamientos complementarios al entender a la persona como una base fisiológica donde confluyen las contingencias ambientales y los condicionamientos sociales y culturales en constante retroalimentación. De este modo, se trasciende el determinismo biológico y se asume que el concepto “mujer” es una construcción que varía a lo largo de la historia y las culturas, y al que se han atribuido características en relación a convencionalismos sociales. Igualmente, los conceptos de “salud” y “enfermedad” son construidos y cambiantes dentro de las sociedades como queda patente en numerosos estudios antropológicos y de historia de la ciencia.

20

La perspectiva feminista y el enfoque de género complementan el paradigma constructivista al incorporar las influencias del sistema sexo-género y las relaciones de poder en el orden patriarcal de nuestra sociedad. De este modo, se entiende que aspectos relacionados con la menstruación, como es la vergüenza y el tabú, el manejo del sagrado, las molestias asociadas y el dolor, generen una desigualdad que se ve reflejada en sus cuerpos, como campos de batalla.

Ambos enfoques, constructivismo y feminismo, son imprescindibles en una investigación que aborda las creencias, vivencias y experiencias de las mujeres con sus cuerpos y cómo la ciencia define ese cuerpo de mujer y sus padecimientos, así como la forma de darles respuesta.

El objetivo de esta tesis es conocer los discursos científicos en torno al ciclo menstrual y cómo se relacionan con las creencias, vivencias y prácticas de las mujeres, concretamente, en la sintomatología premenstrual. Se trata de ahondar en la comprensión del malestar que sufren muchas mujeres y que merma su calidad de vida para buscar alternativas útiles y no medicalizadoras.

Para ello, se analizan, de un lado, los discursos de las mujeres que sienten malestar en relación a su menstruación y, por otro lado, se estudia el discurso científico sobre

el “Trastorno Disfórico Premenstrual”. Además, se buscan las relaciones entre ambos discursos.

Este trabajo está dividido en cinco partes.

En el **capítulo Introductorio** se describen conceptos y aproximaciones teóricas para la comprensión de la vivencia y la construcción social y científica del ciclo menstrual, como su multidimensionalidad, el androcentrismo en la ciencia y la comprensión y definición del malestar y el síndrome premenstrual, así como los procesos de medicalización. En la última parte de este capítulo se enuncian las preguntas de investigación y los objetivos de este estudio.

En el **segundo capítulo** se expone la **Metodología** utilizada. Por un lado, se utilizó una metodología cualitativa para conocer el discurso de las mujeres y, por otro lado, se realizó una *scoping review*, como método de acercamiento al discurso científico.

Para conocer los discursos de las mujeres se realizaron entrevistas en profundidad a mujeres de diversos perfiles que experimentaban malestar durante su ciclo menstrual. En el desarrollo de las entrevistas se preguntó sobre sus vivencias, experiencias, expectativas del sistema sanitario, prácticas y creencias en relación a la menstruación y la sintomatología premenstrual.

Para explorar el discurso científico se analizaron los artículos indexados que investigaron el “Trastorno Disfórico Premenstrual” en el periodo en que permaneció en el Apéndice del Manual DSM (1994-2013) para conocer los argumentos científicos que lo convierten en una enfermedad mental. Se realizó un estudio cuali-cuantitativo de los artículos donde se tuvo en cuenta: el marco teórico, la metodología y el tema de estudio (análisis cualitativo) y un análisis bibliométrico donde se analizaron indicadores de actividad y de impacto (análisis cuantitativo).

El **tercer capítulo** dedicado a los **Resultados** se divide en cuatro partes. Las dos primeras la *Representación de la menstruación y la Vivencia del ciclo*, presentan resultados de las entrevistas en profundidad. Las siguientes, *Medicalización de la fase premenstrual y Propuestas para la salud menstrual*, incluyen tanto resultados de las entrevistas como del procedimiento de *scoping review*.

En el **cuarto capítulo de Discusión**, se aborda en primer lugar el procedimiento metodológico y posteriormente, se contrastan los principales resultados obtenidos en este estudio con los de otras investigaciones.

En el **quinto capítulo** se enumeran las **Conclusiones** en relación a los objetivos establecidos en este estudio y se realizan una serie de recomendaciones en base a los resultados de este estudio.

Finalmente, se incluyen como anexos algunos documentos que aportan mayor detalle sobre ciertos epígrafes de este documento, como forma de ampliar la información.

*Tengo la "enfermedad"  
De las mujeres.*

*Mis hormonas  
están alborotadas,  
me siento parte  
de la naturaleza.*

*Todos los meses  
esta comunión  
del alma  
y el cuerpo;  
este sentirse objeto  
de leyes naturales  
fuera de control;  
el cerebro recogido  
volviéndose vientre.*

*Menstruación. Gioconda Belli*

# Introducción

*En este capítulo se describen conceptos y aproximaciones teóricas para la comprensión del ciclo menstrual. En primer lugar, se aborda la multidimensionalidad del ciclo menstrual y su relación con la salud de las mujeres. Posteriormente, se pone en consideración el androcentrismo científico que ha generado gran parte del conocimiento acumulado, para ahondar posteriormente en el malestar premenstrual y la definición de “síndrome premenstrual” y la forma en que se ha constituido como enfermedad. A continuación, se realiza un acercamiento a los procesos de medicalización, especialmente, de las mujeres y se concluye poniendo en contexto y anunciando las preguntas de investigación y objetivos de este estudio.*





## 1. LAS DIMENSIONES DEL CICLO MENSTRUAL

El ciclo menstrual, tal como describen multitud de autoras y demuestra la evidencia científica, no solo es un hecho fisiológico, también tiene dimensiones psicológicas, sociales y culturales que se relacionan e influyen mutuamente (Alarcón-Nivia, 2005; Caplan et al., 1992; Houppert, 2000).

### 1.1 DIMENSIÓN BIOLÓGICA DEL CICLO MENSTRUAL

La menstruación es la parte manifiesta de un ciclo fisiológico, propio de las mujeres, el ciclo menstrual, del que se ha comprendido su funcionamiento recientemente. La relación de la función ovárica con la menstruación se debió a Egner de Graaf (1641-1673), médico anatomista de los Países Bajos, cuando en 1672, con la invención del microscopio, identificó la presencia de los folículos e hipotetizó su relación con la función reproductiva.

Más adelante, se fueron describiendo funciones del útero, pero aún se desconocía el origen de la menstruación, resultaba un misterio. Es en el s. XX cuando empieza a desvelarse el funcionamiento del ciclo menstrual, a partir del meticuloso estudio, presentado en 1908 por Fritz Hitschmann y Ludwig Adler, médicos de la Universidad de Viena.

Posteriormente, se fueron reconociendo las hormonas, por ejemplo, en 1934 se logró aislar la progesterona. A finales de los años 70 es cuando se comprende el ciclo menstrual en toda su magnitud, con el trabajo de Roger Guillemin, Andrew V. Schally y Rosalyn Sussman Yalow por el que recibieron el premio Nobel en 1977. En sus investigaciones consiguieron aislar la molécula hormonal del hipotálamo que estimula la hipófisis. Así, quedó demostrado que es en el cerebro donde se articula la compleja relación entre los órganos y sustancias que intervienen en el ciclo menstrual. Concretamente, el hipotálamo es quien controla la producción de hormonas. Esta estructura, se encuentra intercomunicada con el resto del organismo a través de diversas sustancias, está implicada en las emociones y la regulación de fenómenos complejos y es afectada por el estrés.

La hipófisis que es estimulada por la LHRH del hipotálamo, libera gonadotropinas: la hormona foliculoestimulante (FSH), que hace crecer y madurar el folículo (cápsula

donde se encuentra el óvulo) y la hormona luteinizante (LH) que permite la ovulación, ya que libera el óvulo. Junto con los estrógenos y la progesterona son las hormonas responsables del ciclo menstrual, con diferente implicación en función de la fase del ciclo, que se puede dividir en tres:

1. La fase folicular, donde los bajos niveles de estrógenos y progesterona permiten que se desprenda el endometrio para dar lugar a la menstruación. A su vez, la FSH estimula el desarrollo de varios folículos.
2. La fase ovulatoria, donde la hormona luteinizante (HL) estimula el proceso de liberación del óvulo, el nivel de estrógenos llega a su punto máximo y el de progesterona comienza a aumentar.
3. La fase lútea, donde la progesterona y los estrógenos provocan el engrosamiento del endometrio, en el útero, para una posible fertilización del óvulo, si no es así, parte de este revestimiento se descompone, se produce la descamación y se expulsará acompañado de sangre, lo que conocemos como menstruación.

26

Y, de nuevo, el ciclo vuelve a comenzar. La siguiente imagen refleja un ciclo menstrual con las hormonas implicadas en cada momento y los acontecimientos a nivel ovárico y uterino.

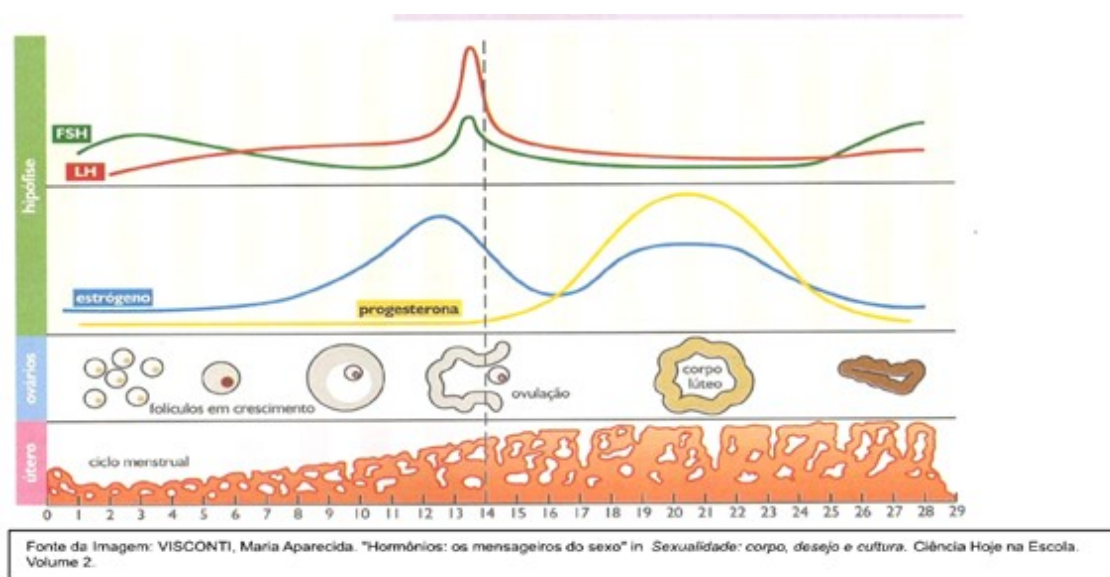


Figura 1. Acontecimiento ovárico, uterino y hormonal del ciclo menstrual

Por tanto, el ciclo menstrual es un proceso natural, propio de las mujeres y fundamental para la humanidad, porque está relacionado con la reproducción de la especie y porque ocurre en más de la mitad de la población mundial.

Se estima que casi dos mil millones de personas menstrúan en el mundo, sin embargo, las características normales del ciclo menstrual han empezado a estudiarse a principios del s.XXI. A pesar de su frecuencia y relevancia, el ciclo menstrual sigue siendo un tabú en muchas sociedades y escasamente estudiado en toda su magnitud por la ciencia, tal como se concluyó en la reunión internacional de 2018 *Menstruation: science and society* (Critchley et al., 2020)

## 1.2 DIMENSIÓN PSICOSOCIAL Y CULTURAL DEL CICLO MENSTRUAL

La dimensión psicosocial y cultural del ciclo menstrual, aunque menos estudiada que la dimensión biológica, tiene una gran relevancia en la salud integral de las mujeres, ya que determina las expectativas y vivencias del ciclo, así como las creencias y percepciones sobre su cuerpo (Blázquez Rodríguez & Bolaños Gallardo, 2017; Chrisler, 2013).

El trabajo de Hufnagel *A History of Women's Menstruation from Ancient Greece to the Twenty-first: Psychological, Social, Medical, Religious, and Educational Issues*, identifica los discursos clave que han elaborado la construcción social de la menstruación a lo largo de la historia. En primer lugar, la religión, durante el período antiguo, la describe como impureza y aparta a las mujeres de la comunidad. En segundo lugar, la medicina, en el período moderno, que se manifiesta en la literatura biomédica actual, entiende el ciclo como proceso biológico unidimensional y se centra en los aspectos reproductivos y las patologías asociadas. Por último, la publicidad, en la época contemporánea, sigue transmitiendo el estigma de la menstruación (Hufnagel, 2012).

El patriarcado ha significado la menstruación como estigma, es decir, una mancha o marca del cuerpo de las mujeres que las convierte en sucias y defectuosas. La función del estigma, tal como plantea Goffman (1963), es mantener a unas personas separadas de otras. Así, el estigma de la menstruación infecta la idea de la jerarquización de los sexos y de la división sexual del trabajo, reforzando el prejuicio de que la biología

determina lo femenino, mientras que lo cultural o humano es una creación masculina. (Johnston-Robledo & Chrisler, 2013).

Una mirada a las principales religiones del mundo muestra que, sin excepción, han considerado la menstruación como impureza, inmundicia o enfermedad, que afecta a las mujeres y a quien entre en contacto con ellas (personas, alimentos o cosas). Así, se han impuesto infinidad de restricciones a las mujeres menstruantes, en el acceso a espacios o en el contacto con seres humanos, alimentos, actividades de la comunidad, etc. Se establece así el tabú menstrual. (Alarcón-Nivia, 2005).

Como consecuencia del tabú menstrual, las mujeres aprenden a ocultar su estado menstruante, a vivir con el miedo de que se haga visible y a sentir vergüenza de su propio cuerpo. Así pues, se trata de un tipo de violencia simbólica, en el sentido que plantea Bourdieu, donde se manifiesta una relación social de subordinación, indirecta pero no por ello menos dañina, con la complicidad del sujeto subordinado (Gutiérrez, 2004).

28

La relación entre creencias y actitudes influye en la percepción y la vivencia del ciclo menstrual y el cuerpo. La percepción negativa sobre el ciclo menstrual, el miedo, la vergüenza y ocultación, se trasladan al propio cuerpo, generando una desconexión con el mismo, que puede traducirse en conductas de riesgo. En este sentido, la *Self objectification Theory* / Teoría de la autoobjetivación (Fredrickson & Roberts, 1997), da cuenta de los efectos de la desconexión corporal en la autoimagen y la autoestima, provoca despersonalización, cosificación y falta de autonomía. Así, los cuerpos, de las mujeres, a causa del tabú menstrual que los autoobjetiva, son más proclives a ser utilizados y vulnerados. (Anson, 1999; Chrisler, 2008; Johnston-Robledo & Chrisler, 2013; Zendejdel & Elyasi, 2018).

El autocontrol, en el sentido que definía Foucault, es un método de vigilancia y control social. Las prácticas de ocultación, supervisión y culpabilización de las mujeres respecto a la menstruación están ligadas, como plantea Ussher, a la construcción social de la feminidad y su asociación con la naturaleza. Las mujeres deben ejercer el autocontrol sobre su propia naturaleza, ocultándola y así cumplir con el mandato femenino. De este modo, las prácticas de autovigilancia para ocultar la menstruación y conservar el ideal de feminidad aumentan en la fase premenstrual, ya que es el momento de mayor peligro

y conflicto entre la naturaleza de las mujeres y el mandato social de la feminidad. (Ussher, 2004).

Otro efecto a considerar del tabú menstrual es el desconocimiento de la menstruación y su ciclo, así como la proliferación de mitos y falsas creencias. La investigación sobre la vivencia de la primera menstruación o menarquia demuestra que las niñas, en diferentes contextos culturales, carecen de información suficiente, manejan falsas creencias y manifiestan confusión, extrañeza y rechazo ante su primera menstruación (Chandra-Mouli & Patel, 2017; Rizkia & Ungsianik, 2019). En España, aún perduran creencias, sin base científica, que infunden profundos miedos sobre la menstruación (Botello Hermosa & Casado Mejía, 2017).

Cabe destacar aquí también, cómo la representación social de la menstruación perpetúa el tabú menstrual. En el sentido que apunta Moscovici (1961), la representación social es una modalidad de conocimiento que se construye en los intercambios de la vida cotidiana, ocurre entre la intersección de lo psicológico y lo social. Diversas investigaciones ponen de manifiesto cómo los discursos socioculturales de la menstruación se vinculan con la representación de la menstruación en los anuncios de productos menstruales y utilizan discursos negativos como estrategia de promoción de estos productos, fomentando la ocultación y el miedo, haciendo alusiones al dolor y el olor, y fomentando la autoobjetivación y sus efectos negativos sobre las mujeres (Erchull et al., 2002; Hufnagel, 2012; Simes & Berg, 2001; Spadaro et al., 2018; Umme Busra Fateha, 2011; Yagnik, 2012)(Erchull et al., 2002; Hufnagel, 2012; Simes & Berg, 2001; Spadaro et al., 2018; Umme Busra Fateha, 2011; Yagnik, 2012). Además, los mensajes publicitarios influyen en las actitudes hacia otras esferas como la salud, la sexualidad y el bienestar de las mujeres (Erchull et al., 2002; Hufnagel, 2012; Simes & Berg, 2001; Spadaro et al., 2018; Umme Busra Fateha, 2011; Yagnik, 2012;(Johnston-Robledo & Chrisler, 2013).

## 2. ANDROCENTRISMO EN LA CIENCIA

En el s. XXI se han empezado a estudiar las características normales del ciclo menstrual. Así, sabemos que en mujeres españolas la duración del ciclo oscila entre 22 y 35 días. La edad media de la menarquia es de 12 años, mientras que la menopausia es de

47 años. Por tanto, el ciclo menstrual ocurre unas 400 veces en esos 35 años. La duración media de la menstruación es variable, entre 4-7 días con una cantidad de menstruación por ciclo de unos 80 cc. (Martos, 2015).

Es, por tanto, un fenómeno importante que afecta a más de la mitad de la población mundial. Sin embargo, aún quedan muchos aspectos por conocer, tal como demanda Valls, está por desarrollar una ciencia de la morbilidad diferencial de las mujeres, que atienda a sus especificidades (Valls Llobet et al., 2008). Esta carencia es resultado del androcentrismo científico.

La ciencia es un producto social, y como tal, reproduce los valores y creencias sociales. Con el término androcentrismo se refleja la identificación de lo masculino con lo humano en general y a la inversa, lo humano con lo masculino. Por tanto, conlleva la constitución de lo masculino como la norma. Además, el discurso científico goza de gran estatus como generador de conocimiento. En este sentido, el androcentrismo se refiere al uso de una perspectiva de investigación que responde a la experiencia social y a los intereses dominantes de los varones en una sociedad patriarcal (Ortiz Gómez, 2002).

Así, la ciencia al igual que la filosofía, ha descrito la naturaleza femenina de forma diferenciada e inferior a los varones, justificando la jerarquización y la subordinación de las mujeres. Desde sus orígenes, el discurso ha adoptado diferentes formas, de la isonomía a la diferenciación sexual, pero la idea que permanece es la misma: las mujeres como seres inferiores o incapaces, cuya naturaleza justifica su rol en la sociedad (Ortiz Gómez, 2018).

Un ejemplo muy significativo relatado por Ortiz es el proceso de sexualización de los esqueletos que empezó a finales del s.XVIII y convirtió a los esqueletos en receptáculo de todos los valores y la política sexual de la época, es decir, reproducen los valores de género característicos de su época. En una ilustración del médico holandés Bernardo Albinus (1747) la figura del esqueleto masculino encarna fortaleza, agilidad, elegancia, actitudes consideradas masculinas. La versión femenina de esqueleto propuesta por Sue (1756) presentaba un cráneo pequeño y con las suturas sin osificar, una pelvis de gran tamaño, tórax estrecho y con pequeños espacios intercostales y

pies pequeños, “una esqueleta” que simbolizaba y naturalizaba el modelo burgués de mujer, sedentaria, sin actividad intelectual y madre de familia, también niña, infantil, una mujer no ciudadana e inmadura; modelos que gozaron de una general aprobación durante años (Ortiz Gómez, 2002).

En la última mitad del s. XIX los esfuerzos por demostrar las hipótesis deterministas se extendían por diversos campos científicos y buscaban su justificación en la forma del cráneo, el peso del cerebro, la naturaleza histérica o el coste reproductivo del desarrollo intelectual, como el argumento de Clarke “en la medida que se accede a la lógica, los ovarios encogen” (Clarke, 1873).

En paralelo, se desarrollaba el movimiento sufragista, que luchaba por considerar a las mujeres sujetos de derecho, con capacidades suficientes para desempeñarse en ámbito público y reclamaban el acceso a la educación formal. En esta línea, la tesis doctoral “Funcional Periodicity” (1916) de Leta Stetter Hollingworth medía las habilidades mentales y motoras de mujeres, tanto durante el periodo como fuera de él, y las comparaba con los hombres, no encontrando evidencia del debilitamiento por la menstruación.

En esta lucha de posicionamientos, será cuando el estamento médico ponga en marcha los mecanismos de naturalización y describa la irritabilidad y depresión de las mujeres durante los días previos a la menstruación, como una debilidad intrínseca que proviene de sus órganos reproductores, estableciendo la base para una patología premenstrual.

### 3. EL ABORDAJE CIENTÍFICO DEL MALESTAR PREMENSTRUAL

El interés por relacionar el ciclo menstrual con alteraciones en las mujeres se describe desde la antigüedad en numerosos textos religiosos, filosóficos y médicos. Se hace referencia a un poema de Simónides de Ceos, en torno al año 500 a.C. como primera referencia al humor cambiante de las mujeres. Sin embargo, es en el s. XX cuando se inicia la investigación científica sobre el malestar premenstrual.

El ginecólogo norteamericano Robert Frank se interesó por el malestar que sentían varias de sus pacientes que referían irritabilidad y tensión “como si quisieras salir de tu propia piel”. Estas sensaciones ocurrían de manera cíclica, de diez a siete días antes

de la menstruación. Así, en 1931 publica el artículo *The hormonal causes of premenstrual tensión*, en base a sus observaciones en 12 mujeres. Define la tensión premenstrual como irritabilidad, fatiga, falta de concentración y ataques de dolor antes de la menstruación, a veces acompañada de dolores de cabeza, hinchazón de la cara, manos o pies, asma, ataques epilépticos y lo que llamó acciones tontas. Formuló la hipótesis de que los síntomas eran el resultado de la retención de líquidos causada por un exceso de la hormona sexual femenina y propuso terapia de deshidratación, con el uso de diuréticos como el café y el té para inducir la eliminación del exceso de agua y hormonas (Frank, 1931).

El estudio de la tensión premenstrual se extendió con los trabajos de Israel (1938) en Inglaterra, Bickers y Woods (1951) en Estados Unidos y Vaider M. (1950) y Barcelo H. (1951) en Argentina, entre otros. Estos trabajos planteaban diversas hipótesis sobre la relación de las hormonas con los síntomas y encontraron un alto porcentaje de mujeres con tensión premenstrual, alrededor del 40% (Israel, 1938).

32

En 1953, la publicación de Greene y Dalton "*The premenstrual síndrome*" supuso un hito. En ella acuñaron el término "Síndrome Premenstrual" y lo presentaron como un concepto más completo, que aglutina, además de los síntomas de tensión, otros síntomas físicos, psicoemocionales y conductuales. De hecho, ese listado seguiría aumentando hasta describir cerca de 200 síntomas asociados al síndrome premenstrual. En el siguiente cuadro se exponen los principales síntomas premenstruales de tipo físico, psicoemocional y conductual.



Cuadro 1. Principales síntomas premenstruales

SÍNTOMAS GENERALES		
Fatiga Agravación de alergias Congestión/Hinchazón mamaria Hinchazón facial Modificación de hábitos de sueño Agravación de la sinusitis Irritación/Picor de los ojos Dolores articulares Lentes de contacto molestan Audición disminuida/suspensión Granos/aftas en la boca Sequedad bucal Hemorragia nasal Acné Ojeras Falta de aliento Ahogos Palpitaciones	Opresión en el pecho Agravación del asma Hinchazón abdominal Estreñimiento/diarrea Pesadez en la zona pélvica Sensación de presión en vejiga Orinar con frecuencia Equimosis facial Prurito Alteraciones de coordinación Torpeza Sensación de quemazón en la piel Pérdida de cabellos Sensación de debilidad Dolores y calambres musculares Hinchazón/Rigidez articular Dolores articulares	Dolor de espalda Deseo irresistible de dulces Deseo insaciable de comer Bulimia Escalofríos Picos de energía Piernas pesadas Agravación de varices Agravación de hemorroides Espasmos uterinos Náuseas Vómitos Gases Urticaria Herpes labial Uñas quebradizas Seborrea Voz más grave Afonía Puntos negros ante los ojos Visión turbia
SÍNTOMAS PSICOAFECTIVOS		SÍNTOMAS CONDUCTUALES
Alteraciones del sueño Insomnio Letargia Cambios de personalidad Polemizar Labilidad emocional Hiperemotividad Hipersensibilidad Excitación Explosiones de energía Irritabilidad Cólera Sentimientos agresivos Paranoia	Depresión Ideas de suicidio Tensión Cambios de humor Nada permite estar bien Miedo a perder el control Llantos incontrolados Comportamiento compulsivo obsesivo Pérdida de memoria Pérdida de conocimiento Cefalea Migraña Pensamientos autodestructivos Pensamientos sádicos	Dificultad para pensar racionalmente Comportamiento irracional Olvidarse de cosas Negligencia Hipersensibilidad a ruidos Hipersensibilidad visual (luz) Sobrecarga de estímulos Impaciencia Torpeza Pérdida de autoestima Diminución de la eficacia Dificultad para realizar movimientos finos Riesgo acrecentado de accidentes Crisis de pánico Aumento consumo de drogas Aumento consumo de dulces Aumento consumo tranquilizantes Aumento consumo de alcohol Alteraciones de la libido Aumento del apetito sexual Disminución del apetito sexual

Fuente: "El síndrome premenstrual. Un enfoque holístico de tratamiento". (Mónica P. Vázquez) 2012

Desde entonces, la doctora Katharina Dalton, se convirtió en referente mundial en la difusión del síndrome premenstrual con su prolífica obra (Oransky, 2004). Su hipótesis para explicar los síntomas era el déficit de progesterona ya que las mujeres con síntomas premenstruales, cuando estaban embarazadas, dejaban de tenerlos, y de nuevo aparecían con la ovulación. Así pues, el tratamiento recomendado fue la progesterona sintética, que los laboratorios farmacéuticos ya empezaban a comercializar.

En los años 80 el síndrome premenstrual ya era un término conocido y frecuente a nivel social, especialmente, en Reino Unido y Estados Unidos, con una altísima prevalencia ya que, por sus características, casi todas las mujeres podrían identificarse con él (Chrisler & Caplan, 2002). Sin embargo, no tenía una gran acogida en el ámbito clínico. En 1982, el síndrome premenstrual se convierte en centro del debate social, ya que fue admitido como atenuante en dos procesos judiciales, el de Sandra Smith, por amenaza a la autoridad, y el de Christine English por homicidio (M. Clark, 1982). Así pues, a nivel legal, se asumía que las mujeres están a expensas de su biología por las fluctuaciones hormonales y que, en situaciones graves, sería un motivo de incapacitación.

Por tanto, resultaba fundamental diferenciar un síndrome en el que podían reconocerse la mayoría de las mujeres, de una enfermedad grave que podía llevarlas a cometer este tipo de acciones violentas.

En 1985, el responsable de la revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), Robert Spitzer, propicia una reunión con psiquiatras y colaboradores de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), que será el germen para incluir un nuevo trastorno en DSM relacionado con la fase premenstrual. Así, el DSM III-R (1987) incluye el *Late Luteal phase dysphoric disorder* / “Trastorno de la fase lútea tardía” (LLPDD) con una serie de criterios diagnósticos para mejorar su estudio.

La siguiente edición del Manual, DSM-IV, se publica en 1994, en la que cambia la denominación del trastorno por *Premenstrual Dysphoric Disorder* / “Trastorno disfórico premenstrual” (TDPM), aunque con los mismos criterios que el LLPDD y que se exponen en el siguiente cuadro.

Cuadro 2. Criterios diagnóstico para el Trastorno disfórico premenstrual

<p>A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas deben estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, comenzar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y volverse mínimos o ausentes en la semana posterior a la menstruación.</p>
<p>B. Debe estar presente uno (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Labilidad afectiva marcada (por ejemplo, cambios de humor; sentirse repentinamente triste o llorosa, o mayor sensibilidad al rechazo).</li> <li>2. Irritabilidad o enfado marcados o aumento de los conflictos interpersonales.</li> <li>3. Estado de ánimo depresivo marcado, sentimientos de desesperanza o pensamientos de autocrítica.</li> <li>4. Ansiedad marcada, tensión y/o sentimientos de excitación o nerviosismo.</li> </ol>
<p>C. Uno (o más) de los siguientes síntomas deben estar presentes adicionalmente, para alcanzar un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B anterior.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disminución del interés en las actividades habituales (por ejemplo, trabajo, escuela, amigos, pasatiempos).</li> <li>2. Dificultad subjetiva de concentración.</li> <li>3. Letargo, fatiga fácil o falta de energía marcada.</li> <li>4. Cambio marcado en el apetito; comer en exceso o antojos de alimentos específicos.</li> <li>5. Hipersomnia o insomnio.</li> <li>6. Sensación de estar abrumada o fuera de control.</li> <li>7. Síntomas físicos como sensibilidad o hinchazón de los senos, dolor articular o muscular, sensación de “hinchazón” o aumento de peso.</li> </ol> <p>Nota: Los síntomas en los Criterios A – C deben haberse cumplido para la mayoría de los ciclos menstruales que ocurrieron en el año anterior.</p>
<p>D. Los síntomas están asociados con angustia clínicamente significativa o interferencia con el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o las relaciones con los demás (p. ej., evitar actividades sociales; disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o el hogar).</p>
<p>E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como trastorno depresivo mayor, trastorno de pánico, trastorno depresivo persistente (distimia) o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos trastornos).</p>
<p>F. El criterio A debe ser confirmado por evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos. (nota: el diagnóstico se puede realizar provisionalmente antes de esta confirmación).</p>
<p>G. Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., abuso de una droga, un medicamento, u otro tratamiento) u otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).</p>

Fuente: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). (APA), 1994.

Para algunas autoras, el cambio de nomenclatura no es más que una estrategia de marketing o *disease mongering* / promoción de enfermedades, para hacer más fácilmente identificable el trastorno (Matusevich & Pieczanski, 2008; Oinas, 1998; Sixto et al., 2009). Además, el TDPM aparece de manera confusa, en dos lugares. En el Apéndice B: “Criterios y ejes con necesidad de nuevos estudios” y en el cuerpo del manual, como una categoría diagnóstica más.

En 1998, un importante laboratorio farmacéutico convoca una reunión de personas expertas en TDPM cuyos resultados son concluyentes, legitimando la categoría diagnóstica TDPM como una enfermedad (Endicott et al., 1999), y proponiendo fluoxetina como tratamiento de elección. La fluoxetina es un antidepresivo, inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS), que había sido comercializado como Prozac. Los derechos de explotación de este medicamento concluían para este laboratorio que, con el nuevo trastorno, el TDPM, volvía a explotar el mismo componente, esta vez comercializado como Sarafem y dirigido a mujeres con TDPM (Matusevich & Pieczanski, 2008; Moynihan & Cassels, 2006).

36

En el tiempo que DSM IV estuvo vigente, de 1994 a 2013 el TDPM se mantuvo en el Apéndice B “Criterios y ejes con necesidad de nuevos estudios” por la necesidad de investigaciones para considerarlo un trastorno con identidad propia. En 2013, la nueva edición DSM 5, incorpora el TDPM como un nuevo trastorno depresivo con el código 625.4 (N94.3), lo que implica que se trata de una nueva enfermedad diagnoscable.

Durante todo este proceso se han manifestado diversas posturas críticas. La más reciente ha sido la oposición de profesionales de la salud mental a la última edición del manual, el DSM 5, por su enfoque exclusivamente biomédico, la inflación diagnóstica, los problemas psicométricos y la relación poco transparente con la industria farmacéutica (Zabaleta, 2018). En cuanto a los posibles conflictos de intereses, se trata de un problema inherente a los comités de trabajo conformados por personas expertas, ya que cabe asumir su interés para que el malestar premenstrual se consigne como trastorno. La investigación, así como los comités expertos son financiados por la industria farmacéutica, con interés en promocionar los tratamientos que ella misma comercializa (Moynihan & Cassels, 2006).

Por estos motivos, el *National Institute of Mental Health* / Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), de EEUU, anunció que dejaría de usar el DSM como nosología, al igual que otras cincuenta instituciones a nivel mundial, incluido el Consejo General de Psicología de España (Colegio Oficial de la Psicología, 2013)

Desde el ámbito feminista, también se denuncian las consecuencias negativas del uso de esta categoría para las mujeres. Estos efectos negativos se traducen en aspectos económicos, sociales, políticos y legales, ya que, a condición de hacer visible su malestar, son etiquetadas como enfermas (Browne, 2015; Houppert, 2000).

Además, entender que las hormonas femeninas son la única causa de un trastorno mental en las mujeres es limitar la comprensión del fenómeno y asumir que las mujeres están enfermas por su propia biología. El modelo biomédico ignora otros factores, como la determinación de las creencias y expectativas culturales sobre la incidencia de los síntomas premenstruales, tal como señaló la OMS en 1981 (Asamblea Mundial de la Salud, 1981)

Contar con un diagnóstico afecta al modo en que las mujeres entienden su propia experiencia menstrual e influye en el modo en que hombres y mujeres entienden sus emociones y conductas. Las emociones que, en principio, son comunes en ambos sexos, se convierten en problemáticas cuando provienen de las mujeres. Experiencias como la tensión, la irritabilidad, la ansiedad y la falta de control son incómodas en las mujeres porque no forman parte de su rol social. Por otro lado, estas emociones y conductas podrían ser funcionales en las condiciones de subordinación de las mujeres en la sociedad. Nash y Chrisler (1995).

Desde esta perspectiva, se aboga por dar voz a las mujeres como sujetos activos del proceso salud-enfermedad. En este sentido, resulta fundamental hablar de malestar, como dimensión experiencial, resultado de múltiples condiciones sociales. Así, la narrativa testimonial permite conocer la angustia, la tensión y experiencias corporales “intraducibles”, como ese “malestar que no tienen nombre” descrito por Betty Friedan en “La mística de la feminidad” (1963), que da lugar a reivindicar lo personal como político.

## 4. EL SÍNDROME PREMENSTRUAL

La categorización y teorización que se hace desde el ámbito científico y en concreto desde la medicina sobre el malestar de las mujeres da lugar a la creación del “síndrome premenstrual”.

### 4.1 DESCRIPCIÓN

El síndrome premenstrual es difícil de delimitar. Tal como reconoce la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) se identifican varios problemas. El más evidente, es que no existe una definición universal y reconocida, ya que se trata de un término general, que incluye casi 200 síntomas.

Existe un acuerdo en cuanto a la limitación temporal de la aparición de los síntomas (en la fase lútea) y en que son recurrente (aparecen con cada ciclo), pero no se ha precisado cuantos días antes de la menstruación y cuándo desaparecen. Diversos estudios apuntan que los síntomas pueden aparecer hasta dos semanas antes y remitir transcurridos dos o tres días de la menstruación; por tanto, apoyan el término “perimenstrual”, que define la temporalidad con más precisión.

Otra limitación terminológica está relacionada con el concepto “síndrome”, que describe un conjunto de síntomas de origen común que se manifiestan de forma simultánea. Sin embargo, aunque se desconoce la etiología del síndrome premenstrual, la evidencia actual apunta que es multifactorial, por tanto no se estaría usando el término de forma correcta (García Porta, 2006).

La variabilidad en la cantidad y la intensidad de los síntomas supone otra dificultad para delimitar el síndrome premenstrual. Los síntomas más frecuentes según la evidencia actual son: dolor generalizado, tensión mamaria, abdominal o pélvica, retención de líquidos, cambios en el apetito, y síntomas psicológicos como dificultad para concentrarse, alteraciones del sueño, agresividad, irritabilidad, depresión y ansiedad. (Ryu & Kim, 2015)

Además, se han utilizado diversos instrumentos para su identificación, como el *Menstrual Distress Questionnaire* (MDQ), el *Premenstrual Assessment Form* (PAF) o el

*Calendar Premenstrual Experiences (COPE)*. Lo cual dificulta la comparación de resultados en la investigación.

Tal como señala la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), es destacable que tras más de setenta años de investigación no exista un consenso en cuanto a su definición, epidemiología, etiopatogenia, clínica, diagnóstico y tratamiento (SEGO, 2018).

En cuanto a la prevalencia, los estudios internacionales indican que, entre 75%-95% de mujeres manifiestan síntomas premenstruales aislados, un 25%-10% cumplen las condiciones de síndrome premenstrual y, entre 2-8%, presentan su forma más severa, el Trastorno disfórico premenstrual. Además, demuestran que esta sintomatología es motivo de absentismo escolar y laboral y disminuye la productividad y la calidad de vida (Dean & Borenstein, 2004; Perez-Lopez et al., 2009; Qiao et al., 2012; Ryu & Kim, 2015; Steiner et al., 2011; Takeda et al., 2010; Victor et al., 2019; Weisz & Knaapen, 2009).

En España, los estudios más actuales en cuanto a prevalencia de la sintomatología premenstrual, muestran que el 73,3% mujeres entre 18 y 49 años padecen síntomas premenstruales, 8,9% presenta síndrome premenstrual y al menos 2,5% padecen TDPM. Además, estos estudios indagan sobre la atención sanitaria, señalan que la respuesta habitual (60%) es la indicación de tratamiento farmacológico (píldoras anti-conceptivas, analgésicos y antiinflamatorios). En otras ocasiones (20%), la respuesta es que los síntomas no son importantes o remitirán solos. En algunos casos (12%), se proponen cambios en el estilo de vida.

En definitiva, se puede describir el síndrome premenstrual como un conjunto de síntomas, físicos, psicoemocionales y conductuales, que limitan la actividad vital de un gran número de mujeres. Son síntomas recurrentes, que se presentan en la fase lútea del ciclo y desaparecen poco después de la menstruación, no habiendo otra causa que los justifique.

#### 4.2 MODELOS EXPLICATIVOS

Las explicaciones sobre la etiología de los síntomas premenstruales se pueden clasificar en cuatro modelos: biológico, psicológico, sociocultural y crítico-feminista. Cada

modelo, en función de las causas atribuidas a los síntomas propone diferentes abordajes y tratamientos.

#### 4.2.1 Modelo biológico

El modelo biológico atribuye los síntomas a un desequilibrio en las secreciones hormonales, a mecanismos intermedios y/o a anomalías en las estructuras fisiológicas que intervienen en el funcionamiento normal del ciclo menstrual.

La investigación científica sobre los síntomas premenstruales se inicia con el trabajo de Robert Frank (1931) que atribuye la causa a un exceso o defecto en las secreciones hormonales implicadas en el ciclo menstrual, por tanto, el tratamiento se dirige a restaurar el equilibrio hormonal. En la misma línea, Dalton (1953) propone como tratamiento la indicación de progesterona.

En los años 80 las múltiples investigaciones desarrolladas modificaron el modelo original que relacionaba directamente los síntomas con el desequilibrio hormonal e incluyeron pasos intermedios o “mecanismos vinculantes” para explicarlos como: opioides endógenos, factores periféricos, la prostaglandina, los mineralcorticoides, las catecolaminas o los ritmos circadianos (Abplanalp, 1983; Reid & Yen, 1981).

Desde los años 90 la investigación se ha centrado en identificar diferentes mecanismos para los síntomas físicos, psicoemocionales y conductuales. Por ejemplo, el “Modelo Sistemático de Síntomas Premenstruales” de Bancroft y Backstrom (1995) establece una relación directa entre las hormonas y algunos síntomas periféricos como hinchazón, pero una relación indirecta con los cambios de humor.

Los tratamientos que desde este modelo se proponen son aquellos que modifican los niveles hormonales, como la indicación de gonadotropinas o combinaciones de estrógenos y progesterona, o que influyen en los “mecanismos vinculantes” como el uso de fármacos antidepresivos de tercera generación (ISRS), ansiolíticos, tratamiento dietético, vitamina D o cualquier otra sustancia que modifique los procesos internos del organismo. También se ha propuesta la indicación de anticonceptivos orales (ACO), que al impedir la ovulación y los cambios hormonales normales deberían ser efectivos para paliar los síntomas, pero no ha sido así, incluso pueden provocar síntomas similares como retención de líquidos e irritabilidad (Rapkin, 2003).



En las últimas décadas, las investigaciones sobre los efectos de la exposición a sustancias químicas, como disruptores endocrinos, ofrece algunas respuestas y abre muchas vías de investigación sobre las alteraciones del ciclo menstrual en general y los síntomas premenstruales en particular. Investigaciones recientes ponen de manifiesto que sustancias presentes en los productos de uso cotidiano y que son capaces de alterar el equilibrio hormonal causan graves daños a la salud. Estos efectos son más llamativos en el ciclo menstrual de las mujeres, provocan metrorragias (sangrado abundante), dolor y diversos síntomas. Estas sustancias han sido identificadas en la sangre menstrual, por lo que puede considerarse la menstruación un facilitador para su eliminación (Jiménez-Díaz et al., 2016; Valls-Llobet, 2018).

#### 4.2.2 Modelo Psicológico

El modelo psicológico basa sus explicaciones en factores psicosomáticos, características de la personalidad y / o altos niveles de estrés.

La investigación psicológica sobre el origen de los síntomas premenstruales, comenzó en los años 50 desde las teorías psicodinámicas y avanzó hacia postulados cognitivistas más adelante. Ambas ponen el foco en la psicología de las mujeres.

La autora pionera de este modelo explicativo es Karen Horney, cuyas publicaciones son contemporáneas a las de Dalton, pero menos reconocidas. Esta autora propone un mediador psicodinámico entre las hormonas y los síntomas, de tal modo que los cambios hormonales antes de la menstruación suscitan, en el inconsciente, conflictos por el deseo maternal que provocan alteraciones de carácter conductual y emocional (Horney, 1965).

Otras autoras de la época se centran en el estudio del conflicto con los roles femeninos o la negación de la feminidad (Levitt, E. y Lubin, B. 1967). También se han propuesto las características de personalidad como factor etiológico, identificando los síntomas en mujeres con rasgos de histeria. (Coppin, A. y Kessel, N. 1963).

Posteriormente, con el impulso de la psicología cognitiva, las investigaciones se centraron en el papel del estrés, demostrando los altos niveles en mujeres con graves síntomas premenstruales (Woods, N. 1983). Esta perspectiva se basa en la investigación clásica de las emociones (Schachter S. y Singer, J. 1962) y mantiene que los

cambios hormonales están relacionados con los cambios en el *Arousal*, concepto hipotético que mide el grado de activación fisiológica y psicológica de un cuerpo (ref: Ronco (1980)). Así, los cambios en el *Arousal* (nivel de activación cerebral) están asociados con experiencias emocionales subjetivas. El *Arousal* en sí es neutro, pero encuentra la etiqueta de infelicidad, enfado o irritabilidad dependiendo de las atribuciones hechas por quienes lo experimentan.

El tipo de tratamiento que se propone desde este enfoque conlleva tanto terapias psicológicas de tipo cognitivo como técnicas de afrontamiento del estrés.

#### 4.2.3 Modelo Sociocultural

Las creencias negativas sobre la menstruación en las diversas culturas hacen desarrollar expectativas negativas sobre la fase premenstrual. Las diferencias interindividuales se explican por la consistencia de las expectativas negativas ante la menstruación y las actitudes de feminidad, que se construyen durante la socialización.

42

Este modelo difiere de los anteriores en que el origen de la sintomatología está en factores externos (Chaturvedi & Chandra, 1991). El foco de la intervención prioritario sería la cultura y la sociedad que construyen las expectativas negativas sobre la menstruación, pero al ser un objetivo complejo y a largo plazo, se proponen técnicas de reestructuración cognitiva que permiten a las mujeres modificar ideas sobre este aspecto (Christensen & Oei, 1995).

#### 4.2.4 Modelo Crítico-Feminista

Este modelo sostiene que las etiquetas de las experiencias premenstruales, como “síntomas”, “síndrome”, no describen una realidad, sino que medicalizan los comportamientos de las mujeres que culturalmente no corresponden al rol femenino, como la ira, la irritabilidad o la agresividad; y, por tanto, son intolerables en una sociedad patriarcal.

Según este modelo, las mujeres han interiorizado dos mandatos: que están biológicamente destinadas al ámbito doméstico y a la maternidad, y que si no cumplen estas funciones, es por un fallo en su biología. Las mujeres que han interiorizado estas

creencias acerca de la feminidad y la patología, culparán a su biología de los sentimientos de insatisfacción y buscarán ayuda médica para su tratamiento.

Los síntomas premenstruales, especialmente de tipo conductual, podrían ser una respuesta racional a una determinada situación. La agresividad, por ejemplo, como manifestación de los conflictos por la situación de subordinación y discriminación de las mujeres en la sociedad patriarcal. Sin embargo, esa conducta no cabe dentro del estereotipo femenino y es sancionada, patologizada y medicalizada, porque amenaza el estatu quo de la sociedad tradicional. Showalter, E. (1987), Ussher, J. (1991), y Rodin, M. (1992)

Así, el síndrome premenstrual no sería una enfermedad de base biológica, pero sí un fenómeno misógino y culturalmente definido. Por tanto, este modelo invalida los postulados biomédicos y psicológicos por dos motivos. El primero porque legitima el fenómeno como entidad clínica aplicando métodos de investigación y tratamientos, como una enfermedad. Y, en segundo lugar, porque provoca en las mujeres la reproducción de la descripción médica del síndrome premenstrual (Jonson, 1987; Rodin, 1992). Propone, por tanto, desenmascarar el proceso medicalizador en torno a los síntomas premenstruales desde una perspectiva histórica y social (Chrisler & Caplan, 2002).

En la actualidad, el síndrome premenstrual es considerado un síndrome somático funcional, (Nimnuan et al., 2001), para los que el modelo biologicista de la salud no ofrece respuestas claras, ya que ignora la multicausalidad de los síntomas. La investigación feminista indica que existen factores que predisponen a las mujeres a presentar estos síntomas y que están relacionados con la opresión de las mujeres y la dominación social y familiar (Velasco et al., 2006).

## 5. LOS PROCESOS DE MEDICALIZACIÓN

Se entiende como medicalización al proceso por el cual fenómenos de la vida de las personas han sido redefinidos por el ámbito médico. De este modo, ciertas situaciones se describen y entienden en términos médicos y se ofrecen medicamentos o intervenciones para tratarlas. Se pueden destacar, entre otros fenómenos medicalizados: la vejez, la soledad, la infelicidad, las fases normales del ciclo vital de las mujeres

y sus funciones corporales, como el parto y el ciclo menstrual (Márquez & Meneu, 2003; Orueta-Sánchez et al., 2011).

Los inicios de la medicalización se establecen con la obra *Knock o el triunfo de la medicina* (1923) del francés Jules Romains; novela en la que se narra como un médico, recién llegado a una zona rural para desarrollar su profesión, comienza a identificar como síntomas de enfermedad algunos aspectos físicos o conductas de la población, haciéndoles creer que necesitan su atención y tratamientos. Parte de la idea de que “toda persona sana es una persona enferma que ignora que lo es” (Romain, 1957). Muchos autores/as han criticado estos procesos. El más reconocido Ivan Illich que, en su obra “Némesis médica”, afirma que la medicina institucionalizada amenaza la salud debido a la iatrogenia clínica, social y estructural.

44

Los procesos de medicalización tienen relación con la construcción social de la enfermedad. Condiciones sociales como la transformación tecno-científica, la relación entre médico/a-paciente y la visión de la salud como bien de consumo han facilitado el desarrollo de estos procesos. En la literatura se identifican agentes implicados, prácticas y procedimientos, así como consecuencias de la medicalización de la vida (Márquez & Meneu, 2003; (J. Clark, 2014; Orueta-Sánchez et al., 2011).

Entre los agentes o protagonistas de estos procesos, destacan las empresas médico farmacéuticas y su esfuerzo por ampliar su mercado, para lo que es clave la promoción de nuevas enfermedades, denominada *disease mongering*. No obstante, la construcción de nuevas enfermedades resulta fundamental contar con evidencia científica al respecto. La industria financia grupos de investigación, de instituciones y sociedades profesionales que, como líderes de opinión, publican sus artículos en revistas científicas de alto impacto. Una vez implicado el personal investigador y experto, es necesario contar con profesionales de medicina.

El papel de profesionales e instituciones médicas es otro de los protagonistas de la medicalización, porque prescriben los tratamientos y dan respuesta a las demandas de la población, hacen que las categorías de enfermedad sean reales.

La demanda de la población está basada en la percepción sobre la propia salud, la creencia de que la medicina tiene el remedio para todo y la cultura del consumo, todo

ello fomentado desde diversos sectores, especialmente, los medios de comunicación. Estas creencias y expectativas se conforman con la información sobre salud que transmiten los medios de comunicación; por tanto, la población y los medios de comunicación también son agentes que participan en los procesos de medicalización. (Márquez & Meneu, 2003).

En cuanto a las prácticas y procedimientos de la medicalización, ésta comienza cuando el sector sanitario y sus profesionales aceptan el problema y quieren darle respuesta, aunque se crean límites difusos entre la enfermedad y la no enfermedad. Se reduce la multicausalidad de los síntomas, asumiendo una etiología exclusivamente biológica y obviando la influencia psicosocial. Así, la investigación es principalmente farmacológica. Además, los procesos de medicalización también se dan cuando se hace prevención con fármacos o no se da suficiente información para tomar decisiones sobre el propio cuerpo. (Kaczmarek, 2019).

Estos procesos determinan la atención, el rol profesional y los modelos asistenciales. En última instancia, transforma a personas sanas en enfermas, genera daños iatrogénicos y pérdida de eficiencia de recursos sanitarios. En definitiva, la medicalización es perjudicial y costosa para las personas y las sociedades (J. Clark, 2014; Orueta-Sánchez et al., 2011).

En el caso de la salud de las mujeres, el carácter androcéntrico y patriarcal de la sociedad y, por tanto, de la ciencia médica ha hecho que: por un lado, no se haya tenido en cuenta la especificidad del cuerpo de las mujeres ni sus necesidades; y, por otro lado, que sus diferencias hayan sido la justificación de su subordinación. Así, pues, los procesos naturales, propios de las mujeres son susceptibles de ser medicalizados.

Ejemplos documentados de medicalización en las mujeres son el parto y la menopausia. En el primer caso, el cambio de los significados sociales y médicos sobre la mujer gestante, la construcción del saber y la práctica médica durante el s.XX posibilitaron la instrumentalización, hospitalización y medicalización del parto normal (Sala, 2020).

En relación a la menopausia, un caso paradigmático es el del uso de la terapia hormonal de sustitución (THS) durante los años 80 y 90, con la indicación masiva de hormonas como forma de mantener a las mujeres “jóvenes y sanas”. Esta terapia generó

gran controversia entre quienes la apoyaban por sus beneficios preventivos y las críticas por su medicalización. En 2002, el estudio de la Women Health Initiative (WHI), identificó altas incidencias de cáncer y accidentes cardiovasculares en las mujeres que tomaban THS, a pesar del cuestionamiento científico, la THS siguió siendo promovida entre la población (Ruiz Cantero, 2009; Ruiz & Bermejo, 2004).

En cuanto a la experiencia premenstrual, varios trabajos apuntan a que el síndrome premenstrual y la creación de la categoría diagnóstica “Trastorno disfórico premenstrual” son procesos de medicalización del malestar de las mujeres.

La socióloga Sophie Laws, mantuvo desde los años 90 una crítica enfocada al análisis de los beneficios de describir las experiencias premenstruales como enfermedad. Concluye que se beneficia la industria farmacéutica por la apertura de un nuevo mercado, el de las mujeres con malestar premenstrual, y el orden social patriarcal, porque define a las mujeres como inestables, dominadas por su naturaleza cíclica, y poco fiables para actividades más allá de su rol femenino. De este modo, los problemas de las mujeres son ubicados en sus propios cuerpos y no en el exterior, en las relaciones sociales de poder (García Porta, 2006; Laws, 1990b).

46

Algunos estudios también ponen de relieve la trascendencia de la inclusión de los síntomas premenstruales como categoría diagnóstica en DSM, ya que es la puerta de entrada a la psicopatologización o psiquiatrización del malestar de las mujeres asociado a su ciclo menstrual. La oposición a esta inclusión apareció a finales del s.XX y su fuerza se fue diluyendo a medida que el proceso avanzaba para considerar el “Trastorno disfórico premenstrual” como una enfermedad mental. La psicóloga Paula Caplan fue una de las autoridades académicas que con mayor tesón ejercía este posicionamiento. En 2014, ya aprobado el DSM 5 y con este trastorno incluido, reconocía que en los últimos años había estado menos activa debido a su agotamiento existencial por la larga batalla contra las personas poderosas que desarrollan el DSM.

Varias autoras han visibilizado la estrategia comercial de la industria farmacéutica, que necesitó crear una enfermedad, diferente a la depresión, para seguir comercializando la Fluoxetina, y así la FDA autorizó el fármaco Sarafem indicado para el

“Trastorno disfórico premenstrual” (Caplan, 2004; Chrisler & Caplan, 2002; Houppert, 2000; Moynihan & Cassels, 2006).

Otra de las estrategias de la industria farmacéutica, que presenta como una forma de tratar la sintomatología premenstrual, es la supresión de la menstruación, prueba evidente de la escasa valoración y la estigmatización de este proceso fisiológico.

## 6. LA SUPRESIÓN DE LA MENSTRUACIÓN

La supresión de la menstruación se propone como solución a problemas relacionados con el ciclo como el síndrome premenstrual, la endometriosis, la dismenorrea, la menorragia, y también para otros, como la epilepsia, el dolor pélvico crónico, el acné o las migrañas. Además, se presenta como una posibilidad para que las mujeres controlen su propio cuerpo y así organizar sus actividades (Coutinho, 1999; Jacobson et al., 2012).

La supresión de la menstruación ha sido definida como el uso continuo de métodos hormonales para evitar la menstruación o alterar su frecuencia. Esta función es la que hacen los métodos anticonceptivos orales, desde su comercialización en los años 70. De hecho, el conocimiento del ciclo menstrual desde el ámbito científico, iniciado en el s.XX tenía ese propósito, el control del ciclo, más que su conocimiento en condiciones normales, no patológicas.

El uso prolongado de anticonceptivos posibilita la supresión de varios ciclos menstruales y su uso fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) en 2003, reduciendo a cuatro el número de sangrados anuales. En 2007, la FDA aprueba un anticonceptivo que permite la supresión total del ciclo durante el tiempo que se tomen los comprimidos. En nuestro país, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) aprobó un anticonceptivo para la supresión de la menstruación en 2016.

El acceso a estos fármacos supone un cambio en cuanto a las creencias y actitudes sobre el ciclo menstrual, ya que se considera superfluo, incluso dañino para la salud de las mujeres. El trabajo de Coutinho sostiene que, desde el punto de vista médico, la menstruación no tiene efectos beneficiosos para nadie y es perjudicial para la salud

de las mujeres. Afirma que la menstruación está obsoleta y no es útil para la mujer contemporánea (Coutinho, 1999).

Esta posición se pone en entredicho debido a los posibles intereses de algunos profesionales alineados con la industria farmacéutica. Por el contrario, se considera relevante la influencia de la representación social de la menstruación y los roles de género en las actitudes de las mujeres hacia su propio cuerpo y hacia la menstruación y en su deseo de suprimirla (Marván et al., 2014).

La investigación sobre el ciclo menstrual y su relación con el cuerpo, el ambiente y las condiciones de vida se ha empezado a desarrollar recientemente.

La influencia del ciclo menstrual sobre el cuerpo de las mujeres es de largo alcance, afecta a todos los sistemas metabólicos desde el metabolismo de los lípidos, prótidos y glúcidos hasta las células de la córnea. Es decir, el ciclo menstrual tiene efectos sobre diferentes sistemas como la función digestiva, la capacidad pulmonar o la excretora renal. El trabajo de Prior demuestra que las anovulaciones (ausencia de ovulación) disminuyen la masa ósea en un año. También pueden aparecer quistes en las mamas o miomas uterinos a partir de los 40 años. (Valls-Llobet, 2006)

Además, sabemos los efectos negativos del estrés y su relación con las anemias y ferropenias y la presencia de sustancias químicas con actividad disruptiva (benzofenonas y parabenos) en la sangre menstrual. (Jiménez-Díaz et al., 2016; Valls-Llobet, 2018)

Así pues, lejos de considerarse superfluo y más allá de su función reproductiva, el ciclo menstrual puede ser un potente indicador de salud, no solo de la salud física de las mujeres, también de su salud psicoemocional y la salud del ambiente. Por ello, resulta fundamental reflexionar si antes de suprimir lo que ya existe, sería conveniente entenderlo, porque, de otro modo, una intervención agresiva sin conocer las consecuencias puede causar más daños que beneficios. (Valls-Llobet, 2006).

En España, el estudio de Martínez San Andrés concluye que la menstruación tiene un importante impacto en la vida de las mujeres debido a la presencia de síntomas asociados, especialmente de tipo físico y no por el sangrado en sí. Por ello, más de la mitad de las mujeres estarían dispuestas a suprimir su menstruación (Martínez San Andrés et al., 2018).



## 7. DISCURSOS EN TORNO A LA MENSTRUACIÓN

En este estudio se abordan los discursos en torno al ciclo menstrual. El discurso es una perspectiva de aproximación a la realidad social, que se expresa en argumentos verbales y coherentes y que emerge de las condiciones concretas de interacción social. Como expresa Fernando Conde, los elementos que constituyen el discurso, son pronunciados con intencionalidad, para inducir cierta acción social (Conde Gutiérrez del Álamo, 2009).

Según el enfoque feminista, el interés del discurso predominante sobre la menstruación estriba en hacer de un proceso biológico y normal en las mujeres, una causa que justifica su inferioridad para mantener los roles de género asignados por el orden social patriarcal (Laws, 1990).

En la última década se ha desarrollado la agenda relativa a *Menstrual Hygiene Management* / Manejo de la Higiene menstrual (MHM), con la intención de acabar con el tabú menstrual y mejorar las condiciones de vida de las mujeres. Desde esta perspectiva se desarrolla un gran número de investigaciones a nivel internacional (Chandra-Mouli & Patel, 2017; Critchley et al., 2020; Hennegan et al., 2019).

El término MHM proviene de *Water, Sanitation & Hygiene* / Agua, saneamiento e higiene (WASH) cuyo objetivo es lograr que el agua y el saneamiento sean equitativos y accesibles para todas las personas, especialmente para mujeres y niños/as. La ONU determina que es un tema clave en salud pública en el marco del desarrollo internacional, y que es una cuestión central como se establece en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 6 (ODS 6).

En la actualidad se ha desarrollan numerosos programas de MHM en países de medios y bajos ingresos auspiciados por agencias internacionales. Estos programas pretenden acabar con el tabú menstrual: la vergüenza, el silencio, el miedo y la humillación que supone el estigma de la menstruación. Desde el marco de los derechos humanos, se busca garantizar la igualdad de las mujeres y niñas, para que puedan alcanzar su máximo potencial sin tener que faltar a la escuela, o al trabajo, por no contar con conocimientos o productos menstruales adecuados o condiciones óptimas de salubridad e intimidad para su manejo. Por tanto, el MHM resulta fundamental para

acabar con las limitaciones de mujeres y niñas y promover su participación en la sociedad (Hennegan et al., 2019b; Winkler & Roaf, 2015).

Así pues, el MHM ha sido reconocido como un tema importante por su impacto en la calidad de vida, la salud, la economía, la educación y la igualdad de las mujeres (UNICEF, 2020; Sommer et al., 2015).

Sin embargo, cabe señalar que la denominación de “higiene” no parece muy acertada si el objetivo es desmitificar la menstruación como algo sucio o tóxico. El término más reciente “Menstrual Health and Hygiene” / “Salud e Higiene menstrual” (MHH) no mejoran este aspecto. Además, la solución que se plantea a través de los productos menstruales, como tecnologías de control corporal, no desafía la construcción social de la menstruación, como algo sucio y que necesita ocultarse, al contrario, se asocia con la necesidad de higienizar el cuerpo de las mujeres rurales pobres para que sean capaces de realizar incesante y normalmente sus tareas productivas y reproductivas. Se trata de separar el cuerpo de su supuesto desperdicio, la menstruación; por tanto, se adapta, más que resiste, al problema central del estigma menstrual (Lahiri-Dutt, 2014; Sommer et al., 2015).

50

Además, el feminismo ha demostrado que la barrera en el acceso a la educación, al trabajo y en general, a los espacios públicos y de poder, va más allá del acceso a los productos menstruales y a condiciones higiénicas, es una cuestión estructural, donde el patriarcado se excusa en las características biológicas de las mujeres para impedir la igualdad entre los sexos.

Por otro lado, las guías informativas de MHM dirigidas a población general y niñas en particular, hacen referencia al malestar asociado al ciclo menstrual, en concreto al síndrome premenstrual: “es algo que les sucede a algunas niñas y mujeres unos días antes de comenzar su periodo. Esto es porque suelen ser más sensibles a las hormonas que se liberan antes del periodo. Algunas niñas se sienten tristes se enojan más fácil que en otros días. Puedes también tener dolores en el abdomen, la espalda, diarrea, dolor de cabeza o cansancio. A veces los senos se sientan inflamados y sensibles. Todo esto es normal y no debe preocuparte” (UNICEF, 2020) y entre otras cosas, se recomienda “tomar una pastilla cada 4-6 horas en los días más dolorosos”. De esta

forma, lo que parece un avance en la igualdad de derechos de las mujeres en los países pobres, supone un control sobre el cuerpo, la normalización del malestar y su medicalización.

En el contexto español, el trabajo de Botello Hermosa muestra como las connotaciones de suciedad e impureza de la menstruación y la asociación a una debilidad de las mujeres siguen presentes. Estas creencias negativas implican limitaciones y señala que la información sobre las vivencias de las mujeres escasean en nuestro contexto (Botello Hermosa, 2020).

La tesis doctoral de Victoria Sau *Comportamiento psicológico de la mujer en relación con el ciclo menstrual y uno de sus más frecuentes malestares: el síndrome premenstrual*, indica que el desconocimiento de las mujeres respecto a su propio cuerpo no parece casual, sino inducido culturalmente para una mejor instrumentalización de sus funciones sexo-reproductivas; y que este control externo, junto con las contradicciones y ambivalencias internas, contribuyen a generar estrés emocional. El estrés emocional estaría implicado en la aparición de algunas disfunciones del ciclo, especialmente, el síndrome premenstrual (Sau, 1989).

Efectivamente, estudios más recientes corroboran que el papel del estrés en los trastornos de la menstruación es clave, y puede producir anemias a corto plazo, quistes en las mamas o síntomas premenstruales a medio plazo, incluso miomas uterinos. Pero, además, existe una respuesta fisiológica diferente entre mujeres y hombres ante la misma situación. Los niveles de hormonas relacionadas con el estrés (epinefrina, norepinefrina y cortisol), son mucho mayores entre mujeres que llegan al hospital con un hijo enfermo respecto a los niveles que presentan los varones. De manera inversa, los varones presentan mayores niveles en situaciones laborales o al realizar un exámen en la escuela superior (Valls Llobet Marta Banqué Mercè Fuentes Julia Ojuel, 2008). Por tanto, parece conveniente adoptar una perspectiva biopsicosocial en la comprensión del malestar premenstrual y tener en cuenta el contexto social, ideológico y emocional en la atribución de significados al ciclo menstrual (Mondragon & Txertudi, 2019).

En definitiva, parece razonable pensar que el estigma de la menstruación, que pesa sobre el cuerpo de las mujeres desde los albores de la historia de la humanidad, está

relacionado con el malestar, repercute en la salud y es un eje de desigualdad, ya que las connotaciones negativas sobre el cuerpo de las mujeres influyen en su autoconcepto y autoestima, formentan la autoobjetivación y dificultan el empoderamiento.

Además del género, como eje que estructura las desigualdades sociales en salud, la disponibilidad y accesibilidad a la atención sanitaria son claves. La atención sanitaria se basa en criterios sobre la evidencia más actual en salud, por eso, resulta pertinente la revisión de la categoría diagnóstica “Trastorno disfórico premenstrual”, que, como resume John Sadler, merece la pena reconsiderar por su escaso soporte científico, las consecuencias socio-legales directas sobre las mujeres, las consecuencia políticas y económicas, el sesgo de género en su definición y su trasfondo ideológico sexista (Sadler, 2005).

Es por todo ello, que en esta tesis doctoral se aborda la relación entre la representación social de la menstruación, la vivencia del ciclo y la medicalización de la fase premenstrual.

52

Respecto a la representación social de la menstruación, nos planteamos: *¿cómo perciben las mujeres la menstruación a nivel social?, ¿cuáles son sus creencias? y ¿cómo se relacionan las creencias con la vivencia del ciclo?*

En cuanto a la vivencia del ciclo menstrual, resulta relevante indagar en torno a dos situaciones clave por su potencialidad en generar el estrés emocional relacionado con los síntomas premenstruales, éstas son: la menarquía y el malestar premenstrual. Así, nos preguntamos: *¿qué saben las mujeres sobre el ciclo menstrual antes de su menarquía?, ¿cómo es su vivencia?, ¿cómo repercute el malestar en su vida? y ¿qué hacen para sobrellevarlo?*

Por último, sobre la medicalización de la fase premenstrual: *¿cómo es la respuesta sanitaria en la atención al malestar?, ¿estarían las mujeres dispuestas a suprimir su menstruación para eliminarlo?, ¿qué cuestiones las llevarían a tomar (o no) esa decisión?, ¿consideran que el “síndrome premenstrual” es una enfermedad?, ¿qué papel cumple el diagnóstico “Trastorno disfórico premenstrual”?* Y, para finalizar, *¿cuáles son sus*

*propuestas o demandas para mejorar el abordaje de sus síntomas?, en definitiva, para mejorar su calidad de vida.*

En un intento de responder a estas y otras preguntas se plantea la realización de este estudio que aborda estas cuestiones teniendo en cuenta la interrelación de las dimensiones del ciclo menstrual (biológica, psicosocial y cultural) desde la perspectiva de género. De un lado, se investiga el discurso de las mujeres, para conocer sus creencias, vivencias y experiencias con el ciclo menstrual, en general, y con el malestar premenstrual en particular. Además, se indaga sobre cómo el discurso científico ha construido la categoría diagnóstica “Trastorno disfórico premenstrual”, y cómo ambos discursos operan en el momento actual. Se trata de arrojar luz sobre aspectos clave en la salud de las mujeres y evitar su medicalización, de ahí la pertinencia de este estudio.



# Objetivos

*A continuación se exponen el objetivo general y los objetivos específicos de este estudio.*





## 1. OBJETIVO GENERAL

El objetivo de este estudio es conocer y comparar los discursos sobre el ciclo menstrual, especialmente en lo que se refiere al malestar premenstrual y su proceso de medicalización.

## 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos son los siguientes:

- ∞ Indagar sobre la representación social de la menstruación que perciben las mujeres.
- ∞ Conocer la vivencia y creencias sobre el ciclo menstrual.
- ∞ Identificar las experiencias de las mujeres y sus estrategias para afrontar el malestar premenstrual.
- ∞ Comprender qué es para las mujeres el síndrome premenstrual y sondear su opinión sobre la supresión de la menstruación como tratamiento.
- ∞ Analizar la producción científica sobre la categoría diagnóstica “trastorno disfórico premenstrual”.
- ∞ Realizar propuestas en base a la percepción de las mujeres y de profesionales de la salud y científicas para el abordaje de la sintomatología premenstrual.

Para llegar a la consecución de estos objetivos se realiza un proceso metodológico en dos partes, como se expone a continuación.



# Metodología

*El proceso metodológico de este estudio se divide en dos partes. La primera aborda el discurso de las mujeres, por ello, se ha desarrollado una metodología cualitativa en base a entrevistas en profundidad. La segunda parte aborda el discurso científico, mediante el desarrollo de una scoping review (revisión panorámica o estudio de alcance). Se utiliza el término en inglés, ya que no existe un consenso en su traducción al español.*



## 1. PARA CONOCER EL DISCURSO DE LAS MUJERES

El acercamiento y posterior análisis del discurso de las mujeres se realizó con metodología cualitativa y, en concreto, mediante la técnica de entrevistas en profundidad.

En este apartado se describen tanto los posicionamientos de partida como el diseño de este estudio. En primer lugar, se enmarca en la metodología feminista y cualitativa con el marco teórico del construccionismo y el interaccionismo simbólico. Posteriormente, se describen las tres fases del proceso metodológico: selección de participantes, técnica de recogida de información y tipo de análisis planteado. Finalmente, se abordan los aspectos éticos de la investigación.

### 1.1 POSICIONAMIENTOS DE PARTIDA

#### 1.1.1 La metodología feminista

La metodología es un aspecto fundamental de la investigación ya que plantea cual es **el mejor camino para dar respuesta a los objetivos planteados.**

La inclusión de los principios feministas dentro de la comunidad científica, que comenzó en los años 70 del s.XX, supuso una auténtica revolución, principalmente, por su cuestionamiento del marco positivista y la universalidad de la ciencia, cambiando los parámetros que definen los procesos de producción de conocimiento.

En cuanto a la debatida cuestión de si existe un método feminista o no, el planteamiento de Sandra Harding sobre la **epistemología feminista cuestiona y amplía las formas de hacer ciencia con una preocupación ética y política**, ya que no existe el conocimiento objetivo y neutral, sino situado y posicionado. Así, se ponen de relieve las particularidades, los micro-contextos y las experiencias sociales y personales. Las metodologías feministas tienen en común el modo de comprender la relación entre sujeto y objeto de estudio, un tono político y reflexivo-crítico (Harding, 1987). Por su parte, Dona Haraway propone especificar, como cuestión ética, desde qué punto de vista se aborda la investigación científica, ya que toda mirada está limitada y es localizada, también la de las mujeres. Por tanto, dada su visión parcial de la realidad, es indispensable reconocer su lugar (físico, epistémico y simbólico) porque esto influye en el conocimiento que se produce (Haraway, 1995).

En nuestro contexto perdura una cierta confusión entre utilizar metodología feminista, asumir una perspectiva de género e investigar sobre mujeres o sobre temas tradicionalmente asociados a lo femenino (Martínez et al., 2014). No obstante, la investigación feminista se caracteriza no solo porque habla de mujeres, sino también, porque busca un cambio hacia la justicia social y está comprometida con la innovación metodológica, lanzando desafíos a las formas convencionales de recopilación, análisis y presentación de resultados. **Las características de las metodologías feministas son anti-esencialistas, no-universales, localizadas y críticas, y dan cuenta de los aspectos teóricos, políticos y éticos que las caracterizan** (Doucet & Mauthner, 2008).

En nuestro contexto, ha investigado y teorizado sobre este tema, entre otras, María del Mar García Calvente, María Luisa Jiménez Rodrigo y Emilia Martínez Morante, quienes señalan que los **rasgos centrales de la metodología feminista** son los siguientes (García-Calvente et al., 2010):

- ∞ Enfoque comparativo para identificar desigualdades de género.
- ∞ Centralidad del género como categoría de análisis.
- ∞ Reconocimiento de la complejidad (interseccionalidad).
- ∞ Valor de la intersubjetividad y reflexividad en el proceso de investigación.
- ∞ Atención a grupos vulnerables y desfavorecidos.
- ∞ Valor de la metodología cualitativa.
- ∞ Apuesta por la participación de agentes involucrados.
- ∞ Orientación hacia el cambios social.
- ∞ Orientación hacia la transformación del conocimiento.

Por tanto, esta investigación, analiza desde el enfoque de género un aspecto esencial en la vida y la salud de las mujeres como es el ciclo menstrual y su malestar asociado, con perspectiva crítica y orientada al cambio social, por tanto, feminista.

### 1.1.2 La investigación cualitativa y el enfoque fenomenológico

El propósito de la investigación cualitativa es **describir la realidad tal y como la experimentan sus protagonistas** (Carrera, 2014). Por tanto, se consideró adecuado adoptar este tipo de metodología para conocer las representaciones y vivencias de la menstruación, así como para indagar en la experiencia con el malestar y las creencias sobre el síndrome premenstrual. Se trata de indagar en aspectos muy personales, por lo que, dentro de la metodología cualitativa se eligió el enfoque fenomenológico.

El diseño fenomenológico es una expresión directa de la filosofía fenomenológica de Husserl que parte del marco de referencia interno de la persona. **Este marco es el mundo subjetivo, conformado por experiencias, percepciones y recuerdos al que se tiene acceso en un momento dado.** Así pues, la fenomenología, tal como plantea Rogers (1959) “es la investigación sistemática de la subjetividad” y busca conocer los significados que se da individualmente a la experiencia y aprehender el proceso de interpretación por el que las personas definen su mundo y actúan en consecuencia (Bobenrieth Astete, 2012; González Rey, 2013). Desde este enfoque, y aplicado a esta investigación, conocer los significados atribuidos a la menstruación y a la vivencia del malestar e indagar cómo se han ido conformando resultaba fundamental.

63

### 1.1.3 El construccionismo social

El construccionismo social destaca el **valor de determinadas tradiciones y normas sociales en la construcción particular que cada persona hace del mundo.** Para Burr, esta perspectiva recalca la especificidad histórica y cultural del conocimiento (Burr, 2015).

Según Gergen, en el construccionismo social el lenguaje y el resto de formas de representación adquieren sus significados a partir de la forma en que son usadas y negociadas en las relaciones. El lenguaje es especialmente relevante como forma de acción social, dando importancia a la interacción, a los procesos y a las prácticas sociales.

En este sentido, la noción de subjetividad es elaborada por medio de múltiples narraciones que son confirmadas, reiteradas y reproducidas en lo social (Gergen, 1999).

Así, las narraciones además de palabras, son acciones capaces de construir, y mantener realidades que se actualizan constantemente en la medida en que participamos en prácticas sociales que cambian nuestras narraciones (Goolishian, & Anderson, 1996).

Es por ello que la investigación que aquí se presenta indaga en los discursos sobre la menstruación a través de las narraciones de las mujeres, a sabiendas además, que el propio desarrollo de la investigación es un elemento de cambio en las mismas.

#### 1.1.4 El interaccionismo simbólico

Para saber qué piensan, dicen y hacen las personas, así como los significados que atribuyen, es necesario interaccionar con ellas, observar su medio y escucharlas. Esta necesidad determina la relevancia del trabajo de campo y el uso de técnicas como la observación participante o la entrevista en profundidad para recoger datos, describir, comprender e interpretar. La Escuela de Chicago aplicó estos métodos, habituales en la antropología de finales del s.XIX, al estudio de la vida cotidiana de las personas en sociedades urbanas y desde los años 20 del s.XX hasta la actualidad han demostrado su efectividad en la descripción y análisis de procesos sociales, desarrollando un importante corpus teórico e indiscutibles resultados (Ibáñez, 2004).

El Interaccionismo simbólico, término que acuña Blumer y desarrolla y populariza Margaret Mead, postula tres premisas teóricas básicas (Martínez, 2005):

1. Las personas actuamos en relación con objetos del mundo físico y con otros seres del ambiente sobre la base de los significados que tienen para nosotras.
2. Estos significados se derivan o brotan de la interacción social, de la comunicación en sentido amplio. La comunicación es simbólica, verbal y no verbal, de hecho, al comunicarnos creamos símbolos significativos.
3. Los significados se establecen y modifican por medio de un proceso interpretativo donde se seleccionan, moderan, eliminan, reagrupan y transforman los significados a la luz de la situación y la dirección de la acción. Es decir, los significados son usados y revisados como instrumentos para la guía y formación de la acción.



Bajo este marco conceptual, y en la línea que apuntan Denzin y Lincoln, **la investigación cualitativa es una “actividad situada” donde, a través de la interacción, del lenguaje y otras representaciones, se hacen visibles un conjunto de prácticas interpretativas, que a su vez, se transforman** (Denzin & Lincoln, 2011).

En este sentido, las interacciones entre las representaciones de la menstruación en nuestra sociedad pueden dar cuenta del grado de persistencia del tabú menstrual que se manifiestan en la interacción de la entrevista en profundidad.



Figura 2. Posicionamientos de partida en metodología cualitativa

## 1.2 DISEÑO DEL ESTUDIO: FASES DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

La investigación cualitativa se desarrolla en cuatro grandes fases, según el siguiente esquema (Rodríguez Gómez et al., 1996):

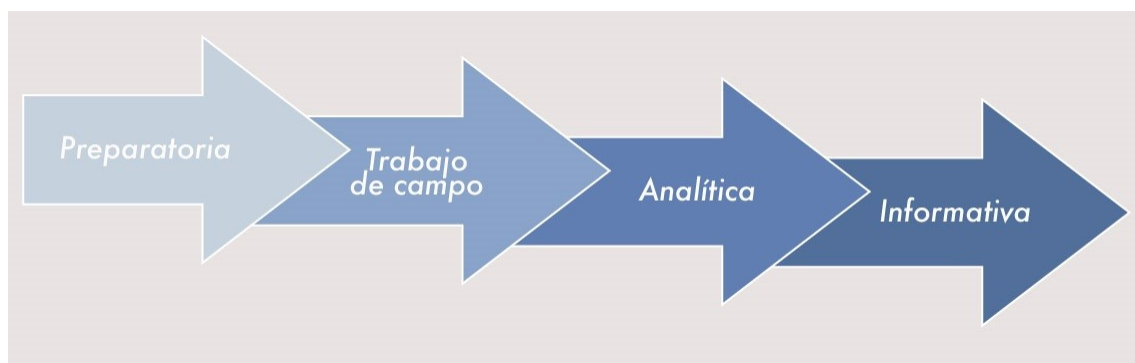


Figura 3. Fases de la investigación cualitativa

La **fase preparatoria** corresponde a una etapa reflexiva, en ella se apunta un marco teórico y conceptual de partida y se plantean las preguntas de investigación. Además, en esta etapa se desarrolla el diseño y se planifican las actividades que se realizarán posteriormente. En esta investigación, esta fase se llevó a cabo en el Plan de Investigación aprobado en el programa de doctorado “Ciencias de la Salud” y por el Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (CEI-HUVN). El **trabajo de campo** implica el desarrollo del plan metodológico en la realidad a estudiar, que en esta investigación corresponde a la entrevistas a mujeres. Posteriormente, en la **fase analítica** se lleva a cabo el análisis de la información, donde se realizó un análisis de contenido y finalmente, la **fase informativa**, a través de este trabajo y del artículo publicado en la revista Medicina de Familia – SEMER con el título “Atención sanitaria al malestar premenstrual. La perspectiva de las mujeres” (García-Toyos et al., 2021).

A continuación, se desarrollarán los aspectos relativos a la etapa de diseño para la realización del trabajo de campo y la fase analítica.

66

1. Selección de participantes.
2. Técnica de recogida de información.
3. Tipo de análisis planteado.

#### 1.2.1 Selección de participantes

En este punto se exponen los procesos de identificación y captación de participantes (Ferrando et al., 2016).

##### Identificación de participantes

La identificación de las personas que potencialmente forman parte de la muestra supone el primer paso para su configuración. Por ello, se describen los criterios de inclusión, a cumplir para formar parte del estudio, y los criterios de exclusión, que descartan la posibilidad de participar en esta investigación y que se exponen a continuación:

### Criterios de inclusión

- ∞ Mujer mayor de edad con ciclo estable, duración normal de menstruación (3-7 días) y al menos 10 ciclos en el último año. Las investigaciones apuntan a que la edad media de la menarquia en España es de 12 años (Marco Hernández et al., 2008), la mayoría de edad es de 18 años. Se consideró que este intervalo de 6 años es suficiente para acumular experiencia y valorar las creencias de las mujeres en base a su vivencia.
- ∞ Presenta tres o más síntomas premenstruales, al menos en la mitad de sus ciclos por año. El trabajo de Campagne & Campagne describe estos síntomas premenstruales, tanto los negativos como los positivos, aunque no se hace esta diferenciación en la identificación de participantes. Pudiendo corresponder sus síntomas a los calificados como negativos, como positivos o ambos (Campagne & Campagne, 2006).

Tabla 1. Síntomas premenstruales más frecuentes

<i>Síntomas negativos más frecuentes</i>	<i>Síntomas positivos más frecuentes</i>
Distensión abdominal	Más energía
Ansiedad o tensión	impulso a terminar cosas pendientes
Dolor y tensión mamaria	Mejor rendimiento laboral
Episodios de llanto	Más interés por las cosas
Depresión	Más sensación de control sobre su vida
Fatiga, falta de energía	Mis hábil socialmente
Disminución de la libido	Incremento de la libido
Ira o irritabilidad no provocadas	Pecho más atractivo
Dificultad para concentrarse	Cara más guapa
Cefalea	Más cariñosa
Cambios en patrones de sed y apetito	Más relajada
Edema en las extremidades	Más autoconfianza

### Criterios de exclusión

- ∞ Mujeres que en el último año hayan tenido menos de 10 ciclos menstruales. Con este criterio se descartan mujeres que hayan iniciado el climaterio o que, por otras causas físicas y/o psicoemocionales, su ciclo menstrual se vea alterando de forma significativa (Modroño-Blanco, Al et al., 2002) Seguir un tratamiento hormonal o haberlo interrumpido en los últimos tres meses antes del momento en que se realiza la entrevista, ya que los efectos de este tipo de tratamientos se mantienen durante ese periodo (Martínez, et al. 2018).

- ∞ No tener menstruación en el último año (menopausia).
- ∞ No utilizar el español como primer idioma.
- ∞ No estar en condiciones físicas y/o psicoemocionales de mantener una conversación o de abordar la temática.

Los criterios de segmentación permiten crear los diversos perfiles teóricos, y así comparar las posibles diferencias en cuanto a percepciones, creencias y experiencias de las participantes. Se tuvieron en cuenta dos criterios de segmentación en base a su relación entre el ciclo menstrual y la capacidad reproductiva de las mujeres.

### *Criterios de segmentación*

- ∞ Edad: según la evidencia actual, la capacidad reproductiva de las mujeres disminuye considerablemente (%) a partir de los 35 años. Así se establecieron dos grupos según edad: jóvenes (18 a 34 años) y mayores (35 años o más) (Urgellés Carrera et al., 2012).
- ∞ Maternidad: se consideró, en base a otros estudios que ser o no se madre podía dar claves para entender las diferentes creencias y experiencias de las mujeres en torno a su ciclo menstrual (Chrisler & Johnston-Robledo, 2002).

Las características de heterogeneidad otorgan variabilidad dentro de los perfiles y se tuvieron en cuenta dos que, de manera general, dan mayor riqueza a los resultados.

### *Características de heterogeneidad*

- ∞ Lugar de residencia: se diferenció entre ámbito rural y ámbito urbano. Para ello se tomaron los criterios del INE, de modo que el ámbito rural define poblaciones de menos de 2.500 habitantes y el ámbito urbano de más de 2.500 habitantes.
- ∞ Nivel de estudios: se estableció la diferencia entre mujeres con o sin estudios universitarios, siendo los estudios superiores una variable que a menudo muestra diferentes creencias y actitudes entre las personas.

La siguiente tabla muestra los criterios para la identificación de participantes.

Tabla 2. Criterios para la identificación de participantes

<i>Criterios de inclusión</i>	<i>Criterios de exclusión</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sexo: mujer.</li> <li>– <math>\geq 18</math> años.</li> <li>– CM estable: al menos 10/año.</li> <li>– Duración normal de la menstruación: 3-7 días.</li> <li>– 3 síntomas premenstruales al menos en la mitad ciclos/año.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <math>\leq 9</math> ciclos menstruales/año.</li> <li>– Tratamiento hormonal en los últimos 3 meses.</li> <li>– Menopausia.</li> <li>– No hablar español.</li> <li>– No estar en condiciones físicas/psicoemocionales.</li> </ul>
<i>Criterios de segmentación</i>	
Edad: Jóvenes (18-34 años) / Mayores ( $\geq 35$ años).	
Maternidad: sin/con hijos/as.	
<i>Características de heterogeneidad</i>	
Lugar de residencia: ámbito rural / ámbito urbano.	
Nivel de estudios: sin estudios universitarios / con estudios universitarios.	

La estimación del número mínimo de participantes fue de ocho personas, teniendo en cuenta los perfiles teóricos, con dos personas por perfil: dos personas jóvenes sin hijos/as, dos jóvenes con hijos/as, dos mayores sin hijos/as y dos mayores con hijos/as.

Sin embargo, también se tuvieron en cuenta características de heterogeneidad. Por tanto, la previsión era que se superase el número de entrevistas mínimo para cumplir con estas características. Estudios similares a éste, donde se realizan entrevistas en profundidad a mujeres para conocer sus percepción y creencias sobre el ciclo menstrual, han obtenido la saturación del discurso con 12 mujeres entre 18 y 48 años en Suecia (Brantelid et al., 2014) y 20 mujeres de 16 a 44 años en España (Blázquez Rodríguez & Bolaños Gallardo, 2017).

Podemos considerar en base a estas referencias que un intervalo “razonable” de participantes podría ser entre 12 y 20. Con 8 participantes cumplíamos con el número mínimo en función de nuestros perfiles teóricos y, a partir de ahí, aumentar el número de participantes maximizaba las posibilidades de encontrar todos los discursos posibles y de aumentar la heterogeneidad de la muestra.

### Captación de participantes

Se realizó un muestreo intencionado según los perfiles teóricos descritos para la selección de participantes. El número total de personas que cumplirían los criterios de

inclusión era desconocido ya que no existen registros de este tipo. Sin embargo, aunque se desconoce cuantitativamente la población de referencia, según las estimaciones, más del 70% de mujeres en edad fértil cumpliría el requisito de presentar síntomas premenstruales. Por tanto, a priori, el acceso a candidatas no parecía una dificultad.

Se idearon tres estrategias para la identificación de candidatas a la participación en el estudio, que se fueron poniendo en marcha de forma consecutiva y permanecieron activas hasta el momento en que se cerró la fase de trabajo de campo de esta investigación.

La primera estrategia de captación tenía como nexo de unión entre la investigadora y posibles participantes a profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), ya que, según el estudio de Lete, el 73,7% de mujeres presentaron síntomas premenstruales, y el 18,7% de acudió a consulta (Lete et al., 2011).

70

El equipo investigador confeccionó un listado de profesionales de medicina en Atención Primaria, según la zona de Granada donde realizaban la consulta (rural o urbana) con quienes se contactó vía correo electrónico. En el correo se explicaba el objetivo de este estudio y se solicitaba la colaboración en la identificación de posibles participantes. Se enviaron de forma aleatoria 16 correos electrónicos, a 6 médicos y a 10 médicas.

La segunda estrategia se basó en anunciar este estudio, sus objetivos y necesidades de participante en los espacios públicos. Para ello se confeccionaron carteles que fueron distribuidos/pegados en diversos espacios donde personas interesadas en participar pudieran ponerse en contacto mediante un mail o WhatsApp. Entre estos espacios se encontraba: lugares de ocio y tiempo libre (bares, gimnasios, centros cívicos y polideportivos municipales), lugares de estudio (facultades, academias y bibliotecas), asociaciones vecinales, tiendas y supermercados y la calle, tanto en Granada como en su zona Metropolitana.

Como variante de esta línea, en la que se visibiliza de forma pública el estudio y la necesidad de identificar participantes, se realizó una adaptación del procedimiento anterior para aprovechar las conexiones que permite internet, y así crear una

estrategia en redes sociales. Así, se habilitó un blog en Wordpress que se llamó “Rompe la regla” ([rompelaregla.wordpress.com](http://rompelaregla.wordpress.com)) y que, en un primer momento, tenía como objetivo la captación de participantes. Además, se creó un perfil en Facebook y una cuenta en Twitter asociadas al blog.

La tercera estrategia que se puso en marcha fue el muestreo mediante la técnica “bola de nieve”. Se trata de un muestreo en cadena muy útil en metodología cualitativa cuando existen dificultades a la hora de identificar sujetos de estudio (Atkinson & Flint, 2001).

En este caso se pidió a personas cercanas, del círculo de amistades y del ámbito laboral, que identificaran entre sus contactos a otras que cumplieran con los criterios de participación en esta investigación, les explicaran en qué consistía el estudio y su participación y pidieran un primer consentimiento para poder contactar con las interesadas. Una vez identificadas las primeras participantes, se repetía el procedimiento, preguntando a las entrevistadas si conocían a alguien que cumpliera con las características necesarias y si así era, facilitando el contacto con la investigadora.

La siguiente tabla resume las estrategias desarrolladas para la captación de participantes:

Tabla 3. Resultados de las estrategias de captación de participantes

<i>Estrategia</i>	<i>Contacto</i>	<i>Resultado</i>
1. Profesionales SSPA	Correo electrónico	X
2. Anuncios	Cartelería y redes sociales (blog)	X
3. Bola de nieve	Amigas, conocidas, compañeras	V

Con el muestreo bola de nieve se identificaron 19 candidatas a participar en el estudio, de las cuales fueron captadas 16 (una no quiso finalmente y las otras dos no cumplían criterios para formar parte de estudio). El número de participantes según perfil fue: 4 mujeres jóvenes con hijos/as, 4 mujeres jóvenes sin hijos, 5 mujeres mayores con hijos/as y 3 mujeres mayores sin hijos. Los detalles sobre las características de heterogeneidad, así como el código y nombre ficticio asignado a cada participante se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 4. Identificación y características de las participantes

CRITERIOS DE SEGMENTACIÓN		CRITERIOS DE HETEROGENEIDAD			IDENTIFICACIÓN		
Edad	Hijos/as	n	Lugar de residencia	Estudios universitarios	n	CÓDIGO y NOMBRE DE PARTICIPANTE	
Jóvenes	No	4	Rural	No	-		
				Sí	1	JShRUni	Andrea
		Urbano	No	-			
			Sí	3	JShUUni	Sole Marina Lorena	
	Sí	4	Rural	No	2	JChRNoUni	Anita Eva
				Sí	1	JChRUni	Estefanía
		Urbano	No	1	JChUNoUni	Lola	
			Sí	-			
Mayores	No	3	Rural	No	1	MShRNoUni	Carolina
				Sí	-		
		Urbano	No	-			
			Sí	2	MShUUni	Miriam Violeta	
	Sí	5	Rural	No	2	MChRNoUni	Lourdes Fede
				Sí	1	MChRUni	Adela
		Urbano	No	2	MChUNoUni	Marga Mónica	
			Sí	-			
<b>Total</b>					<b>16</b>		

Las estrategias de captación de participantes comenzaron a ponerse en marcha en abril de 2014 y estuvieron activas hasta diciembre de ese mismo año, cuando finalizó la fase de trabajo de campo de este bloque de la investigación. La primera estrategia, que contaba con profesionales de Atención Primaria del SSPA para la identificación, y la segunda, que se basaba en la difusión pública del estudio para captar a personas interesadas, no tuvieron éxito alguno, a pesar de la idea de que, a priori, existe un amplio universo poblacional que cumplen el perfil. Esto llevó a reflexionar sobre qué aspectos estarían modulando la ausencia de respuesta, siendo algunas opciones el desinterés, la poca credibilidad o la persistencia del tabú menstrual. Así, se planteó indagar sobre este aspecto entre las participantes, preguntando sobre su motivación para participar en el estudio.



### 1.2.2 Técnica de recogida de datos

Se utilizó la entrevista en profundidad, a continuación se exponen sus características así como el guion y el proceso de entrevista.

#### La entrevista en profundidad

Entre las técnicas utilizadas en la investigación cualitativa, la entrevista individual en profundidad permite la recogida de un conjunto de saberes privados y la construcción del sentido social de la conducta individual. En los debates sobre métodos de investigación, la entrevista cara a cara se considera el método feminista por excelencia (Kelly et al. 1994).

La entrevista es una técnica en que se crea, de forma conjunta, una narración conversacional, por tanto, se trata de un constructo comunicativo en que se elabora, construye y produce el discurso en la situación de entrevista. Por tanto, en este proceso colaborativo se construyen significados, y así, se obtiene información sobre la construcción del sistema de representaciones, las prácticas individuales y las conductas de las personas (Bobenrieth Astete, 2012).

La importancia de la entrevista desde la perspectiva feminista no solo está en que se trata de una técnica de recopilación de datos, también se trata de un lugar donde los datos son construidos colaborativamente, las identidades son olvidadas en pro de la construcción de significado (Doucet & Mauthner, 2008).

Esta técnica fue elegida porque es flexible, dinámica y no directiva, permite indagar en hechos no observables como significados, motivos, opiniones, valoraciones, emociones y no tiene limitaciones espacio-temporales, debido a que es posible preguntar por hechos pasados y también por situaciones planeadas para el futuro (Díaz-Bravo et al., 2013).

Otro motivo por el que resultó fundamental utilizar esta técnica es que permite abordar temas íntimos, ya que la menstruación sigue siendo un tema tabú en nuestra sociedad, para lo cual es fundamental establecer un buen “rapport” o clima, es decir, establecer una buena relación con la persona entrevistada y realizar una escucha activa (Bolderston, 2012).

### El guion de entrevista

La entrevista se realizó siguiendo un guion. Este guion fue probado con una persona experta en metodología cualitativa, de modo que la doctoranda realizó la entrevista a con la intención de valorar su estructura, dimensiones, ritmo y comprensibilidad de las preguntas. Tras esta prueba piloto del guion de entrevista se cambió el orden de algunos bloques y se modificó la formulación de algunas preguntas. Además, se añadió una pregunta inicial que hacía referencia a la motivación para participar en el estudio, y que se consideró adecuada a la vista de las dificultades en la captación de participantes.

En la entrevista se abordaron las dimensiones: creencias sobre el ciclo menstrual, identificación de mitos, información y expectativas sobre la menarquia, vivencia de la menarquia, experiencia con el ciclo menstrual, uso y percepción de la publicidad de productos menstruales, sintomatología premenstrual y concepto sobre el síndrome premenstrual. La siguiente tabla muestra las preguntas del guion de entrevista.

Tabla 5. Dimensiones y preguntas del guion de entrevista

<b>0.- Información y consentimiento informado</b>	
<b>1.- Percepción general del ciclo menstrual y características</b>	
Percepción	¿Qué opinas sobre el ciclo menstrual?, ¿cómo lo definirías?
Características: periodicidad, duración, cantidad de flujo y productos menstruales	¿Cada cuantos días tienes tu menstruación? (regular/irregular) ¿Durante cuántos días? ¿Consideras que la cantidad de flujo es abundante, normal, escaso? ¿Qué productos menstruales usas?, ¿cuáles conoces?
<b>2.- Creencias y mitos sobre el ciclo menstrual</b>	
¿Qué creencias populares y mitos identificas sobre la menstruación y el ciclo menstrual?	
<b>3.- Información previa</b>	
Fuente	Madre, familia, escuela, amistades: ¿Qué y cómo te lo explicaron?
Anuncios	Productos menstruales: ¿Cuáles recuerdas, qué sugerían?
Contenido	¿Qué sabías de la menstruación antes de tenerla?
<b>4.- Menarquía: Edad, experiencia, sentimientos y reacciones</b>	
Edad	Cuando te vino la regla ¿cuántos años tenías?
Experiencia	Cuéntame el día que te vino la regla: ¿cómo fue? (dónde y con quién estabas, cómo te diste cuenta, qué hiciste)
Sentimientos	¿Qué pensaste, qué sentiste?
Reacciones	¿Qué hizo el resto de la gente?
<b>5.- Valoración de la información</b>	
Calidad	¿Cómo valoras ahora la información que tenías? (completa, fiable, útil, positiva, negativa)
Expectativa	¿Qué te gustaría saber? Si le tuvieras que explicar a una niña qué es la menstruación, cómo lo harías ¿y a un niño?
<b>6.- Vivencia del ciclo menstrual</b>	
En los inicios	¿Qué supuso para ti empezar a menstrual? (cambios en actividades, relaciones, emociones)
Cambios	A lo largo de los años, con la maternidad (si procede)
Actividades	¿Cómo influye el ciclo menstrual en tu vida cotidiana? (Relaciones, trabajo, descanso, vacaciones)
<b>7.- Síntomas premenstruales</b>	
Síntomas	¿Sientes algún cambio relacionado con tu ciclo menstrual? (positivo y negativo), ¿en qué consiste (síntomas)?, ¿cuándo ocurre?, ¿alteran de alguna manera tu cotidianidad?
Agravantes y atenuantes	¿Identificas factores que “agraven” los síntomas, que te hagan sentirte peor?, ¿y factores que mitigan esos síntomas?
Búsqueda de ayuda	¿Has buscado ayuda? (servicios sanitarios, internet...), ¿Qué respuestas has encontrado?
Estrategias	(Fármacos, remedios naturales, alimentación, descanso...)
<b>8.- Síndrome premenstrual</b>	
¿Has oído hablar del síndrome premenstrual?, ¿cómo lo definirías (síntomas, periodicidad), ¿Crees que lo tienes o has tenido?, ¿lo consideras una enfermedad?, ¿por qué crees que ocurre? ¿Lo eliminarías si fuera posible?	
<b>9.- Relación con el ciclo menstrual</b>	
¿Cómo crees que el ciclo menstrual afecta a las mujeres?	
¿Crees que las condiciones de vida, hábitos, etc., afectan al ciclo menstrual?	

## El proceso de entrevista

Una vez realizado el contacto con la participante, vía telefónica (llamada o WhatsApp), se agradecía su interés, se explicaba en qué consistía la técnica y su participación y se aclaraba que no existía compensación económica por su colaboración, finalmente, se concertaba una cita para realizar la entrevista.

Se priorizó que el lugar de la entrevista fuera el elegido por la participante y que fuera la investigadora quien se trasladara a su domicilio particular o a la zona donde supusiera la menor alteración de la rutina diaria de la entrevistada. Se realizaron entrevistas en diversos tipos de lugares: domicilios, en parques, terrazas y lugares de trabajo.

Antes de comenzar la entrevista se leía de manera conjunta y firmaba el documento de consentimiento informado, donde se explicaba, entre otras cosas, qué organizaciones avalan la investigación, la necesidad de grabar la información con una grabadora y de poder parar la grabación cuando considerara oportuno, el tratamiento que se haría de esa información y la manera de contactar con la investigadora para aclarar dudas o recibir nueva información en momentos posteriores (Anexo 1). Tanto la entrevistada como la investigadora obtenían una copia firmada por la otra parte.

El Anexo 2 muestra una breve biografía de cada participante así como una descripción sobre el transcurso de las entrevistas.

### 1.2.3 Tipo de análisis

Se realizó análisis de contenido sobre la información recabada en las entrevistas. Este tipo de análisis permite realizar inferencias identificando características del discurso de forma sistemática a dos niveles, sintáctico y semántico. El nivel sintáctico se relaciona con la estilística y análisis de expresión y el nivel semántico con el significado que las personas dan a las categorías de análisis o temas de interés (Rodríguez Yunta, 2004).

Para realizar este análisis se puso en marcha el siguiente procedimiento:

1. Transcripción literal de entrevistas.
2. Lectura y elaboración de árbol de códigos.

3. Asignación de códigos a fragmentos de texto.
4. Análisis e interpretación.
5. Triangulación de resultados entre investigadoras y con la literatura.
6. Redacción de resultados.

La sistematización de información se realizó con ayuda del software Atlas-ti v.6.0, diseñado como herramienta para el análisis cualitativo de grandes textos que ayuda a organizar, reagrupar y gestionar la información.

La siguiente imagen, resume los hitos de la fase de diseño y análisis.

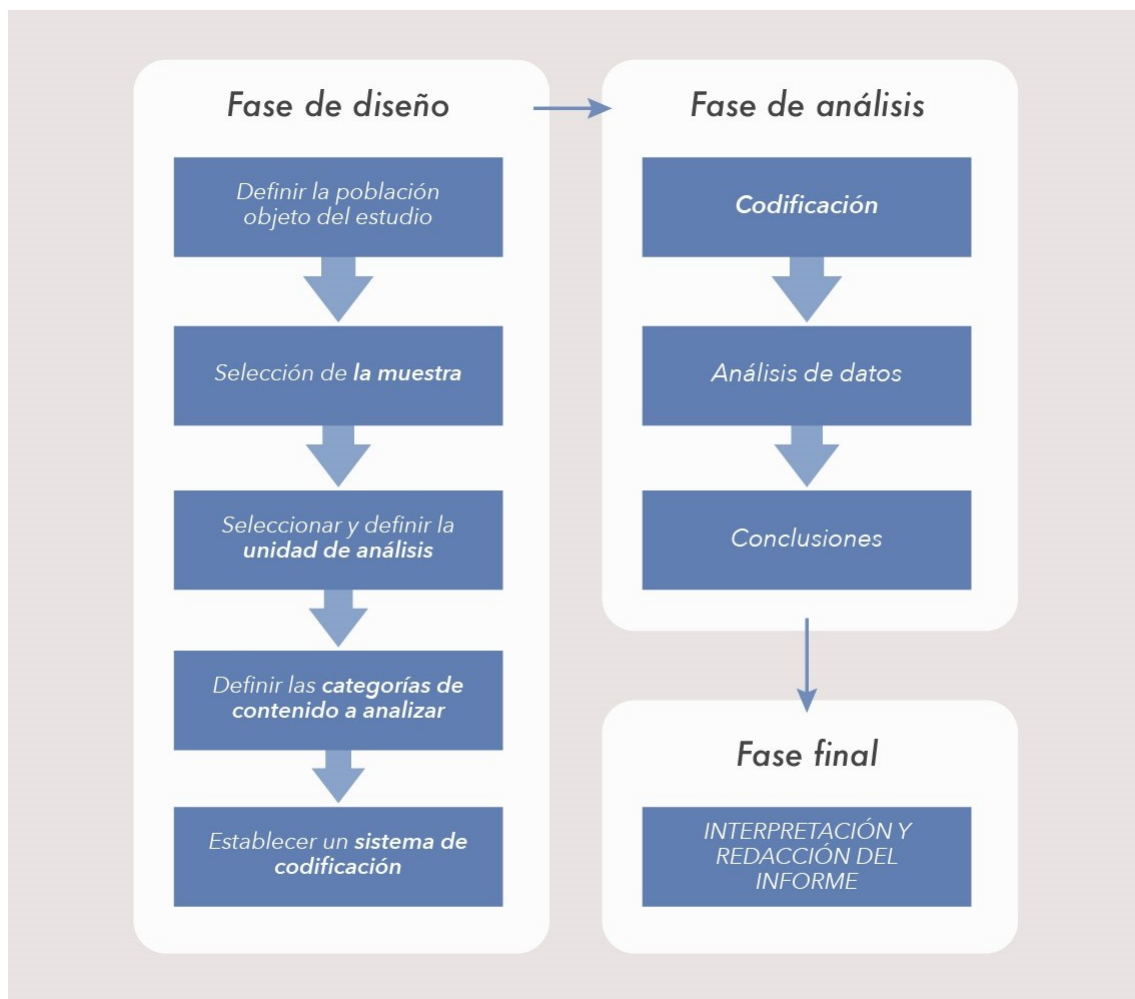


Figura 4. Diseño y análisis en investigación cualitativa

(Imagen adaptada de: Bigné-Alcañiz & Royo-Vela, 2013).

### 1.3 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los aspectos éticos son fundamentales en el ámbito de la investigación. En concreto, esta investigación ha pasado dos filtros de calidad metodológica y ética: en primer lugar, fue aprobada por la Comisión Académica del programa de doctorado; en segundo lugar, respecto a la dimensión ética de este estudio, el plan de investigación fue aprobado por el CEI-HUVN de Granada.

En este estudio se han tenido en cuenta los requisitos que propone Ezekiel Emanuel que siguen normas CIOMS 2002, de la Organización Panamericana de la salud (OPS), para que una investigación sea ética (Rodríguez Yunta, 2004).

1. **Valor social o científico.** Este es un juicio sobre la importancia social, científica o clínica de la investigación, que debe plantear una intervención de mejora sobre el bienestar de las personas o producir conocimiento que aporte soluciones a problemas. Esta investigación persigue ambos aspectos, conocer las experiencias sobre el ciclo menstrual de las mujeres para dar respuesta a problemas concretos como el malestar premenstrual. Además, el valor social o científico está relacionado con el uso responsable de recursos limitados, como el esfuerzo y el tiempo, del equipo investigador y de las personas entrevistadas, así como los recursos de las instituciones implicadas.

Además, como parte de la devolución de resultados a la sociedad, el blog “Rompe la regla”, tras el periodo de captación de participantes, para el que en principio estaba habilitado, se transformó como web de información sobre aspectos relacionados con el ciclo menstrual, en la actualidad cuenta con más de 600 seguidores en su página de Facebook.

Este estudio cumple con los principios de una ética sensible al género (García-Calvente et al., 2010), ya que pretende un cambio social en cuanto a la comprensión del ciclo menstrual y al abordaje de su malestar premenstrual, lo cual no solo beneficia a las mujeres, sino también a la sociedad en general, que la hace más justa, ya que la ocultación y medicalización son procesos que discriminan a las mujeres. Por tanto, esta investigación pone en valor el conocimiento subjetivo y las experiencias de las mujeres por dos motivos, uno es visibilizar sus

problemas y el otro iniciar un proceso de empoderamiento de las mujeres a través de la escucha y la comprensión de sus experiencias para aportar soluciones.

2. **Validez científica.** Este criterio está garantizado por las características de la investigación cualitativa como son la coherencia teórico-epistemológica avalada por el ajuste entre el diseño y los métodos, ya que la metodología empleada permite dar respuesta a los objetivos planteados. La validez del estudio se confirma con la consistencia, transferibilidad, confirmabilidad, credibilidad, relevancia. La consistencia se apoya en la descripción detallada del proceso. La transferibilidad se constituye con el muestreo teórico, que ha contemplado diversos criterios: edad, maternidad, zona de residencia y nivel de estudios, y la recogida exhaustiva de datos. Las transcripciones literales de las entrevistas evidencian la confirmabilidad de los datos. La credibilidad se establece en el proceso de triangulación continuo entre investigadoras y con la literatura. La relevancia conlleva una comprensión amplia del fenómeno y la configuración de nuevos planteamientos, como el abordaje de los aspectos psicosociales para comprender el malestar premenstrual y las propuestas específicas de las mujeres. Además, se ha empleado un lenguaje cuidadoso en todos los procesos de comunicación e información entre las personas (Noreña et al., 2012).
3. **Selección equitativa de los sujetos.** La selección de las participantes en el estudio fue dirigida por razones relacionadas con los interrogantes científicos, para lo cual se establecieron diversas estrategias de captación, fueron seleccionadas todas aquellas personas que cumplían los criterios de inclusión en el estudio.
4. **Proporción favorable del riesgo-beneficio.** Este requisito incorpora los principios éticos fundamentales de no-maleficencia y beneficencia. La proporción riesgo-beneficio se incluye en el criterio que excluye a aquellas personas que no están en condiciones físicas o psicoemocionales para realizar la entrevista. La participación voluntaria en la entrevista también se consideró que podría causar beneficio a las participantes por dos motivos. Uno, porque el objetivo del estudio es mejorar el bienestar de las mujeres con malestar premenstrual y otro, porque participar en la entrevista supone sentirse escuchada y valorada.

5. **Condiciones de diálogo auténtico.** La entrevista como técnica de investigación cualitativa requiere del diálogo, ya que se trata de un encuentro donde se construye el discurso, por ello, resulta fundamental un clima de entendimiento y confianza para que funcione. En este sentido se cuidó el procedimiento desde el primer contacto, la accesibilidad y la relación de continuidad entre investigadora y participantes.
6. **Evaluación independiente.** La evaluación independiente de este estudio fue realizada por el CEI-HUVN. La independencia de las corporaciones se asegura porque esta investigación no ha sido financiada por ninguna institución. Además, se considera una evaluación independiente el criterio de valoración del tribunal de tesis.
7. **Consentimiento informado.** La finalidad del consentimiento informado es asegurar que las personas que participan en la investigación lo hagan de manera voluntaria y con el conocimiento suficiente y necesario para decidir su colaboración. El proceso de información a las candidatas a participar en este estudio fue continuo, incluía tanto información verbal y escrita sobre el estudio, contexto, objetivos, grabación y tratamiento de datos antes de la entrevista, así como formas de contacto, por teléfono y correo electrónico con la investigadora, para resolver dudas que pudieran surgir posteriormente.

El proceso de consentimiento informado, además de la información y facilitación previa, incluía la firma del documento, que se leía de forma conjunta por la investigadora y la participante para poder aclarar dudas o resolver las cuestiones pertinentes.

8. **Respeto a los sujetos inscritos.** El respeto a las participantes incluye permitir los cambios de opiniones, retirarse si lo consideran oportuno y la confidencialidad en el manejo de la información, que se garantizó según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.



Además se tuvo en cuenta el bienestar de las participantes a lo largo del proceso facilitando su participación de modo que se realizó la entrevista en los lugares y momentos que las mujeres decidieron y se cuidó la comodidad y confort durante la entrevista proponiendo pausas en momentos delicados, apagando la grabadora si era necesario e introduciendo las oportunas modificaciones sobre el plan original, sin que ello repercutiera en el resultado final. Una vez concluida la entrevista se valoró con la participante si quería conocer los resultados finales de la investigación.

El reconocimiento a la contribución de las participantes queda reflejada en los agradecimientos, en este trabajo así como en el artículo publicado en la revista científica *Medicina de familia – SEMERGEN* (García-Toyos et al., 2021).

## 2. PARA CONOCER EL DISCURSO CIENTÍFICO

El acercamiento y posterior análisis del discurso científico se realizó mediante una *scoping review* de las publicaciones científicas, ya que son los textos que la comunidad científica valida en la construcción del conocimiento.

En este apartado se abordan, en primer lugar, las cuestiones relevantes sobre las revisiones de la literatura científica en general, para luego describir en detalle en qué consiste la *scoping review*. Posteriormente, se describen las etapas del proceso metodológico según el modelo de Acksey y O'Malley (2005). Finalmente, se abordan los aspectos éticos de la investigación.

### 2.1 LAS REVISIONES DE LA LITERATURA CIENTÍFICA

El conocimiento científico progresa por su carácter acumulativo, es decir, las nuevas investigaciones se desarrollan en base al conocimiento acumulado mediante procesos de refutación, confirmación o nuevas formulaciones que aportan explicaciones a los fenómenos estudiados (Guirao-Goris, 2015).

En el momento actual, **el desarrollo tecnológico ha facilitado la rápida progresión del conocimiento científico** por diversos motivos: acceso a la información a través de internet, bases de datos electrónicas, redes de investigación, etc. Por ello, se hace necesario sistematizar y ordenar toda esta información para que sea útil, permita

avanzar en ciencia y que este conocimiento se transfiera a la sociedad. De ahí, el rápido desarrollo de diversos tipos de revisiones de la literatura como revisión sistemática, meta análisis, síntesis cualitativa, revisión de estudios mixtos o revisión de estudios mixtos y *scoping review* (Whittemore et al., 2014).

Las revisiones sistemáticas, probablemente las más conocidas por su repercusión en el ámbito de la salud y la medicina basada en la evidencia (MBE), resumen la información existente respecto a un tema particular y permiten discernir entre prácticas que se basan en la evidencia científica de las que no, esto es, sintetizan la evidencia de investigación (Smith et al., 2011).

Sin embargo, en los últimos años es **cada vez más frecuente el marco de otro tipo de revisiones cuyo objetivo es mapear la literatura existente en un campo de interés** en términos del volumen, la naturaleza y las características de la investigación primaria, como es el caso de la *scoping review* (Arksey & O'Malley, 2005)

## 2.2 LA SCOPING REVIEW

La *scoping review*, también denominada **revisión panorámica o estudio de alcance, es un método, entre muchos otros, de revisión de la literatura.** No hay una única definición, aunque sí consenso en afirmar que se trata de una técnica para mapear la literatura relevante en un campo de interés.

Su interés cada vez es mayor en ciencias de la salud. Para corroborar este dato, se presenta los resultados de la búsqueda en PubMed con el único descriptor *scoping review* en todos los campos durante de 2010 a 2019, donde se observa su tendencia al alza.

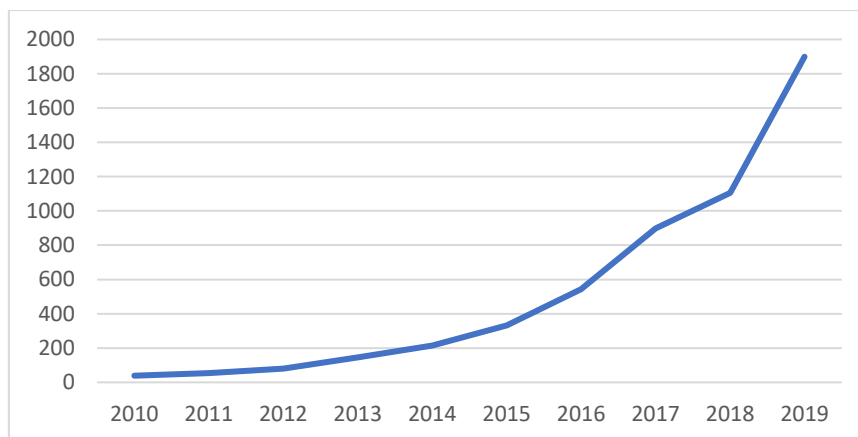


Gráfico 1. Resultados en PubMed para *scoping review* (2010-2019)

**El trabajo de Arksey and O'Malley supone un marco de referencia** porque aclara para qué tipo de investigaciones es un método apropiado y cómo llevar a cabo este tipo de revisión (Arksey & O'Malley, 2005).

**Sobre el tipo de investigaciones adecuadas, la *scoping review* tiende a abordar temas de manera amplia donde podrían incluirse muchos diseños de estudio diferentes** y no suele abordar preguntas de investigación muy específicas, su objetivo, al contrario que las revisiones sistemáticas, no es evaluar la calidad de los estudios incluidos, sino apuntar los conceptos clave que sustentan un área de investigación y las principales fuentes y tipos de evidencia disponibles.

Según el marco de Arksey y O'Malley, es posible identificar, al menos, cuatro objetivos para los que la *scoping review* resulta un método adecuado:

1. Examinar el alcance y la naturaleza de la actividad de investigación, como forma útil de mapear los campos de estudio donde es difícil visualizar el rango de material que podría estar disponible.
2. Determinar el valor de realizar una revisión sistemática completa, si es factible, relevante y los costos potenciales.
3. Resumir y difundir los resultados de la investigación, permite describir con detalle los resultados y tipos de investigaciones en áreas particulares, proporcionando un mecanismo para resumir y difundir los hallazgos de la investigación a quienes diseñan políticas, a profesionales y a la ciudadanía en general que, de otro modo, no tendrían acceso por falta de tiempo o recursos.
4. Identificar vacíos de investigación en la literatura existente. La descripción de las lagunas en la literatura a través de una *scoping review* no pone de manifiesto las limitaciones de la investigación de baja calidad, ya que la evaluación de la calidad no forma parte de su objetivo.

En cuanto a **cómo llevar a cabo una *scoping review***, el modelo de Arksey y O'Malley **establece una metodología en cinco etapas**: la identificación de la pregunta de investigación, la identificación de estudios relevantes, la selección de estudios, la cartografía de los datos y el análisis de la información y el cotejo, resumen y comunicación de

resultados. Además, añade una sexta etapa opcional que consiste en la consulta a personas expertas y que proporciona un valor añadido.

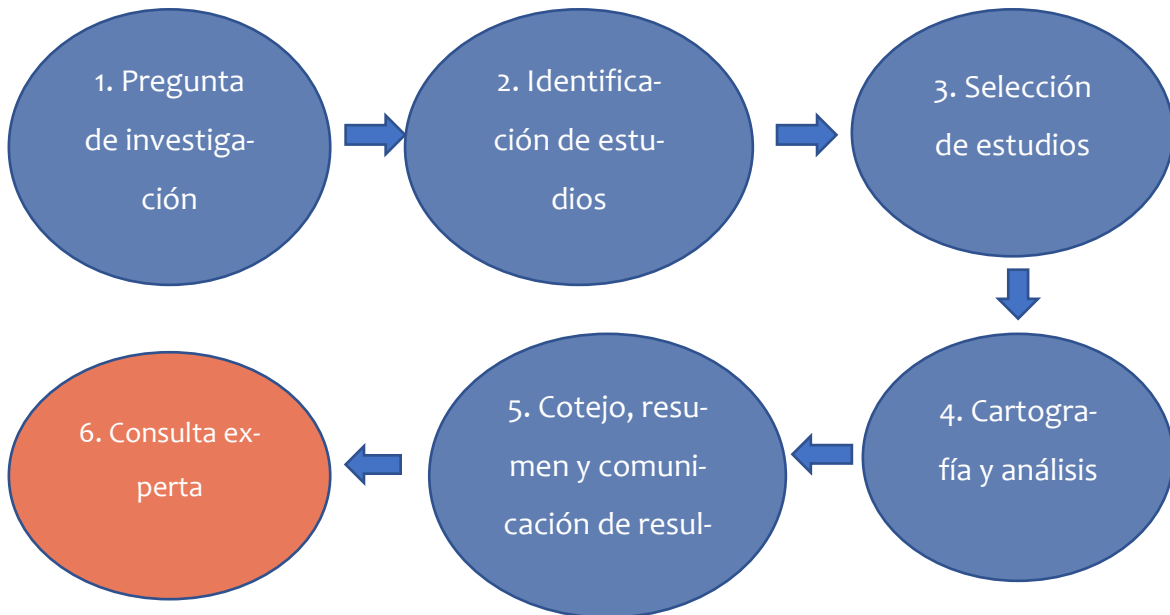


Figura 5. Fases *scoping review* según el modelo de Arksey y O'Malley

## 84 2.3 ETAPAS DEL PROCESO METODOLÓGICO

Para el diseño del proceso metodológico se han seguido las recomendaciones del Instituto Joanna Briggs (Peters et al., 2017) y se ha tomado como referencia las etapas que propone el modelo de Arksey y O'Malley en dos fases: en la primera se incluyen las cinco etapas necesarias y en la segunda fase la consulta con personas expertas, tal como se expone a continuación.

### Fase 1

#### 2.3.1 Etapa 1: Identificación de la pregunta de investigación

En esta primera etapa se define la pregunta de investigación como el punto de partida que guía la forma en que se va a diseñar las estrategias de búsqueda.

#### Contexto

En la última edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5), que publica la Asociación americana de psiquiatría (APA) se incorporó el “Trastorno disfórico premenstrual” (TDPM) como un nuevo trastorno depresivo. La

edición anterior (DSM IV), vigente de 1994 a 2013, contenía el TDPM en el Apéndice por la necesidad de nuevos estudios para considerarlo un trastorno con identidad propia.

### Pregunta de investigación

Siguiendo la recomendación de Arksey y O'Malley se estableció un enfoque amplio para generar mayor cobertura, así pues, la pregunta de investigación que se planteó fue: *¿Qué características tiene la investigación científica sobre PMDD (1994-2013)?*

Además, resulta importante considerar qué aspectos de la pregunta de investigación son particularmente importantes. En este caso, se consideró de interés conocer las características de producción: quiénes hacen las investigaciones, desde qué marco teórico, qué estudian (tema) y cómo lo hacen (metodología), y las características de difusión: qué revistas publican estas investigaciones.

### 2.3.2 Etapa 2: Identificación de estudios relevantes

El objetivo principal de la *scoping review* es que sea lo más completa posible en la identificación de estudios primarios y revisiones adecuadas para responder a la pregunta de investigación. Así, en esta segunda etapa, y siguiendo las recomendaciones se consideraron y consensuaron varias cuestiones junto a dos personas expertas en documentación. Estas cuestiones hacen referencia a las fuentes de información y la estrategia de búsqueda.

### Fuentes de información

Entre las fuentes de información se determinó consultar diversas bases de datos en función su accesibilidad y la idoneidad de los posibles resultados.

En primer lugar, los datos fueron extraídos de la plataforma ProQuest que forma parte del Cambridge Information Group y que integra diferentes bases de datos de diversas áreas de conocimiento, en concreto, aglutina tres bases de datos relevantes en cuanto a salud general y específicamente de salud mental como son:

“MEDLINE”: la base de datos de bibliografía médica de referencia.

“Health & Medicine Complete”: sobre temas clínicos y biomédicos, salud del consumidor y administración sanitaria.

“Proquest Psychology Journals”: que cubre áreas de Educación, Neurociencia, Psiquiatría, Psicología y Sociología.

Además, la búsqueda se completó en “LILACS” (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), como fuente de información de otros contextos ausentes en las bases de datos internacionales y “Cochrane Database of Systemic Reviews” (CDSR), base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas.

Fueron descartadas otras bases de datos como “Scopus” y “CINAHL” por diversos motivos. En “Scopus” los artículos indexados no tienen acceso a texto completo y “CINAHL” está dirigida a perfiles profesionales (enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional) que no están directamente relacionados con el diagnóstico en salud mental.

## 86

### Estrategia de búsqueda

Según las recomendaciones metodológicas para la estrategia de búsqueda en bases de datos electrónicas, las definiciones de los conceptos clave deben ser amplias, acorde con el objetivo de alcanzar una buena cobertura e identificar todos los discursos posibles (Arksey & O’Malley, 2005; Peters et al., 2017).

Primero se ideó una estrategia de búsqueda inicial que se probó y fue perfeccionada hasta llegar a la estrategia que se llevó a cabo y se expone a continuación.

En cuanto a los términos de búsqueda utilizados, éstos corresponden con los términos MeSH “Premenstrual Dysphoric Disorder” y su acrónimo “PMDD” y DeCS “Trastorno Disfórico Premenstrual” y su acrónimo “TDPM”.

Tabla 6. Estrategia de búsqueda *scoping review*: bases de datos y términos MeSH

Base de datos	Término de búsqueda
ProQuest (MEDLINE, Health & Medicine Complete y Proquest Psychology Journals) CDSR	[“Premenstrual Dysphoric Disorder” OR “PMDD”]
LILACS	[“Trastorno Disfórico Premenstrual” OR “TDPM”]

El campo de búsqueda fue “Título” ya que así se asegura que el término de búsqueda utilizado sea el tema principal del artículo. El campo “Palabra clave” no se tuvo en cuenta por varios motivos que se pusieron de manifiesto durante las pruebas de la estrategia de búsqueda inicial. El principal motivo es que algunas publicaciones registran hasta 25 palabras clave, por tanto, el tema principal se pierde. Además, en las pruebas quedó patente que la búsqueda por “Palabra clave” podría excluir publicaciones más antiguas y/o mal indexadas. Los resultados se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 7. Búsqueda de descriptores en bases de datos

Búsqueda en título		["Premenstrual Dysphoric Disorder" OR "PMDD"] ["Trastorno Disfórico Premenstrual" OR "TDPM"]
		Número de artículos
Resultado inicial	ProQuest	682
	LILACS	5
	CDSR	0
	<b>TOTAL</b>	<b>687</b>
Duplicados		-320
Excluidos		-50
<b>TOTAL</b>		<b>317</b>

### 2.3.3 Etapa 3: Selección de estudios

En la tercera fase se revisaron los estudios encontrados y se seleccionaron en función de los criterios de inclusión y exclusión establecidos

#### Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión de esta *scoping review* están relacionados con: tipo de estudio, año e idioma en que fue publicado el estudio.

- ∞ Tipo de publicación: se entiende que los artículos científicos son la principal fuente de difusión de la investigación sobre el conocimiento científico, indican dónde se están invirtiendo esfuerzos y recursos y en última instancia, de sus resultados emergen las prácticas clínicas de elección y las directrices de las políticas de salud (ref). Por tanto, sólo se incluyeron artículos científicos indexados.

- ∞ Año de publicación: Se incluyeron los artículos publicados entre 1994 y 2013, intervalo en el que estuvo vigente la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV y DSM IV-TR) y donde el TDPM aparecía en el Apéndice porque aún no existía evidencia científica sobre la validez de esta categoría.
- ∞ Idioma: se incluyeron los artículos en inglés y español. El primero porque es el idioma más utilizado en las publicaciones científicas, y el segundo para identificar los estudios en nuestro contexto cultural.

#### Criterios de exclusión

- ∞ Artículos a los que no se pudo acceder al contenido para su análisis.
- ∞ Artículos cuyo tema principal no era el TDPM.

El registro y organización de artículos se realizó con la ayuda del software Reference Manager 12.0.3, que permitía crear una base de datos bibliográfica importando directamente desde las bases de datos y buscar, editar y depurar los registros bibliográficos.

El Anexo 3 incluye las referencias de los 317 artículos científicos seleccionados para el análisis.

#### 2.3.4 Etapa 4: Cartografía de los datos y análisis de la información

En la cuarta fase se cartografía y analiza la información. El término “cartografía” describe una técnica para sintetizar e interpretar datos cualitativos tamizando, cartografiando y clasificando material de acuerdo a categorías y temas clave. En una revisión sistemática este proceso se llamaría "extracción de datos" y, en el caso del metaanálisis, podría implicar técnicas estadísticas específicas (Ritchie & Spencer, 1994).

Por el contrario, el enfoque de cartografía es similar a una revisión narrativa, adopta una visión más amplia y contextualizada. Dentro de la tradición narrativa, el método descriptivo-analítico permite aplicar un marco de análisis común a toda la información lo cual resulta muy útil para registrar y comparar la información.



Siguiendo el modelo de Acksey y O'Malley se elaboró un “formulario de diagrama de datos” usando el programa de base de datos Excel cuya plantilla se muestra a continuación.

Tabla 8. Formulario de diagrama de datos

A	B	C	D	E	F	G	
ID	1º/Autor/a	Sexo	Institución	País	Revista	Año publicación	
H			I				
Título			Principales resultados				
J		K		L			
Marco teórico			Tema		Metodología		

Estos datos conformaron la base del análisis a los que se aplicó análisis bibliométrico y de contenido.

### Análisis bibliométrico

En el análisis bibliométrico se tuvo en cuenta dos tipos de indicadores (Bordons & Zulueta, 1999)

∞ *Indicadores de Producción*: miden de forma cuantitativa la actividad científica.

Se tuvo en cuenta para el análisis:

- Quién es el primer autor/a: como persona con mayor implicación e interés en el estudio.
- Sexo del/la primer/a autor/a: para conocer si el interés sobre un problema específico de mujeres es estudiado más por ellas.
- Institución a la que pertenece el/la autor/a.
- País en que se realizó la investigación.
- Revista que publicó el estudio.
- Año de publicación.

- ∞ **Indicadores de Impacto:** reflejan la importancia de dicha producción en función del reconocimiento en otras investigaciones. Se tuvo en cuenta el factor de impacto de la revista en que fue publicado el artículo.

El análisis de los datos se realizó sobre el registro en las hojas Excel.

### Análisis de contenido

El objetivo del análisis de contenido es conocer el tipo de estudios realizados y los principales resultados. Para ello, los artículos se leyeron detenidamente y de forma comprensiva para clasificarlos posteriormente en torno a tres dimensiones registradas en el “formulario de diagrama de datos”: marco teórico, tema y metodología. Estas dimensiones y las categorías elaboradas para cada una de ellas se basan en el estudio de (Bocchino, 2004) y se exponen en la siguiente tabla:

Tabla 9. Dimensiones y categorías para el análisis de contenido en *scoping review*

DIMENSIÓN	CATEGORÍA
<b>(J) Marco Teórico*</b> (Define el paradigma, el conjunto de conocimientos y creencias para abordar el objetivo del estudio)	<b>Modelo Biológico:</b> Atribuye la causa a un desequilibrio en las secreciones hormonales o anomalías en las estructuras fisiológicas
	<b>Modelo Psicológico:</b> Basa sus explicaciones en factores psicosomáticos, características de la personalidad y / o altos niveles de estrés.
	<b>Modelo Sociocultural:</b> Propone que la causa reside en factores externos. Las creencias negativas sobre la menstruación desarrollan expectativas negativas en la fase premenstrual.
	<b>Modelo Crítico-Feminista:</b> Sostiene que la etiqueta "PMDD" no describe una realidad sino más bien la medicalización de ciertos comportamientos femeninos que son intolerables en una sociedad patriarcal, lo que interfiere con lo que culturalmente se entiende como funciones femeninas.
	<b>Otro:</b> ninguno de los anteriores.
<b>(K) Tema</b> (Asunto específico que se estudia)	<b>Diagnóstico:</b> Aborda la categoría diagnóstica “TDPM” y sus métodos diagnósticos: ventajas y problemas.
	<b>Síntomas:</b> Estudios de prevalencia y principales síntomas.
	<b>Etiología:</b> Indaga en el origen de los síntomas.
	<b>Tratamiento:</b> Propone e investiga la efectividad de los posibles tratamientos.
	<b>Consecuencias:</b> Efectos del “TDPM” a nivel personal, social y económico.
<b>Miscelánea:</b> Se ocupa de varios aspectos.	
<b>(L) Metodología</b> (Estrategia de investigación utilizada: procedimientos, técnicas y análisis).	<b>Investigación cuantitativa:</b> usa técnicas cuantitativas.
	<b>Investigación cualitativa:</b> usa técnicas cualitativas.
	<b>Revisión:</b> revisión de la literatura (sistemática, narrativa...)
	<b>Otra:</b> ninguna de las anteriores.

### 2.3.5 Etapa 5: Cotejo, resumen y comunicación de resultados

Esta quinta etapa implica recopilar, resumir e informar de los resultados y busca presentar una visión general de todo el material revisado ya que resulta fundamental cuidar la presentación de resultados. El objetivo no es sintetizar los hallazgos sino presentar una descripción narrativa de la literatura existente dentro de un marco analítico o construcción temática.

Siguiendo el modelo de Acksey y O'Malley se presentó atención al análisis numérico básico sobre autoría, enfoques, temas y distribución de los estudios incluidos en la revisión con el objetivo de producir mapeo en tablas y gráficos sobre:

1. Quiénes hicieron las investigaciones: por la naturaleza del tema resultó interesante conocer si es de mayor interés para mujeres investigadoras que para hombres, quiénes realizaron mayor número de estudios y dónde los hicieron.
2. En qué temas pusieron el foco las investigaciones y qué metodología usaron en función del marco teórico al que se adscriben.
3. Qué revistas publicaron estas investigaciones.

Esta parte del análisis identifica las áreas dominantes de investigación en torno a la temática de los estudios, métodos de investigación y ubicación geográfica, de este modo se pudo obtener una idea de las áreas de interés y de las brechas significativas.

## Fase 2

### 2.3.6 Etapa 6: Consulta a personas expertas

El modelo que establece Acksey y O'Malley para una *scoping review* incluye esta etapa de consulta de forma optativa. En este estudio se incluyó por su valor añadido, la evidencia sugiere que las revisiones pueden ser más útiles si profesionales y ciudadanía contribuyen al trabajo (Galicia Alarcón et al., 2017). El procedimiento se explica a continuación.

#### Procedimiento

Esta valoración se realizó entre noviembre de 2019 y febrero de 2020 de forma telemática.

1. En primer lugar se identificaron personas expertas que representaran perfiles profesionales del ámbito sanitario (medicina comunitaria, ginecología y enfermería), así como del ámbito asociativo. Para ello se contactó con la red del Centro de análisis y programas sanitarios (redCAPS), también se utilizó un muestreo bola de nieve y se informó a la asociación de cultura menstrual “La vida en rojo”.
2. Se contactó mediante correo electrónico para solicitar su colaboración. Respondieron afirmativamente cinco personas: dos ginecólogas, una médica de AP, un enfermero e investigador y una integrante de asociación.

Antes de iniciar el proceso de consulta se envió el documento de consentimiento informado (Anexo 4) y un documento de confidencialidad (Anexo 5), como garantía ética y de buen uso del documento a valorar.

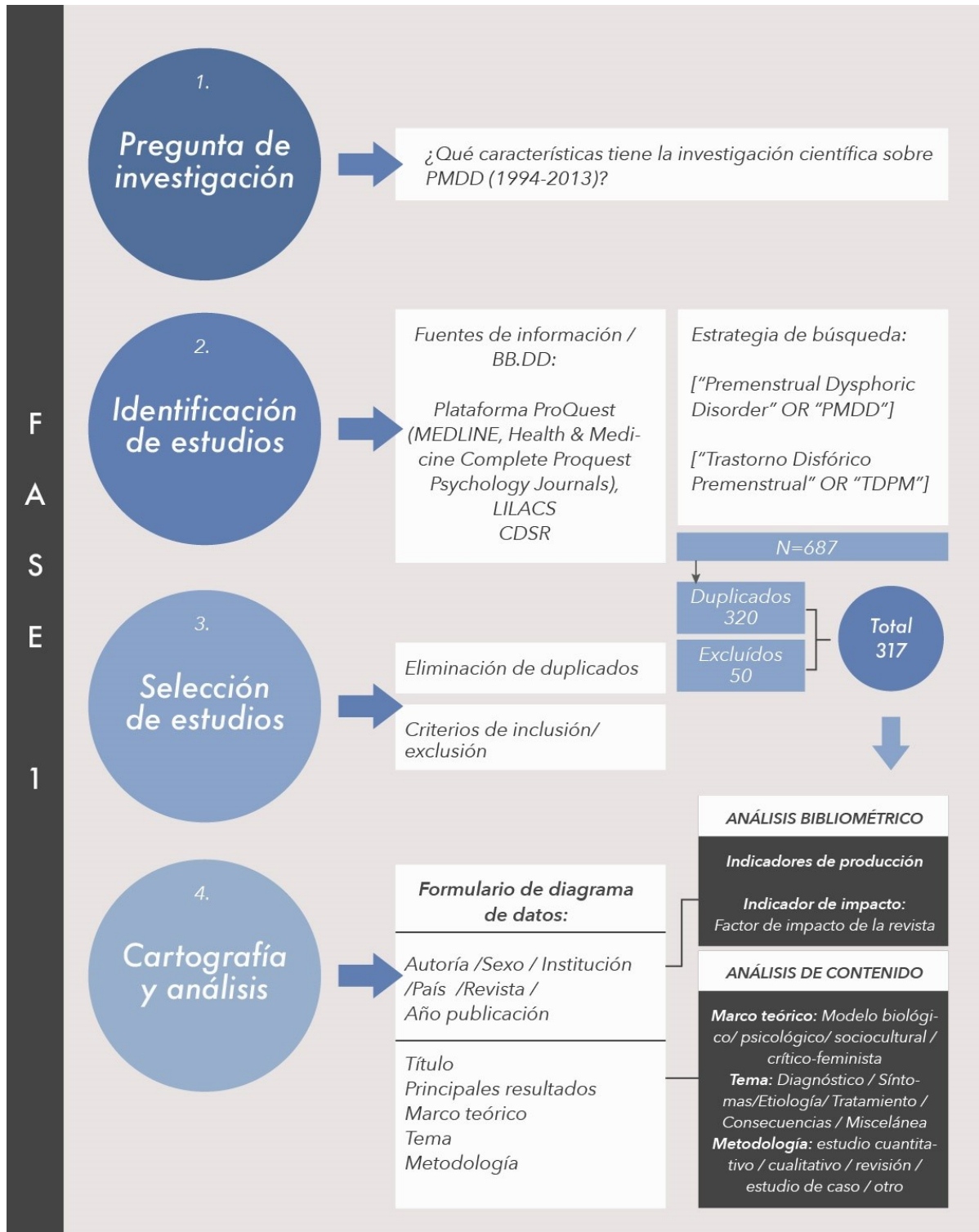
3. Una vez firmado y enviado a la investigadora principal los documentos firmados, se procedió al envío del informe a valorar, junto con una breve información sobre la metodología *scoping review* empleada y la encuesta de valoración telemática donde se preguntaba sobre: la valoración general de la metodología y resultados, los puntos débiles y fuertes detectados, la aplicabilidad de los resultados, en la investigación y la práctica clínica así como las posibilidades de difusión de resultados y otras cuestiones a añadir (Anexo 6).
4. Finalmente, los resultados obtenidos se incorporaron al trabajo final.

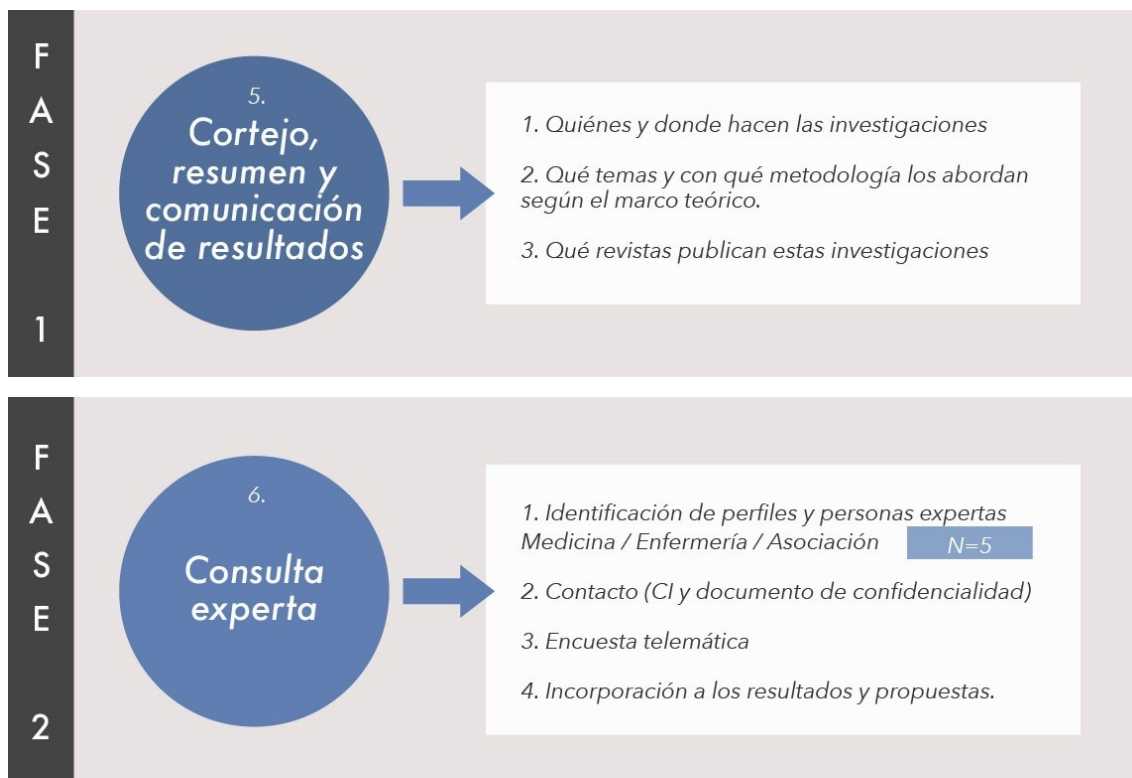
Las personas que participaron así como su perfil profesional y académico se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 10. Perfil profesional y académico en la consulta experta

<i>Participantes</i>			
Enriqueta Barranco Castillo		<b>Total n=5</b>	
Arianna Bonato			
María Jesús Pita Conde			
Raúl Martos			
Victoria Sánchez Benito			
<i>Perfil profesional</i>	<i>n</i>	<i>Perfil académico</i>	<i>n</i>
Ginecología	2	Doctorado	4
Medicina	1	Máster bioética	1
Enfermería	1		
Asociación	1		

El proceso metodológico completo de esta *scoping review*, con las acciones realizadas en las distintas etapas de la fase 1 y fase 2, se resumen en la siguiente imagen.





Infografía 1. Proceso metodológico para *scoping review*

## 2.4 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se han tenido en cuenta los requisitos que propone Ezekiel Emanuel que siguen normas CIOMS 2002, de la Organización Panamericana de la salud (OPS), para que una investigación sea ética (Rodríguez Yunta, 2004)

1. **Valor social o científico.** En cuanto a la importancia social, científica y clínica, se pretende conocer cómo es la investigación sobre un trastorno que afecta a un 3-5% de mujeres durante su periodo fértil, que ocupa 35 años de su vida. El análisis de sus características permite entender qué valores promueven esta actividad, que serán aplicados mediante la práctica clínica al diagnóstico de las mujeres. En último término se quiere comprobar si la categoría diagnóstica analizada, el “Trastorno disfórico premenstrual”, cumple con las características de los procesos de medicalización, que afectan de forma negativa a la salud de las mujeres.
2. **Validez científica.** El diseño metodológico, que sigue las recomendaciones más actuales para la realización de *scoping review*, así como la participación de

personas expertas en su valoración, aseguran la validez científica del estudio y su aplicabilidad.

3. **Selección equitativa de los sujetos.** La selección de artículos se realizó en base a criterios de inclusión y exclusión, aplicados al resultado de la búsqueda. La selección de personas expertas, en la última etapa de consulta, se hizo tras definir los perfiles adecuados, por formación y profesión, tanto de profesionales de salud como del ámbito asociativo. Se incluyeron en la fase de consulta a todas las personas que mostraron interés en participar.
4. **Proporción favorable del riesgo-beneficio.** Las personas expertas que participaron en la consulta lo hicieron de forma voluntaria, e hicieron sus valoraciones en base a su conocimiento y experiencias. Estas personas conocían de antemano las condiciones de participación. Se consideró además un beneficio conocer de primera mano los resultados de este estudio y aportar sus valoraciones.
5. **Condiciones de diálogo auténtico.** Con las personas que participaron en la fase de consulta se estableció un diálogo basado en la información sobre su colaboración y cuyas opiniones eran libres y no condicionadas. En el formulario de valoración, el espacio final estaba reservado a comentarios y sugerencias que no hubieran sido anteriormente contempladas.
6. **Evaluación independiente.** La evaluación independiente de este estudio fue realizada por el CEI-HUVN y también se considera una evaluación independiente el criterio de valoración del tribunal de tesis. En cuanto a la independencia de la valoración de la consulta experta, ésta no conllevaba compensación económica.
7. **Consentimiento informado.** El consentimiento informado se entiende como un proceso, en él, se cuidó la toma de contacto con las personas expertas que valoraron la *scoping review*, se firmó el documento de consentimiento informado que incluía los objetivos del estudio, en qué consistía su participación y el tratamiento de la información según la Ley vigente. Además, se mantuvo contacto telefónico y vía mail para resolver las dudas sobre el procedimiento.

8. **Respeto a los sujetos inscritos.** Se cuidó la selección de participantes y su comodidad durante el proceso investigador. El respeto a las personas expertas que participaron en la consulta se basó en el respeto a su opinión y a sus tiempos, adaptando los plazos de entrega a las necesidades personales de las participantes, así como la posibilidad de retirarse del estudio si lo consideraban conveniente. Además, se cumplió con lo convenido en cuanto al acuerdo de que su nombre figurara en este trabajo de investigación.



# Resultados

*Los resultados se presentan en cuatro secciones.*

*La primera titulada “Representación social de la menstruación”, está dedicado a las denominaciones y significados, las creencias y mitos y las percepciones sobre la menstruación en el contexto estudiado con la entrevista en profundidad a las mujeres.*

*La segunda sección “Vivencia del ciclo menstrual” presenta los resultados de las entrevistas a las mujeres sobre tres aspectos. En primer lugar, las características del ciclo menstrual (regularidad, duración, cantidad de sangrado), así como los productos utilizados y valoración de los mismos. Posteriormente, se ahonda en dos aspectos clave: la vivencia de la menarquia y el malestar asociado al ciclo menstrual.*

*La tercera sección, “Medicalización de la fase premenstrual”, se divide en dos partes claramente diferenciables. En primera se exponen los discursos de las mujeres, identificados en las entrevistas, en cuanto a la etiología del malestar, la atención sanitaria, las creencias sobre “síndrome premenstrual” y las valoraciones sobre la supresión de la menstruación. En la segunda parte, dedicada al análisis del discurso científico, se exponen los resultados de la scoping review sobre la categoría diagnóstica “Trastorno Disfórico Premenstrual” (TDPM).*

*En la última sección “Propuestas”, se enumeran las acciones para la promoción de la salud menstrual identificadas, tanto desde la experiencia menstrual de las participantes en las entrevistas, como desde la aproximación científica de profesionales consultadas en la scoping review.*



## 1. REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA MENSTRUACIÓN

En este capítulo se exponen los resultados de las entrevistas referidos a las denominaciones y significados de la menstruación, las creencias y los mitos, la percepción social, personal y del entorno familiar sobre la menstruación y las percepciones sobre la publicidad de productos menstruales comerciales.

### 1.1 DENOMINACIONES Y SIGNIFICADOS

Con el objetivo de aclarar y conocer los términos con los que se hace referencia a la menstruación se preguntó a las participantes qué nombre utilizan y qué otros nombres conocen para denominarla.

En cuanto al primer aspecto, la respuesta fue unánime, las participantes de todos los perfiles denominan a la menstruación “la regla”, nombre acompañado de verbos como bajar, venir, dar o tener “la regla”.

*La regla (Andrea: JShRUni)*

*La regla (Sole: JChRNoUni)*

*Regla (Lorena: JChUNoUni)*

*Habitualmente regla (Estefanía: JShRNoUni)*

*La regla (Miriam: MChRUni)*

*La regla (Violeta: MShRNoUni)*

*La regla (Lourdes: MChUNoUni)*

*La regla (Adela: MChRNoUni)*

*La regla (Marga: MShUUni)*

*La regla (Mónica: MChUNoUni)*

*Me va bajar la regla (Anita: JShUUni)*

*Regla, tener la regla. (Lola: JChRUni)*

*Me ha venido la regla (Carolina: MShUUni)*

*Me ha dado la regla (Adela: MChRNoUni)*

Las participantes reconocen el uso de términos como “periodo” o la expresión “estar mala”, una de las participantes reflexiona sobre esta expresión, que intenta modificar porque asocia un proceso normal con una enfermedad.

*El período. (Marga: MShUUni)*

*Período (Fede: MShRNoUni)*

*El período. (Violeta: MShRNoUni)*

*Antiguamente, mi madre y mi abuela le decían: el periodo (Lourdes: MChUNoUni)*

*Me voy a poner mala (Adela: MChRNoUni)*

*Estar mala (Lola: JChRUni)*

*A lo mejor esto se utilizaba más antes, eso de decir: estoy mala (Eva: JShUUni)*

*Pues antes le decía que: me ponía mala y es una costumbre que me estoy intentando quitar, porque a veces todavía lo digo, sobre todo porque me lo han dicho muchas veces cuando he dicho: me voy a poner mala, en el sentido de que no puedes de decir que te vas a poner mala cada vez que te baja la regla porque no es una enfermedad ¿sabes? Así que normalmente digo que: me baja la regla (Anita: JShUUni)*

Algunas participantes usan la palabra “menstruación”. Sin embargo, a mujeres sin hijos, de ámbito rural y sin estudios universitarios, les resulta un término despersonalizado, técnico y propio del contexto médico.

*Menstruación (Miriam: MChRUni)*

*La menstruación (Anita: JShUUni)*

*La regla, bueno, la menstruación (Eva: JShUUni)*

*Menstruación siempre en los ámbitos más... si vas al médico: ¿Y usted cuando menstrua, no? (Estefanía: JShRNoUni)*

*No me gusta la palabra menstruación, se me hace muy sangrienta y fría, muy técnica (Violeta: MShRNoUni)*

Las expresiones que identifican las participantes para referirse a la menstruación pueden clasificarse en tres grupos:

- ∞ las que hacen referencia al color rojo (*me ha venido el tomate*),
- ∞ las asociadas a una visita de familiar o amistad (*ha venido mi prima*) y, por último,
- ∞ las que refieren lugares lejanos o accidentes, (*te has caído por las escaleras*).

Tabla 11. Eufemismos para menstruación

Color rojo	Visita de familiar o amistad	Lugares / Accidente
“La roja... normalmente referencias con el color” (Estefanía: JShRNoUni)	“Mi prima” (Andrea: JShRUni) “Ha venido mi prima” (Carolina: MShUUni)	“En la zona de Tarifa he escuchado: ya he ido a Gibraltar” (Fede: MShRNoUni)
“Te está viniendo la roja” (Sole: JChRNoUni)	“Me ha visitado la tía Juana” (Lorena: JChUNoUni)	“Te has caído de la escalera” (Anita: JShUUni)
“Me ha venido el tomate” (Eva: JShUUni)	“Ha venido mi amiga” (Carolina: MShUUni)	“Cuando a una niña le venía la regla decía: ya ha rodado por las escaleras o ha caído por las escaleras” (Lourdes: MChUNoUni)
“El tomate” (Estefanía: JShRNoUni)	“No salgo porque tengo visita” (Carolina: MShUUni)	

Participantes jóvenes conocen expresiones que hacen referencia a los tres aspectos comentados anteriormente (*ha venido mi prima de Japón*).

*Ha venido mi prima de Japó:, porque es blanca, y con la mancha (Andrea: JShRUni)*

*Ha venido mi prima la pelirroja (Sole: JChRNoUni)*

*Mi prima la de rojo (Eva: JShUUni)*

*Ha venido su tío de Alemania (Lola: JChRUni)*

101

Otras expresiones identificadas hacen referencia a la menstruación sin nombrarla explícitamente (*esos días*) o con connotaciones negativas, de suciedad (*la guarri*).

*Estar en esos días del mes (Carolina: MShUUni)*

*Mi hermana chica la llama: la guarri (Miriam: MChRUni)*

Muchos de estos nombres y expresiones se consideran ridículos. Sin embargo, una participante conoce una referencia sin connotaciones negativas de la menstruación como “luna roja”, que relaciona el ciclo lunar con el ciclo menstrual.

*Ahora mismo no me acuerdo de más nombres ridículos (Eva: JShUUni)*

*Últimamente escucho más la luna roja estoy con mi luna roja. Que, por cierto, me gusta un montón, se refiere al ciclo de la luna, que somos también nosotras un ciclo lunar, pues justo cuando estás sangrando, es justo la luna roja (Adela: MChRNoUni)*

En cuanto a los significados atribuidos a la menstruación, para indagar en este aspecto, se pidió a las participantes que definieran en pocas palabras su menstruación. Todas ellas utilizaron expresiones negativas (fea, horrorosa, maldita, tragedia, sufrimiento, estar jodida, odio ser mujer, empezar a morir, venganza de dios), debido al dolor que les causaba y a las limitaciones asociadas.

*Un coñazo (Mónica: MChUNoUni)*

*Horrorosa, no la quiero. Me ha trastornado la vida, ha sido un eje vertebrador en mi vida que me ha limitado (Marga: MShUUni)*

*Horrible, porque me vino muy joven y porque duele mucho (Sole: JChRNoUni)*

*Un coñazo, porque -aunque son poco, dos días- duele mucho, además estoy ahora mala con la regla y es el día fuerte ¿sabes?, en plan a reventar. Pues, que es un coñazo (Andrea: JShRUUni)*

*Para mi sigue siendo un sufrimiento. Ya no puedo llevar la vida normal, cuando me llega, porque me duele, porque no estoy yo bien (Adela: MChRNoUni)*

*Para mi es lo peor (Lorena: JChUNoUni)*

*¿Mi regla?, pues... fea (Lourdes: MChUNoUni)*

*Maldita regla (Fede: MShRNoUni)*

*Tragedia (Marga: MShUUni)*

*He de confesar que yo le digo que: me va a bajar la regla, y cuando me baja: odio ser mujer (Anita: JShUUni)*

*Si tuviera que definirla, diría: período este del mes en el que estás una semana jodida por delante o por detrás de los días (Carolina: MShUUni)*

*He empezado a morir (Carolina: MShUUni)*

*La regla es una venganza porque Dios es mujer y esto no nos lo hubiera hecho un hombre, esto solo se lo hace una mujer a otra mujer, un hombre no tiene esta maldad para mandarnos esto todos los meses [...](Carolina: MShUUni)*

102

En relación al malestar y las limitaciones y su grado de intensidad, una de las participantes hace la analogía con un volcán para definir su ciclo menstrual, durante un periodo de tiempo se encuentra en calma para luego “explotar”, tanto a nivel físico como emocional.

*Volcán, por dos cosas: anímica y físicamente. Anímicamente, estoy en un período un poquito más sensible justo antes de que me baje, a nivel hormonal estoy súper triste y cuando me baja la regla ya explota. A nivel físico, el primer día explota, me quiero morir y el segundo día ya todo va calmándose... es como un volcán (Anita: JShUUni)*

Muchas participantes coinciden en destacar los mismos aspectos negativos de la menstruación: que causa dolor y trastornos físicos (llegando a anular a las mujeres), y emocionales (altibajos y malhumor). También reconocen que socialmente es un tema tabú, que es un tema con mala fama y que las mujeres son consideradas deficitarias e incompletas por el patriarcado, durante el sangrado menstrual.

*El dolor, el trastorno emocional, hormonal, subidones y bajones (Eva: JShUUni)*

*Y el oír: ay, que estás de mala ostia ¿qué pasa, que tienes la regla? Como jode eso además, pues no, no tengo la regla, soy así (Adela: MChRNoUni)*

*A mí es que me anula, entonces, en mi casa, en general, en el entorno familiar se habla mal, o se percibe como mal, pero más por la situación en la que yo la padezco (Carolina: MShUUni)*

*Es que tiene muy mala fama la regla (Lorena: JChUNoUni)*

*Yo creo que ahora para las que son más jóvenes es más negativo o un poco más tabú (Eva: JShUUni)*

*Por supuesto [se ríe] y la menstruación es uno de ellos. Pues, mira, empezando por la expresión de: te vas a poner mala, la propia sociedad, las mismas expresiones de los chicos que te rodean y de muchas chicas de: ¿qué estás con la regla? (desprecia-tivo), incluso cualquiera de las dos seguramente lo hemos llegado a decir, de hecho, es más yo a veces se lo digo a mis compañeros de piso cuando están tontos ¿sabes? Que incluso lo hace una misma. Se entra en el mismo juego de utilizarla como algo negativo. (Anita: JShUUni)*

*Sí, claro que sí. De hecho, como siempre, se ha visto la regla como algo chungui (Eva: JShUUni)*

*El hecho de no respetar nuestros ciclos y nuestros ritmos afecta mucho. El problema es que, además, a nosotras se nos considera muy mal precisamente por el hecho de menstruar (Estefanía: JShRNoUni)*

*Hay cosas que aún no están erradicadas porque nos consideran ¿cómo decirlo?, deficitarias, que no somos completas y tenemos esa debilidad, algo negativo. En vez de encumbrarnos porque somos las que tenemos la posibilidad de tener hijos y eso es único, es algo fabuloso, somos las únicas que podemos engendrar una vida. Pues no, esto nos causa debilidad y esa cosa negra ahí que es injusto. Está montado así por el patriarcado, que todavía no ha desaparecido (Fede: MShRNoUni)*

También identifican aspectos positivos en relación a la menstruación. Principalmente, la capacidad reproductiva y, por tanto, la posibilidad de tener hijos/as. Algunas comentaron que el ciclo menstrual les permite conocer su cuerpo y sentir mayor creatividad en algún momento del ciclo, más placer en las relaciones sexuales y mayor sensibilidad para entender las conductas emocionales, así como usar la sangre menstrual como abono para las plantas.

*Pues, que sin la menstruación no podríamos tener hijos, eso está claro (Lorena: JChUNoUni)*

*Bueno sí, puedes tener hijos, si no tuvieras la regla no tendrías hijos (Mónica: MChUNoUni)*

*Más bien una actitud de intentar conocerla. De todo mi círculo de amigas pues es mas de conocerla e intentar conocer tu cuerpo un poco más y a través de ella, ¿no? Y de nuestros ciclos (Estefanía: JShRNoUni)*

*Yo es que creo que, además, en esos días, como estás más sensible, los motivos, todo eso como que los ves superclaros. Entonces, sí, efectivamente tienes motivos para estar de mala leche y si te toca que estás con la regla, oye pues mejor, más lo ves (Adela: MChRNoUni)*

*Pues, últimamente, estoy escuchando más cosas positivas, en plan por ejemplo: el poder de la creatividad en esos días, o también historias de la menstruación para las plantas, o las relaciones sexuales con la menstruación (Eva: JShUUni)*

*Sí, conozco mujeres que han cambiado las compresas y tampones por la copa de luna. Hacen sus cositas con la copa de echarle a sus plantas, sus historias, me encanta y las ves un día normal como otro cualquiera que no tienen la regla y están tan activas y tan todo como siempre (Adela: MChRNoUni)*

Sin embargo, una de las entrevistadas destaca la dificultad de incorporar una perspectiva positiva sobre su menstruación como señal de femineidad debido al padecimiento que conlleva, por lo que desea que desaparezca con la menopausia.

*Tengo una doble visión: estoy en el rollo de intentar aceptarlo y de que es mi feminidad, pero por otro lado también estoy deseando que me llegue ya la menopausia, que es que llevo desde los once años sufriendo con el tema de la regla. O sea, que para mí no es agradabl. Me encantaría que fuera de otra manera, pero no lo consigo (Adela: MChRNoUni)*

104

En definitiva, en cuanto a la denominación de la menstruación es común que se le llame “la regla”; pero, además, se conocen y usan multitud de nombres y expresiones, la mayoría con fuertes connotaciones negativas (“empezar a morir”, “castigo de dios”). Se hace referencia a la menstruación sin nombrarla, usando expresiones en torno al color rojo, a la visita de un familiar a un lugar. Respecto a los significados atribuidos, la mayoría identifica el malestar asociado, físico y emocional y que existe un tabú. Aunque, también destacan aspectos positivos como la capacidad reproductiva, el conocimiento del propio cuerpo, el aumento de la creatividad y el placer sexual y su uso como abono para plantas.

## 1.2 CREENCIAS Y MITOS

En cuanto a las creencias sobre la menstruación, se valoró tanto la herencia cultural de nuestra sociedad como las creencias sobre la menstruación en otras culturas.



En cuanto a la herencia cultural, varias participantes hacen referencia a la percepción negativa de la menstruación desde la antigüedad hasta la actualidad, con gran influencia de la religión, que define a las mujeres menstruantes como impuras, locas, brujas y enfermas.

*Hay muchísimos dichos, sobre todo de la gente antigua, para camuflar un poquito la vergüenza tan terrible que las mujeres tenemos por esa cosa tan nefasta, que fuimos incluso consideradas brujas. Luego somos personas enfermas por tener ese sangrado (Fede: MShRNoUni)*

*Las mujeres cuando tienen la menstruación eso es igual que en la Iglesia católica, exactamente igual, es impura, entonces claro, se trata de maneras diferentes, en la católica es: no toques la planta porque se muere y no me hables porque estás loca; y en la árabe, la musulmana: no me toques porque me contagias tu impureza. Es algo en plan negativo siempre (Anita: JShUUni)*

En relación a las creencias en otras culturas, muchas participantes coinciden en la existencia del “tabú menstrual”, porque no se habla de ella o, si se hace, es de forma negativa. Una participante pone como ejemplo el de tribus africanas que apartan a las mujeres de la comunidad cuando menstrúan por la creencia de que, en este período, están embrujadas o poseídas.

*Casi siempre se ha visto [la menstruación] en negativo, es un tabú en otras culturas (Sole: JChRNoUni)*

*Con una amiga francesa, que luego le pregunté a otra y es verdad, me dijo que entre ellas no pueden hablar así como estamos haciendo tú y yo; solo entre personas de la familia o con mucha confianza. Me llamó la atención porque siempre piensas que en Francia hay como más apertura (Marga: MShUUni)*

*Tribus, de estas raras, se aparta a las mujeres cuanto tienen la regla, porque estaban embrujadas, poseída esos días por alguno de sus dioses o seres mágicos o algo así, y sí se van... Había un programa en (canal de televisión), un reality que intercambiaban familias y llevaban a unas familias de aquí a unas tribus de por ahí, de África. Pues en uno de los programas, a una chica de la tribu le viene la regla y ella se iba del poblado y se iba a aislar (Carolina: MShUUni)*

*En el continente africano, en otras culturas, sí que a lo mejor a la mujer, tiene que estar apartada durante la menstruación, hasta que no termine con la menstruación y tal. Y, la verdad, es que me llama mucho la atención (Miriam: MChRUni)*

Respecto al hecho de apartar a las mujeres de la comunidad durante la menstruación, participantes, con hijos/as y sin estudios universitarios, lo perciben de manera positiva, ya que facilita espacios específicos donde mujeres mayores y jóvenes conviven, comparten y aprenden sobre las propiedades de cada fase del ciclo menstrual.

*En otras culturas se respeta más a las mujeres menstruantes, tienen sus espacios, aprenden entre ellas, le dan mayor valor que lo que se hace aquí (Lorena: JChUNoUni)*

*Hay sitios que las mujeres tienen sus casas, tribus y gente que tienen sus casas de menstruación y se van ahí las mujeres a menstruar todas juntas y es el día que vamos, consejos de las ancianas a las mujeres menstruantes, es el mejor día de todo porque es que tienes ahí las percepciones y todo super clarividente incluso. Sí, de hecho esos días son como ¡guau!. Todos los proyectos que tengo y ta, l pues ahí voy diciendo cómo lo tengo que hacer, de aquella manera porque tal, y estoy esperando un poco que pasen esos días para coger otra vez el empuje (Adela: MChRNoUni)*

Otra de las creencias identificadas es la sincronía del ciclo que conlleva que, mujeres que conviven o pasan mucho tiempo juntas, menstrúan los mismos días.

*Lo que he escuchado es que cuando dos o tres mujeres o así conviven juntas, no sé, cómo que al final todas acaban con la regla a la vez (Sole: JChRNoUni)*

En relación a los mitos sobre la menstruación, las participantes, de todos los perfiles, identificaron varios que justifican la prohibición sobre las mujeres de realizar ciertas actividades. Estas prácticas están relacionadas con:

106

- ∞ La elaboración, fabricación o consumo de alimentos, así se prohíbe a las mujeres menstruantes batir la mayonesa, pisar la uva en la vendimia, participar de la matanza o comer sardinas.

*Que no se puede hacer mayonesa, se pone mala (Lorena: JChUNoUni)*

*No se bate la mayonesa porque se corta (Eva: JShUUni)*

*Mi suegra me explicó que a mí nunca me sale la mahonesa porque siempre que lo intentaba me tocaba estar con la regla (Carolina: MShUUni)*

*El tema por ejemplo de la mayonesa, que estábamos haciendo la comida y ¿tienes la regla? para hacer la mayonesa o no, y yo decía: ¡qué coño! ¿es que no se puede hacer la mayonesa?, y de hecho alguna vez se me cortó (Adela: MChRNoUni)*

*Lo del vino sí, lo aprendí en una visita a la Alpujarra porque me llamó la atención de no ver a ninguna mujer, y si hay alguna pues están fuera, con otras funciones (Carolina: MShUUni)*

*Antiguamente, en la matanza, los viejos y las viejas veían que las nietas y las hijas cuando tenían la regla no iban a hacer la matanza porque se cortaba la morcilla y lo que fuera con sangre. En plan: ¿Qué tenéis todas la regla? Pues, ni tú ni tú venís a la matanza, os quedáis fuera, cosas así en plan muy a saco, muy: Coño tío, que tengo la regla, que no tengo una enfermedad (Sole: JChRNoUni)*

*Según que comidas no las puedes hacer cuando tienes la regla (Lola: JChRUni)*

*Una vez me dijeron algo sobre el pescado que no podías comer las sardinas (Eva: JShUUni)*

- ∞ La higiene y el lavado: no se aconseja bañarse o lavarse la cabeza porque podría cortarse el sangrado y “es malo”.

*Yo recuerdo en el Instituto había una niña que no se lavaba el pelo ni se bañaba cuando tenía la regla (Lola: JChRUni)*

*Cuando eras pequeña que no te podías bañar, eso lo decía la gente en teoría (Mónica: MChUNoUni)*

*Mi abuela, que vivió con nosotros desde que yo tenía siete años a los veintiséis, decía: ¡ay no, con la regla no te duches que eso es malísimo!, que se podía cortar, que era malo (Lourdes: MChUNoUni)*

*A mí me decían que no te podías lavar, que se cortaba (Lorena: JChUNoUni)*

*Mi madre al principio me decía: bueno, durante estos días no te duches, y yo diciendo: ¡o mamá, no, o sea, no, es al contrario, ¿no?, mamá no me digas eso. Pero si es verdad, que ahora parece que no se dice (Miriam: MChRUni)*

*Que no te puedes duchar, que no te puedes lavar la cabeza, cosas así, brutalidades que se suelen decir (Marina: JShUUni)*

- ∞ Contacto con seres vivos: prohibición de tocar plantas y flores durante la menstruación porque se secan o evitar montar a caballo porque se altera. Este mito es identificado por mujeres jóvenes.

*Mi cuñada las dos veces que ha entrado en mi casa con la regla y yo tenía un ramo de flores, las dos veces me las ha secado. Las flores suelen durar dos, tres días, pues como yo las compre y ella venga con la regla, para el día siguiente se secan (Sole: JChRNoUni)*

*He escuchado en otras casas que no puedes tocar una planta porque se muere (Anita: JShUUni)*

*Que no se toquen las plantas (Eva: JShUUni)*

*Íbamos las dos juntas y yo llevaba una jaca y mi prima llevaba el caballo y nos preguntaron: ¿Tenéis la regla? Yo no la tenía y mi amiga sí, pero le dio fatiga y dijo que no, cuando fue a montar pues el caballo me dio a mí la patada, y era por eso, que los caballos se supone que lo saben y cuando tienes la regla pues no te puedes montar (Sole: JChRNoUni)*

- ∞ Actividad física: yoga, concretamente asanas invertidas y torsiones. Esta restricción fue experimentada por una de las participantes, que fue apartada del grupo para realizar otros ejercicios.

*Te dicen que no se pueden hacer las posturas invertidas o las torsiones en Yoga cuando tienes la regla, donde estaba yo había una tabla específica de la regla,*

*que estaba guay porque era muy sencillita y allí el yoga era muy duro, así que era como el día de descanso. Pero, por otra parte, era un poco feo porque te ponías tú ahí, en la esquina, a hacerte tu tablita de la regla, ahí a tu bola, con lo cual todo el mundo sabía que tú tenías la regla (Violeta: MShRNoUni)*

- ∞ Otras, como evitar prácticas sexuales o justificar en enfado o la ira de las mujeres.

*Yo he oído de todo, no bañarte en la playa, ni en una piscina, no tener sexo, lo de la mayonesa, que se corta si haces mayonesa y el estar de mala leche y de mala onda con todo el mundo porque tienes la regla (Adela: MChRNoUni)*

En resumen, las participantes identificaron creencias que asocian el estado menstruante de la mujer con la idea de ser brujas, estar poseídas o enfermas. Estas creencias son identificadas tanto en nuestro bagaje cultural como en otras sociedades. Las participantes de zona rural consideran que apartar a las mujeres de la comunidad cuando menstrúan es una oportunidad de contacto intergeneracional de mujeres. También nombran la existencia de la sincronía menstrual. Los mitos sustentan restricciones en las actividades de las mujeres relacionadas con la elaboración y consumo de alimentos, la higiene y el lavado, el contacto con seres vivos, y la actividad física. Además, se identifica como mito el mal carácter.

108

### 1.3 PERCEPCIONES

En cuanto a las percepciones sobre la menstruación se abordan tres dimensiones: la personal, la social y familiar y, por último, la percepción sobre la publicidad de productos menstruales.

#### 1.3.1 Percepciones personales

Para abordar la percepción personal sobre la menstruación de las participantes se indagó en las motivaciones de las participantes para participar en este estudio.

Algunas participantes destacan la importancia del tema. Reconocen que el ámbito científico es androcéntrico y, por ello, ha ignorado las cuestiones propias de las mujeres, y se ha definido la menstruación como algo negativo. Consideran que es necesario abordar y conocer el ciclo menstrual y la vivencia de las mujeres, porque para muchas supone un problema, aunque consideran que no debería serlo.

*A mí me parece un tema importante (Lorena: JChUNoUni)*

*Lo que tengo son problemas porque debido, y soy consciente, al reducto de patriarado que tenemos todavía en el siglo veintiuno, pues como es una cosa que solo nos afecta a las mujeres, que la regla es algo tan malo que tenemos las mujeres, no han profundizado los investigadores. Porque, fundamentalmente, la ciencia está en manos de hombre., Como es un problema específico de mujeres, no se investiga. Yo estoy descontenta y totalmente defraudada con eso (Fede: MShRNoUni)*

*Me resulta súper interesante y necesario, y algo que realmente no se habla, es algo que para muchísimas mujeres es un gran problema, cuando no debería de serlo (Anita: JShUUni)*

*Creo que es un tema del que hay que hablar. Muchas veces, hablamos con amigas para ver cómo van sus reglas y que -para mí- la menstruación ha sido desde el minuto uno un sufrimiento (Eva: JShUUni)*

*Porque, normalmente, es un tema en el que ni entre mujeres nos entendemos porque como cada una lo pasa como lo pasa (Carolina: MShUUni)*

*Porque la regla es un tema súper importante. Para mí es muy interesante porque a mí me han pasado muchas cosas en referencia a ella que me ha hecho, de alguna manera, quererla mucho, a pesar de que a veces... a pesar de lo malo (Estefanía: JShRNoUni)*

En este sentido, hablamos también sobre el interés de una investigación como ésta, realizada desde otro enfoque y sobre sus las motivaciones para participar en la misma y lo que puede aportar al resto de las mujeres. Respecto a sus motivaciones, subrayan su interés personal por aprender más sobre el ciclo menstrual, compartir sus experiencias y conocer la metodología de trabajo y las conclusiones de este estudio.

*Y, entonces, también para aprender y demás (Eva: JShUUni)*

*Me gustaría poder ver en qué resuelve esto, quiero decir, qué puede aportarnos a las mujeres el leerlo (Carolina: MShUUni)*

*También ya por curiosidad digo: bueno, pues una experiencia más (Lourdes: MChUNoUni)*

*Me interesa porque si sirve, para socializar, y el hecho de compartir una experiencia tuya personal y que sirva para algo, me parece muy interesante (Marga: MShUUni)*

*A mí me llama la atención qué conclusiones se pueden sacar de esto (Lorena: JChUNoUni)*

*La incógnita de saber sobre qué ibas a preguntar y no entrar en tres preguntas de ¿te duele, te dura, qué cantidad tienes? Eso es lo que quiero yo saber, qué más cosas puedo yo contar de esto (Carolina: MShUUni)*

Sin embargo, otras decidieron participar en este estudio porque habitualmente les gusta colaborar y ayudar en este tipo de trabajos, especialmente si es un tema relacionado con las mujeres, sin hacer referencia concreta al tema.

*Me gusta participar en las encuestas y cosas así (Sole: JChRNoUni)*

*Pues, que a mí me encanta ayudar a todo lo que buenamente pueda ayudar (Miriam: MChRUni)*

*Que esto está relacionado con las mujeres más que nada, así que... por poder, por ayudar pues ya verás (Andrea: JShRUni)*

### 1.3.2 Percepciones sociales y del entorno familiar

En relación a la percepción social se pidió a las participantes que identificaran los contextos en los que se aborda la menstruación y de qué forma se hace.

Las participantes de los diversos perfiles, consideraron que, en general, se habla con normalidad de la menstruación, pero que no se hace habitualmente. Cuando se habla de la menstruación es para destacar aspectos negativos, principalmente el dolor que conlleva.

*Se habla con total naturalidad y normal, pero tampoco es un tema que saquemos (Lourdes: MChUNoUni)*

*En todo mi entorno, como algo más negativo, bueno, como algo natural pero quizás como algo negativo (Lola: JChRUni)*

*Sí, está muy normalizado. Por ejemplo, si siento dolor porque tengo la regla, pues lo digo. Y, si me empieza a doler la barriga: ¡uy! pues me viene la regla, y ya está. Y la gente, la verdad, con mucha naturalidad, hay pocas personas que digan: ¡uy!, cómo dices eso. No, normalmente te dicen: tengo una compresa aquí o tengo una pastilla (Marina: JShUUni)*

Estas conversaciones se mantienen habitualmente entre amigas. Participantes de todos los perfiles coinciden en afirmar que es el contexto donde comentan el malestar que sienten, los trastornos físicos que padecen y las vivencias negativas que supone el dolor menstrual. En estas situaciones se sienten comprendidas, porque también otras mujeres tienen vivencias similares y porque conocen sus consecuencias.

*Yo creo que entre las chicas siempre lo hemos hablado, si te duele o no te duele (Mónica: MChUNoUni)*

*Mis amigas casi todas las que hablamos esto, igual, con mucho dolor, una va a pincharse porque, cuando le baja, le baja más de la cuenta y se marea y va barriendo el suelo (Sole: JChRNoUni)*

*Y en el círculo de amistades, con la gente que me junto, es que somos parecidas. Entonces, es que nos supone tal trastorno físico que la vivencia personal es negativa (Carolina: MShUUni)*

*En mi caso, casi siempre habla todo el mundo alrededor, como con compasión, la gente cercana ha compartido mi experiencia y es un tema que me tratan con mucha delicadeza porque saben que yo lo paso fatal, que me he tenido que ir de reuniones*

*de estar con amigos, y me han visto tan mal que les preocupa. Nunca a mi alrededor ha sido un tema socarrón (Marga: MShUUni)*

*En familia, bueno, con mis hermanas sí, menos más... si hablamos y eso. Y con amigas pues en plan negativo: que coñazo, otra vez (Andrea: JShRUni)*

Respecto a las conversaciones sobre la menstruación con hombres hablaron dos participantes. Ambas consideran que se habla de forma natural con compañeros y que ellas les expresan su malestar. Una de ellas declaró percibir cierta incomodidad por parte de ellos.

*Entre colegas sí, con naturalidad, realmente con naturalidad. Igual me dicen los colegas amigos: ¿Por qué tienes esa cara? Porque me ha bajado la regla y no veas si me duele. De una manera bastante natural entre chicos y chicas (Anita: JShUUni)*

*En el círculo de amigas: pues mira, me ha venido la regla, como el que habla de que voy a comprar el pan. Con los chicos siempre es más complicado, por ellos, no por mí, que a mí me da igual, pero si es verdad que digo: ¡Ay, estoy de la barriga, me viene la regla! Y es como que ellos se ponen así, un poco erizaditos. Pero, vamos, ni bueno ni malo, es natural (Miriam: MChRUni)*

En cuanto a mantener relaciones sexuales con la menstruación, las participantes no lo consideraban una práctica habitual.

111

*Las relaciones sexuales con la regla, pues depende, pero creo que también soy yo, que cada vez me estoy haciendo más pulcra. (Violeta: MShRNoUni)*

*En principio, a ver, mi pareja actual no le gusta tener relaciones sexuales cuanto tengo la regla, o sea no. Y a mí no me gusta el hecho de tener que lavarlo y porque pienso que puede ser un poquito incómodo para mí, no me siento bien, no tengo una relación sexual cómoda (Marina: JShUUni)*

*Es verdad que la sexualidad con la regla es un súper tema. A mí, cuando me duele, no me apetece. Yo, al principio, me daba un montón de pudor, pero un montón, pero también por todo esto que tenemos en la cabeza ¿no?, de que es algo sucio, de que mancha a la otra persona, porque ¿ellos no manchan?... y de hecho me acuerdo cuando dije no pasa nada, fue porque mi pareja me dijo: no pasa nada. (Eva: JShUUni)*

En el entorno familiar, las participantes coincidieron en afirmar que se abordaba el tema de la menstruación con la madre, en general cuando es molesta y cursa con dolor. Participantes de ámbito rural coinciden en afirmar que la menstruación es un tema tabú entre las mujeres de distintas generaciones dentro de la familia: madres-hijas-abuelas.

*Pues, en mi casa no se suele hablar mucho pero porque... bueno, mi madre sí porque mi madre ha tenido una regla horrible y claro, ya no la tiene, y mi hermana*

*nunca ha tenido problemas con la regla, tiene una regla bastante light. Entonces no, ¿sabes?, como que no es una cosa con demasiada importancia (Anita: JShUUni)*

*Mi madre no está acostumbrada a que hablemos de la regla así tan abiertamente. Y es mi madre. (Miriam: MChRUni)*

*Pues, en el ámbito familiar no se habla directamente, es como una especie de tabú. Eso sí, somos cinco hermanos, tres niñas y dos niños, pero es algo tabú (Andrea: JShRUni)*

*En la familia es un tema que no, no. A lo mejor entre primas, nosotras solas, pues sí: Ay, pues me ha venido hoy y tal, estoy hecha polvo. Pero, aun así ni con la abuela (Sole: JChRNoUni)*

### 1.3.3 Percepciones sobre la publicidad de los productos menstruales

En cuanto a la percepción sobre la publicidad de productos menstruales, se preguntó específicamente por los anuncios de productos comerciales (compresas y tampones), y se indagó sobre la percepción de los mensajes y la forma de transmitirlos.

Sobre los mensajes que transmite la publicidad, algunas participantes mayores, identifican mensajes contradictorios entre la representación de la menstruación en los anuncios y la vivencia de las mujeres.

*El mensaje es el de no manchar y el que no debería parar tu vida, con lo cual te está diciendo que realmente te la para (Carolina: MShUUni)*

*Bueno si, en el anuncio lo ponen como que es algo muy bonito, que no pasa nada y aunque estés con la regla no es ningún inconveniente para hacer cualquier cosa, pero bueno, que tampoco es tan maravilloso y tan estupendo como nos lo pintan (Lourdes: MChUNoUni)*

Perciben que los mensajes ponen en valor características como la facilidad de su uso, la discreción (no se notan) y la seguridad (no te manchas).

*Uno que fue muy tonto: que la tía iba por la calle y, hace como así, dice: Ale, ya me lo he puesto, que dices: en la calle no haces eso; por eso, por lo tonto que era, que no vas a hacer eso, te metes en un baño o algo (Sole: JChRNoUni)*

*Pues, que no necesitas más que un tampón para andar segura por la vida. Necesitas nuestro producto, porque no se va a notar que vas a tener la regla, puedes hacer de todo, te puedes desnudar y no se va a notar nada, protegida y a salvo (Eva: JShUUni)*

*Los anuncios de tampones, tú te pones un tampón y ya nadie nunca más se va a enterar de que tú tienes la regla. Y tú también eres libre por siempre jamás y puedes hacerlo todo con los tampones (Adela: MChRNoUni)*

*Una cosa que me causó un montón de impresión cuando sacaron los salvaslips negros, para las bragas negras, para cuando llevas braguitas negras no vaya a ser que se te vea; que, a parte, ¿cuándo se te ve? (Adela: MChRNoUni)*



En la misma línea, otro de los mensajes identificados es que enmascara el olor menstrual. A este respecto, algunas entrevistadas reconocen que tiene un olor característico, otras no. En cualquier caso, participantes de todos los perfiles consideran que refuerza un estereotipo negativo sobre el cuerpo de las mujeres.

*Aunque yo llevo mi higiene normal y procuro en esos días estar mucho más... Es que tengo un olor que no es de rosas, por favor y que se respete (Fede: MShRNoUni)*

*Luego viene los malos olores, me molesta un montón, porque es como si fuésemos unas apestosas (Eva: JShUUni)*

*El mensaje está muy claro. De entrada, tienes que dejar de oler a ti. O sea, no nos dejan menstruar, no tiene que notarse que menstrúas. La cuestión es que no se note que tú estás en tu momento del mes, que no huelas a ti... No sé, como que da asco que seas tú (Estefanía: JShRNoUni)*

*Me acuerdo de las compresas con olor, para oler bien esos días, o sea perfumadas; que yo decía: ¿esto qué es? Primero, es que yo no creo ni que huela mal la regla y esto de quitar el olor: ¿qué pasa? Nos hacemos ya asépticas (Adela: MChRNoUni)*

Participantes jóvenes destacaron que, en estos anuncios, se promueve la idea de no parar durante la menstruación y la posibilidad de realizar todo tipo de actividades.

*Y otro que decía: he ido a la India, he ido a no sé qué... (Lola: JChRUni)*

*Y la de: me encanta ser mujer, porque salía ahí volando y decía: me encanta ser mujer, en un campo. Era como un tripi ¿sabes?, con nubecitas y salía ella corriendo por el campo (Anita: JShUUni)*

*Una actriz que aparece en una piscina de noche y se le deja caer una pijamita, una batita todo erótico festivo y se lanza desnuda a la piscina. Entonces, se ve que así está totalmente protegida y a salvo (Eva: JShUUni)*

*Había uno de una chica, una actriz además de TV creo, que estaba en la piscina, tumbada, entonces un tipo le meta la mano en la bolsa y saca un Tampax. Resumiendo, que con Tampax se puede hacer todo, y me parece algo súper raro en la forma en que lo muestra, con el aplicador cómo ponerlo, como desaparece no sé. No lo tengo en la memoria, pero me vienen imágenes así de mal, mal, mal... (Eva: JShUUni)*

*Que si te pones esa compresa tienes un mini culo y te vas de viaje y bailarás con los Tampax y harás así con un chulazo, porque te pongas Tampax (Lola: JChRUni)*

Algunas participantes, jóvenes y sin hijos/as, identifican mensajes relacionados con “ser mujer” y que la publicidad provoca en las mujeres “asco de menstruar”.

*Tengo la regla y me encanta ser mujer, eso es lo que repito yo todos los meses: odio ser mujer (Anita: JShUUni)*

*A muchísimas mujeres si les da asco, pero muchísimo. Le da asco su propio ser y esa es otra cosa que también hace la propia publicidad, que sientas asco de menstruar (Estefanía: JShRNoUni)*

En cuanto a la forma en que se transmiten estos mensajes, las participantes destacan varios aspectos. Por un lado, que aparecen mujeres, jóvenes, delgadas, “sin celulitis” y felices. Además, estas mujeres suelen ir vestidas con ropa blanca y así demuestran que “no te manchas”.

*El que hay ahora que no me gusta nada que todas las chicas salen bailando, salen un montón de mujeres súper estupendísimas, noventa sesenta noventa, que aparecen primero en ropa interior bailando, después hacen una coreografía. Las mujeres que tenemos la regla no somos así de perfectas, ni estamos así de encantadas, ni somos felices (Miriam: MChRUni)*

*Unas que bailaban con los Tampax, ahora salían unas, pero fíjate, no me llamaban la atención por los Tampax, era porque llevaban una ropa muy corta y yo decía: no tienen celulitis, que solo usan compresas y Tampax las que no tienen celulitis (Lola: JChRUni)*

*Siempre salen superchicas, con las bragas blancas además cuando tienen la regla, bragas blancas inmaculadas, dando vueltas que se les ve las bragas ni una manchica, ni nada de nada (Adela: MChRNoUni)*

*A mí me causó sensación el de una chica que iba con una falda blanca, que podía hacer todo con una falda blanca o con unos pantalones blancos, porque, joder, los Tampax aquellos debían de ser la ostia y era de Tampax y de compresas, yo decía: vale, no te manchas, pero ¿no se te marca la compresa, tía? (Carolina: MShUUni)*

114

Los anuncios publicitarios persisten en la memoria de las participantes, la mayoría recuerdan dos, que denominaron “a qué huelen las nubes” y “hola, soy tu menstruación”. Sobre el primero afirman que ha marcado a una generación, pero que enmascararan “lo que realmente pasa”. Respecto al segundo anuncio recordado, destacan que se nombra la menstruación y que se personifica en una mujer vestida de rojo.

*A qué huelen las nubes (Carolina: MShUUni)*

*Bueno, el típico de a qué huelen las nubes, de compresas de Ausonia (Eva: JShUUni)*

*El de: a qué huelen las flores, con la musiquita y todo (Lola: JChRUni)*

*¡Hombre! claro, el de: ¿a qué huelen las nubes?, eso ha marcado una generación entera (Estefanía: JShRNoUni)*

*Los de: a que huelen las nubes, me parecen un poco absurdo. No me dice nada. Parece como que esconde realmente lo que pasa (Miriam: MChRUni)*

*Me acuerdo de aquel de una señora vestida de rojo que venía a tocarte en clase: Hola, soy tu menstruación (Estefanía: JShRNoUni)*

*El que me gustó mucho, me hacía mucha gracia, era el de: Hola, soy tu menstruación; que a la gente no le gustaba, pero a mí me parece súper simpático. Es una forma diferente de abordarlo, no tan tabú, una forma súper natural y, además, yo creo que para niñas que están pasándolo, es bueno que lo muestren así, o sea, es así, no pasa nada (Miriam: MChRUni)*

*El de: Hola, soy tu menstruación, no se me olvidará nunca, porque creo que esa mujer de rojo es a la que desde pequeña he querido matar (Anita: JShUUni)*

En resumen, en cuanto a las percepciones sobre la menstruación, a nivel personal, muchas participantes opinan que es un tema importante para las mujeres que no ha sido abordado con rigor desde la ciencia y del que quieren aprender, compartir y conocer.

A nivel social, se percibe normalidad a la hora de abordar la menstruación. En general, se habla entre amigas del malestar que provoca, en este contexto se sienten comprendidas. También en el ámbito familiar se hablar del dolor, principalmente, con la madre, aunque se percibe que es un tema tabú, especialmente, en zonas rurales.

En cuanto a la percepción de los anuncios de productos menstruales, identifican mensajes contradictorios con la experiencia real de las mujeres, ponen en valor que son fáciles de usar, discretos y seguros, por tanto, permiten ocultar el estado menstruante de la mujer. Otros mensajes identificados están relacionados con el olor menstrual, realizar todas las actividades posibles y “ser mujer”. Una participante relaciona estos mensajes con el “asco” que las mujeres sienten por su menstruación.

La forma en la que se transmiten estos mensajes es a través de mujeres que cumplen con los estereotipos de belleza (joven, delgada, sin celulitis, feliz) y persisten en la memoria de las entrevistadas durante décadas.

## Nombres y significados

### Nombres

*La regla, la roja, el tomate, mi prima, la visita de la tía Juana, coñazo, tragedia, odio ser mujer, etc...*

### Significados

*Aunque es un tabú y causa trastornos permite la reproducción y conocer el cuerpo.*

## Creencias y mitos

### Creencias

*Percepción negativa desde la antigüedad y en todas las culturas. Apartan a las mujeres de la comunidad. Sincronía.*

### Mitos

**Prácticas restrictivas relacionadas con:**

- La elaboración y consumo de alimentos.
- La higiene y el lavado.
- El contacto con seres vivos.

116

## Percepciones

### Personales

*Tema importante, poco estudiado. Necesidad de conocimiento.*

### Sociales y familiares

*Se habla con normalidad entre amigas sobre aspectos negativos (dolor).  
Tema tabú entre madres - hijas - abuelas.*

### Publicidad

*Discreción y seguridad para seguir realizando actividades. No representar vivencia real. Mensajes de discreción, ocultación y asco hacia la menstruación y el cuerpo de las mujeres.*

Infografía 2. Representación social de la menstruación

## 2. VIVENCIA DEL CICLO MENSTRUAL

En este capítulo se explora la vivencia del ciclo menstrual de las participantes, en torno a tres aspectos: las características del ciclo y el manejo del sangrado, la menarquia y el malestar asociado a la menstruación

### 2.1 CARACTERÍSTICAS DEL CICLO MENSTRUAL Y MANEJO DEL SANGRADO

A continuación, se exponen los resultados en cuanto a las características del ciclo menstrual, así como su manejo mediante los productos menstruales utilizados por las participantes.

En cuanto a las características del ciclo menstrual, se exploró: la duración de la menstruación, la cantidad de sangrado y la regularidad del ciclo.

Las participantes consideran que la duración normal de la menstruación es de cinco a siete días y que el sangrado es más abundante los primeros días (entre dos y cinco días) y posteriormente disminuye.

*Sangro, pues, lo normal. Sí hay meses que un poco más que otros, pero me dura, bueno, mis seis días o así (Lourdes: MChUNoUni)*

*Cinco días la tengo, aproximadamente, lo normal (Lorena: JChUNoUni)*

*Una semanita (Marina: JShUUni)*

*Abundante, tres, cuatro, cinco días muy abundante, los últimos dos o tres días ya menos (Sole: JChRNoUni)*

*Me dura, de desangrarme son dos días, pero luego me tiro una semana dándome la vara (Andrea: JShRUni)*

*Ahora me dura poco. Ahora me puede durar dos días y al tercer día casi no tengo. Se puede decir que es un día fuerte y ya los demás tres o cuatro como mucho (Anita: JShUUni)*

Ninguna conocía exactamente la cantidad de sangrado que expulsaban en cada ciclo menstrual. Sus valoraciones (poco, normal o mucho) se basan en la comparación, entre amigas, del número y tipo de producto menstrual que necesitan. Algunas destacaron que, tras haber sido madres, la cantidad de sangrado menstrual aumentó.

*Pues, poco [sangrado] porque siempre he usado tampones pequeños, como mucho con un salvaslip, mis amigas usaban de los más grandes (Lorena: JChUNoUni)*

*Comparada con otra gente, tenía reglas superabundantes. Por ejemplo, mi amiga usaba un Tampax normal y yo extrafuerte (Mónica: MChUNoUni)*

*Desde que di a luz, la tengo bastante más abundante y me dura más, más días, eso sí lo he notado, que desde que di a luz me dijeron que sí, que podía ser normal (Miriam: MChRUni)*

*Desde que ha nacido la niña, mis reglas son súper abundantes. Yo no estaba, además, acostumbrada a manchar tanto (Lola: JChRUni)*

La regularidad del ciclo menstrual hace referencia a su periodicidad, es decir, al tiempo que transcurre entre el inicio de un sangrado menstrual y el siguiente. Para las participantes, la menstruación ocurre cada 28 días y consideran que hay factores que pueden contribuir a su regulación como la edad y la realización de actividad física.

*Yo es que siempre he sido muy puntual, cada 28 días (Marina: JShUUni)*

*Ahora, en mis cuarenta y cuatro años, es cuando sí noto que me viene muy regularmente, siempre muy regular (Fede: MShRNoUni)*

*Ahora sí la tengo regular, antes no. Yo creo que a lo mejor puede ser el deporte, la actividad física que regula el cuerpo (Anita: JShUUni)*

Participantes con estudios universitarios, consideran molesta e incómoda la irregularidad del ciclo menstrual. Para algunas, esta irregularidad era el reflejo de alteraciones, como el síndrome del ovario poliquístico (SOP).

*Muy irregular, siempre muy irregular, porque también tuve varios quistes en el ovario (Miriam: MChRUni)*

*Era muy molesta, nunca las tenía regulares. Entonces, me enteraba que me había venido la regla porque me ponía mala, me encontraba mal (Lola: JChRUni)*

*Porque es verdad que siempre viene cuando es más inoportuna, lo hace de manera que siempre esté en algún sitio o me toque lo que sea, ahí es cuando voy a estar mala, seguro, seguro. Cuando tienes que ir al médico, al ginecólogo: ¿Vaya, es que estás mala?, digo: Sí, pero es que la cita la tengo desde hace ya cuatro meses. Siempre, siempre, da igual, se te adelanta, se te atrasa, pero para coincidir con un viaje o lo que sea (Andrea: JShUUni)*

En cuanto al manejo del sangrado, se indagó sobre qué productos usaban y qué valoración hacían de los mismos. Las participantes usaban mayoritariamente productos menstruales comerciales: compresas y tampones, de forma combinada o de manera simultánea.

Se identificaron dos criterios por los que las participantes combinaban el uso de compresas y tampones. Un criterio es la cantidad de sangrado. Así, unas prefieren utilizar tampones cuando el sangrado es mayor y compresa cuando disminuye. Por el contrario, otras utilizan compresa cuando el sangrado era abundante y tampón cuando era menor.

*Tampax y compresa (Miriam: MChRUni)*

*Utilizo Tampax y compresa (Fede: MShRNoUni)*

*Tampax y compresa, intercambiando; porque, por ejemplo, cuando tengo mucho flujo, pues uso Tampax y cuando tengo menos pues, a lo mejor, compresa. Porque yo, cuando tengo poco flujo, me gusta más bien que salga, que no sé si tiene algo que ver o no tiene algo que ver, pero me gusta así (Marina: JShUUni)*

*Suelo utilizar compresas y Tampax, las dos cosas. Normalmente, los primeros días uso más la compresa que el Tampax, porque lo lleno. Tengo que estar cambiándome constantemente (Lourdes: MChUNoUni)*

El otro criterio hace referencia al lugar donde se encuentran, prefieren la compresa en casa y el tampón en otros lugares, porque no se nota.

*Si estoy en casa y no voy a tener que salir mucho a la calle, pues entonces me pongo mi compresita y mis braguitas, y... bueno, me cambio también... muy a menudo, pero no es igual que con el tampax. El tampax se llena antes. Si tengo que ir a cualquier sitio al que no me apetezca ir con el compresón o porque llevo una ropa más ajustada o no quiera ponerme braguitas, pues entonces me pongo mi Tampax (Lourdes: MChUNoUni)*

El uso de estos productos de forma simultánea, sirve para sentirse “cubierta”, en los momentos de sangrado abundante o durante la noche, tal como indican participantes jóvenes de zona rural.

*Con una compresa sola, por muy grande que sea, no llego muy lejos y con un Tampax tampoco. Entonces, me las pongo las dos, porque no... no cubre (Lola: JChRUni)*

*Me puedo poner un tampón y una compresa; con la cantidad que tengo es algo importante, para poder pasar toda la noche por lo menos (Estefanía: JShRNoUni)*

*Normalmente Tampax. A partir del tercer día no me puedo poner Tampax, es salvasilip. Para dormir sí, compresas, para dormir sí (Andrea: JShRUni)*

El manejo del sangrado muy abundante requiere frecuentes visitas al baño. Por ello, una de las entrevistadas usaba pañales para personas adultas, producto que recoge gran cantidad de sangrado. Como inconvenientes destaca que son difíciles de disimular, generan calor, especialmente en verano y le provoca intranquilidad y vergüenza que alguien los pueda ver.

*Uso Dodotis de adulto, de estos que les ponen a las personas mayores, de incontinencia; lo cual me hace vestir largo y ancho para que no se note [...] En el trabajo los tengo guardados, pero que me da vergüenza que alguien pudiera encontrarlos [...] Entonces, yo gané en calidad de vida porque con lo otro (compresas) yo*

*podía ir al baño cada 10 minutos. Ahora es cada hora y estás bastante tranquila de no manchar[...] ¿Tú sabes en agosto el calor que da eso? (Carolina: MShUUni)*

En cuanto a la valoración de compresas y tampones identificaron ventajas e inconvenientes. Las compresas se consideraron más saludables, sencillas de usar y con mayor capacidad de absorción.

*Compresa. Antes usaba Tampax, pero me operaron de una displasia por el virus del papiloma y, bueno, antes de que me operasen... Entonces, fueron cuatro años de proceso. Me aconsejaron que no usara Tampax y me acostumbré. La verdad es que sigo usándolas (Anita: JShUUni)*

*Los Tampax yo no los he valorado nunca como opción porque me resultaban incómodos de poner (Carolina: MShUUni)*

Por el contrario, participantes de zona rural, sin estudios universitarios, preferían usar tampones, les resultaban más cómodos para caminar y moverse, más discretos e higiénicos.

*Uso tampones porque me molestaba la compresa, no me sentía bien (Adela: MChRNoUni)*

120

*Yo me suelo poner el tampón y ya está, ¿sabes?, es simple. ¿Llevo ya dos o tres horitas? Pues, lo más seguro es que esté lleno, me lo cambio y ya está [...] Yo creo que también fue porque la primera vez, me dejó las primeras compresas mi madre y eran de esas así súper grandes, de esto que te pilla desde el ombligo hasta el culo y que llevan un pedazo de alas... Y yo creo que por eso esa manía, que no quiero compresa. No sé andar con ella, me noto ahí una plasta ahí puesta (Sole: JChRNoUni)*

*El tampón es muy cómodo, y muy higiénico, al menos por fuera; por dentro ya no sé. Es por eso que me gusta más. El rollo compresa no, me estoy haciendo muy pulcra (Violeta: MShRNoUni)*

Por otro lado, algunas participantes más mayores comentaron las dificultades en el acceso a tampones durante su juventud al ser considerados “para las mujeres casadas” y manifestaron ideas sobre la toxicidad de estos productos.

*Y he oído, no sé si es verdad, porque ya me parece mucho, que a los tampones les echan cosas para sangrar más ;que nos están intoxicando!... y no solo físicamente (Adela: MChRNoUni)*

*Yo le robaba los Tampax a mi madre. No me dejaba poner Tampax y se los robaba y me los empecé a poner. Mi madre me decía que era para las mujeres casadas (Mónica: MChUNoUni)*



Una alternativa a los productos menstruales comerciales es la copa menstrual, utilizada por participantes jóvenes. La prefieren por ser higiénica, práctica, barata y ecológica. Es a través de otras usuarias de la copa menstrual como se conoce y se animan a probarla.

*La probé y vi que es muy higiénica, que es muy práctica, que sale muy barata, que es ecológica... todas esas cosas. Que me puedo lavar, me puedo bañar, puedo hacer lo que me dé la gana sin ningún problema (Estefanía: JShRNoUni)*

*Yo uso la moocup. Tardé un tiempo pero le veo muchas ventajas, es ecológica y práctica. (Lorena: JChUNoUni)*

*Yo llevaba mucho tiempo pensando en la copa pero no conocía a nadie que la usara entonces nadie me podía decir si esto estaba bien, estaba mal o que tal... que tal, ¿no? Entonces, no me daba mucha confianza. Y cuando me vine aquí a Granada, pues muchas de mis amigas la utilizaban y: Ah, que me va muy bien, me va muy bien, pruébala (Estefanía: JShRNoUni)*

Otras participantes que también conocen la copa menstrual no la usan por las dificultades que conlleva (no encontrar el momento oportuno o manchar) o la han descartado por falta de interés o “asco”.

*He intentado probar la mooncup, y no me fue. Entonces, la tengo ahí como una cosa que todos los meses digo a ver... de vez en cuando la pruebo (Anita: JShUUni)*

*Con la copa lo he intentado un par de veces, y siempre me mancho y la dejo un poco apartada (Adela: MChRNoUni)*

*El uso de la copa, no la he probado, pero no me tira mucho (Violeta: MShRNoUni)*

*De hecho, cuando hablas de la copa... sí, que cuando hablas ya con alguien que no la conoce, aunque sea chica, aunque tenga tu misma edad, la respuesta es esta: ay, pero qué asco ¿no? (Eva: JShUUni)*

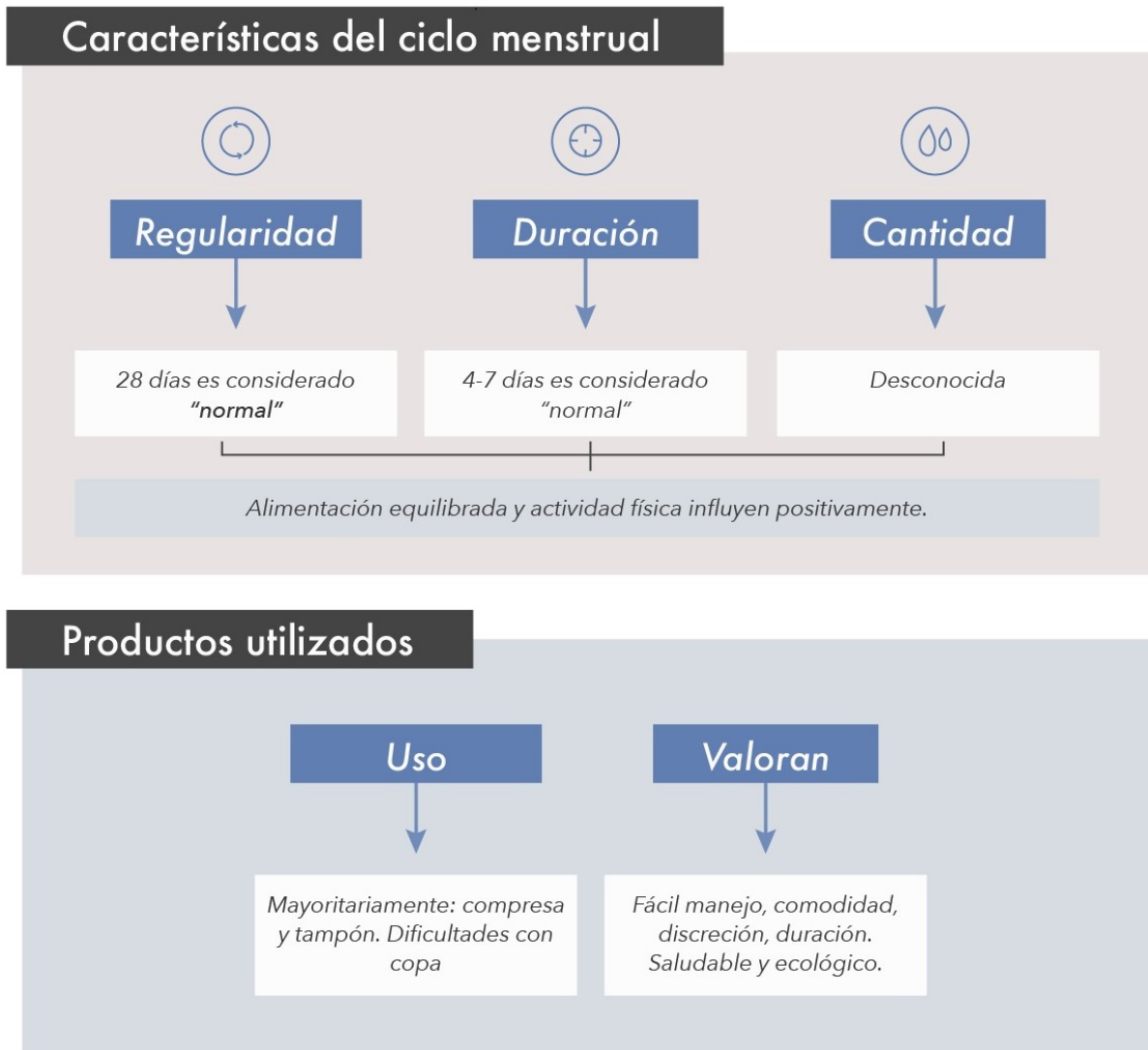
Una de las participantes practicaba en ocasiones el sangrado libre, es decir la ausencia de cualquier tipo de producto menstrual.

*Si estoy en mi casa o la playa igual nada (Violeta: MShRNoUni)*

En definitiva, sobre las características del ciclo menstrual, duración, cantidad y regularidad, las participantes consideran que la menstruación dura de cinco a siete días, desconocen objetivamente la cantidad de sangrado y manifiestan que la duración normal del ciclo es de 28 días. Identifican la edad y el ejercicio físico como factores que ayudan a su regulación.

En cuanto a los productos menstruales, mayoritariamente, usan compresas y tampones, de forma combinada, según la cantidad de sangrado y lugar donde se encuentren, o de forma simultánea cuando el sangrado es abundante y no pueden cambiarse. Valoran de las compresas que son saludables, sencillas de usar y con mayor capacidad de absorción, y de los tampones que son más cómodos para caminar y moverse, más discretos e higiénicos.

Pocas utilizan la copa menstrual, por dificultades en su uso o porque provoca “asco”. Las que sí la usan, consideran la copa menstrual higiénica, práctica, barata y ecológica.



Infografía 3. Características del ciclo y productos utilizados

## 2.2 EN TORNO A LA MENARQUIA

La vivencia del ciclo menstrual en torno a la menarquia diferencia tres momentos clave: antes, durante y después de la primera menstruación.

### 2.2.1 Antes

Antes de la menarquia ocurren cambios en la fisionomía de las niñas fruto del normal desarrollo. Preguntadas sobre los cambios experimentados en su cuerpo durante la pubertad, las respuestas fueron diversas. Algunas participantes vivieron con naturalidad y normalidad los cambios corporales, especialmente, el crecimiento de los pechos, que resultaba deseable.

*No tengo mucho recuerdo, no me ha marcado, ni acomplejado, lo llevaba de una forma muy natural (Violeta: MShRNoUni)*

*No sé, yo no me he sentido nunca mal (Lourdes: MChUNoUni)*

*Pues mis amigas tenían todas mucho pecho y yo todavía no me había salido, pues yo las miraba y me miraba a mí y yo decía: bueno, ya me saldrá. Todavía estoy esperando. A mí no me daba vergüenza con lo del pecho, es que no tenía nada que esconder (Lola: JChRUni)*

*Guay en ese sentido. A mí no me estorbaba tener tetas, aunque es cierto que cuando hacía gimnasia era engorroso porque cuando en esa edad es engorroso que te empiecen a saltar, entonces sí todo el mundo te mira más que antes... A mí me hacía ilusión, hacía dos años que mi madre me había regalado un sujetador... y el desarrollo del cuerpo tenía su gracia (Carolina: MShUUni)*

Otras participantes, todas ellas jóvenes y sin hijos/as, afirman no haberse sentido cómodas con alguno de los cambios corporales experimentados durante la pubertad (crecimiento de los pechos, aumento de caderas, de peso y aparición de acné). En cuanto al aumento de peso, relatan haber sentido una fuerte presión social, que provenía tanto del contexto familiar como del contexto social y los modelos de belleza imperantes.

*Ya estaba una más grandecilla y te gusta que te miren y esas cosillas y como sobaban kilos pues había que quitarlos, pues entonces yo empecé a perder peso (Andrea: JShRUni)*

*Cuando tenía 11 o 12 años, me empezó a crecer el pecho, a ensanchar las caderas y como estaba en clase de ballet clásico y estaba con mi prima, no se había empezado a desarrollar todavía, me dijo que me estaba poniendo muy gorda. Y, en ese momento, pues lo típico, que te afecta mucho todo lo que te digan ¿no?, entonces dejé de comer (Marina: JShUUni)*

*Yo recuerdo, además, que engordé bastante justo antes de que me bajara la regla, y no lo pasaba muy bien; más que porque yo no me sintiera bien con mi cuerpo, también como los demás te hacen sentir con tu cuerpo. Me acuerdo que mi madre me estuvo llevando a que me pusieran acupuntura porque no podía estar gorda ;por dios! [...] La verdad es que cuando te empieza la adolescencia tienes el cuerpo hecho un cristo, que si te salen granos, que si no sé qué, bueno, es un poco follón, es descontrol... La verdad es que es el momento de tu vida en el que quieres estar más guapa porque empiezas a socializar y es el momento de tu vida que más fea estás, es un puñetero desastre. (Estefanía: JShRNoUni)*

Algunas entrevistadas comentan que vivieron esos cambios corporales con vergüenza, porque hacían visible su feminidad y también con rebeldía, como el hecho de no querer usar sujetador.

*Pues me sentía extraña con los cambios de la pubertad. Y también yo creo que antes éramos más bien de disimular ese cambio, quizá con ropa ancha, como que no estaba la feminidad tan desbocada como está ahora, que a mí me parece muy bien, pero a mí me daba eso una vergüenza tremenda, tremenda (Eva: JShUUni)*

*Yo no lo llevaba nada bien, no me gustaba que mi cuerpo fuera cambiando, ensanchar, que te miren... (Lorena: JChUNoUni)*

*Con rebeldía por eso, me jodía un huevo tener que ponerme sostén. Pero tenía la suerte que tuve un padre que me explicó que me podía seguir bañando en el mar con la regla que no pasaba nada (Mónica: MChUNoUni)*

125

Una participante destaca que, además de los cambios corporales, existe una dimensión psicosocial del desarrollo y es importante tener en cuenta todas las dimensiones.

*Como me vino tan tarde... que yo desarrollé con dieciséis años, pero realmente desarrollas cuando tus amigas están desarrollando realmente es tu cabeza, es de cabeza, porque con trece o catorce años ya cambias y te apetece hacer otras cosas. (Andrea: JShRUni)*

Otro aspecto relevante es el conocimiento sobre el ciclo menstrual antes de la menarquia. Por ellos se preguntó sobre las fuentes de información y los contenidos de esa información.

En cuanto a las fuentes de información se consideraron las personas relevantes y los contextos de referencia que tuvieron las participantes para conocer el ciclo menstrual.

La principal fuente de información es la madre si ésta vive con naturalidad su propia menstruación y habla abiertamente de ella. Las participantes que así lo vivieron consideran que tenían toda la información necesaria y lo valoran de forma positiva. Una

de las participantes informa del interés de su madre porque ella tuviera toda la información para cambiar la vivencia que ella misma había tenido.

*Tenía toda la información, sabía lo que era, sabía todo. Con mi madre la relación ha sido muy natural. Entonces, si mi madre tenía la regla y yo estaba en el baño, ella se podía cambiar perfectamente el Tampax delante mía ¿sabes?, que no había ningún tipo de problema (Marina: JShUUni)*

*Sí, yo creo que el tema de tomárselo con naturalidad es la mejor forma ¿no?, y que ni siquiera tengas que sentarte a hablarlo. Si tú lo vives desde que eres pequeña. Por ejemplo desde que tengo uso de razón, mi madre: ¡uy! me vino la regla, entonces: me voy a poner una compresa o me voy a poner un Tampax. Entonces, ya, pues, que prácticamente no hay duda. Hay algunas dudas que se las puedes consultar y sí, por ejemplo, te va a venir la regla y manchas un poquito y tarda cuatro días en volver pues mami! Que me vino la regla de esta manera, de forma rara, y tu madre ya pues por la experiencia que ella tiene pues te lo comenta (Lorena: JChUNoUni)*

*Pues tenía toda la información, ya te digo en mi casa siempre ha sido algo súper natural y era algo que sabía que me iba a llegar. Sabía que mis amigas iban cayendo y sabías que tarde o temprano tocaría (Anita: JShUUni)*

*Mi madre siempre tuvo mucho interés en que yo supiera, estuviera informada, porque ella lo había vivido al revés, no tenía ni idea de lo que era cuando le vino la regla. Fue un mal rollo porque ella no sabía y, además, era una especie de cargo de conciencia, de vergüenza, porque no lo podía decir (Violeta: MShRNoUni)*

126

Otras participantes identifican carencias en la información aportada por sus madres, porque ser difusa (algo que te va a venir), incluso, inexistente (ninguna). Para una de ellas, el motivo es que no había una relación de confianza madre-hija para abordar éste u otros temas.

*Pues no sabía nada. Mi madre me decía: algo que te va a venir, y ya está (Sole: JChRNoUni)*

*Con mi madre la verdad es que lo he hablado muy poco, menos de lo que me hubiera gustado seguramente (Estefanía: JShRNoUni)*

*Información por parte de mi madre ninguna, en esa época ninguna información (Marga: MShUUni)*

*Tampoco mi madre nos informó, porque antes las madres no tenían esa confianza de contar las cosas, ni hablaban de esa manera (Lourdes: MChUNoUni)*

Una de las participantes considera, en base a su experiencia, que la información sobre el ciclo menstrual ha de darse de forma bidireccional, para atender a dudas específicas, y que es fundamental que se de en el momento adecuado, ya que es irrelevante la información tardía.

*Mi madre me dio una charla cuando tenía una edad considerable como para que me bajara la regla, trece o catorce años. Fue un monólogo más bien... Y nada, cosas que ya sabía porque, claro, ya con trece o catorce años dices: ¡hombre! Ya, eso me lo tendrías que haber dicho antes, cuando tenía las dudas, no ahora (Andrea: JShRUni)*

Las hermanas mayores también pueden ser una fuente de información relevante dentro del contexto familiar. Tal como relatan participantes mayores, mediante la observación de sus hermanas, conocieron la menstruación y aprendieron sobre su manejo y actitudes.

*Sabía que entre el año anterior y ese debía caer porque mis hermanas la tenían, que venía todos los meses. Pero, muy pocas explicaciones (Carolina: MShUUni)*

*Yo ya lo vivía como algo negativo, y mis hermanas con la regla, en esos días ya estaban de malafollá o de mala leche. Entonces, yo decía: madre mía ¿qué nos espera?, aquí unos días de estar malamente con los demás. Y yo tenía esa idea de niña, antes de que me viniera (Adela: MChRNoUni)*

*Sí, sabía; porque tengo una hermana cuatro años mayor que yo y, entonces, ya ella había pasado por ahí y no era una cosa que se escondía ni se tapaba. Si yo entraba al baño y daba la casualidad que se estaba cambiando, pues, la veía. Entonces, ya conocía eso (Lourdes: MChUNoUni)*

Además del contexto familiar, el colegio es otro contexto relevante para conocer la menstruación en dos sentidos, uno, por el contenido curricular de algunas asignaturas y otro, por la relación con las compañeras. En cuanto a las asignaturas, dos participantes, mayores, informaron que el ciclo menstrual formaba parte del contenido de la asignatura de Ciencias, donde se abordaba de manera muy superficial y de Educación para la salud, asignatura optativa donde se trataba de forma más profunda.

*No, información nada. Vaya, en el cole creo que sí, pero una clase de ciencias: vamos a hablar de esto, no sé si antes o después de que a mí me viniera, y nada más (Adela: MChRNoUni)*

*Yo en el instituto tenía una asignatura optativa que se llamaba Educación para la Salud. Y sabía más de la regla o lo que implicaba el ciclo por lo que había visto en el cole que cualquier cosa que me hubiera dicho mi madre. De hecho, yo la esperaba por amigas, por las compis del cole, unas ya habían caído, otras no (Carolina: MShUUni)*

En cuanto a la relación con las compañeras, supone una fuente de información, especialmente, si han experimentado la menarquia previamente. Aunque también origina insultos como *compresera*.

*Con las amigas, en el colegio sí, y yo ya, entre cosas que había pillado de unos, de otros, pues cuando la vi pues digo, pues ya está (Lourdes: MChUNoUni)*

*Entre mis amigas, que ya la tenían, les había venido de todas las maneras, las había que les dolía, las había que no les dolía... Entonces, yo no sabía cómo me iba a venir a mí, era como... vamos a ver... Como me vino a los 14 años, ya prácticamente a todas mis amigas les había venido y sin ningún tipo de tabú (Marina: JShUUni)*

*Información... pues de las compis del cole, claro (Eva: JShUUni)*

*Yo lo que pasa es que fui de las últimas de mis amigas y ya conocía un poco más por las amigas, porque en mi casa también era más tabú. Yo ya conocía, pero por eso, por el entorno de amigas, mi madre nunca jamás me ha contado nada, en el colegio no nos explicaron nada de nada, colegio de monjas, ahí no se hablaba de la regla, de la menstruación. O sea, que yo la información que tenía era por amigas, todo el mundo la tenía así que a mí me tenía que venir. Pero, si me llega años antes, me da algo porque es verdad que no sabía absolutamente nada (Miriam: MChRUni)*

*De hecho desde niña el tema de la regla se ha tratado fatal. El insulto entre niñas cuando ya nos empezaba a venir la regla era compresera. Como un insulto porque llevabas compresa, en aquella es que las compresas eran de medio kilo, que no eran las compresas que hay ahora que son extra maxi ultra planas que no te enteras (Adela: MChRNoUni)*

Participantes de los diversos perfiles, afirman que en el colegio se vivía la menstruación desde la ocultación y el secretismo, especialmente hacia sus compañeros.

*Ya empieza a hablarse mal del ciclo en las amigas del colegio, digamos: a tal le ha venido la regla, si se le nota, no se le nota... Todas las niñas de la clase muy malas todas: a esa le ha venido la regla, mira cómo se le nota la compresa, mira como tal, mira como tal (Miriam: MChRUni)*

*Y, a través de mis amistades, pues bueno, en el instituto y todo eso no se habla mucho de eso. Cuando tienes menos edad es algo que más bien se esconde (Lorena: JChUNoUni)*

Por último, en cuanto a las fuentes de información, el colegio puede ser un vehículo, tal como relata una de las participantes, para que las empresas de productos menstruales accedan a realizar una labor informativa y de marketing.

*Yo recuerdo que venían al colegio en algunas ocasiones a dar alguna charla, vinieron las de Evax o Ausonia, una cosa así, nos regalaron compresas, nos regalaron tampones, nos dieron una charla, tal, no sé qué, eso sí. Es que mi cole era muy progre, entonces ese tipo de cosas sí que nos informaban, pero claro... A pesar de que a mí me hubieran dado una compresa, yo tenía un total desconocimiento de aquello para qué era, hasta el momento en el que tú no lo usas, para ti eso no te viene a cuento. Esa creo que fue un poco la información, más a través de la escuela y de las empresas que venían detrás de las potenciales consumidoras, pero que de alguna manera también suponían información (Estefanía: JShRNoUni)*



En relación al contenido de la información sobre el ciclo menstrual que manejaban las participantes antes de su menarquia, muchas afirmaron que se trataba de información imprecisa, relacionada con *manchar* y *ser mujer*. La información más completa que relata una participante incluye que la menstruación ocurre en todas las mujeres a una determinada edad, que conlleva la ovulación y supone la capacidad de procrear.

*Mi madre, me dijo que llegaría un día en el que mancharía y sería mujer (Lola: JChRUni)*

*Pues, cuando ya te haces mujer (Lorena: JChUNoUni)*

*¿En qué consistía la información? En que manchamos (Fede: MShRNoUni)*

*Yo sabía que todas las mujeres tenían la regla al llegar a una determinada edad y que era normal, que empezabas a ovular y en el momento en que empezabas era que tenías la capacidad de procrear (Marina: JShUUni)*

Participantes de los diversos perfiles identifican mitos relacionados con la posibilidad de un embarazo, por el desconocimiento de cómo ocurre realmente, lo que conlleva un distanciamiento y miedo hacia los niños.

*Niñas de mi clase que decían: cuidado si haces pis en un váter, que te puede caer una gota y te quedas embarazada (Marga: MShUUni)*

*Recuerdo una que me dijo: Tía, ya me puedo quedar embarazada tengo que tener cuidado cuando me toquen... Con 13 años o así (Carolina: MShUUni)*

*Pues, que las mujeres tenemos una cosa que se llama regla y que el día que me bajase pues que tenía que tener ya cuidado porque mi cuerpo era muy valioso y como ya metiéndome que tuviera cuidado con los hombres, que ellos nada más que van a lo que van, sí, así fue, así fue (Andrea: JShRUni)*

Dos participantes, mayores y con estudios universitarios, relatan cómo les traumatizó la primera noticia que tuvieron sobre la menstruación por parte de compañeras, en torno a los nueve años, y saber que sangrarían por su vagina,

*Yo me acuerdo perfectamente de una conversación con mis amigas cuando teníamos nueve años, estábamos tres en los columpios, y me mejor amiga decía: tía, tía, tía, lo que me he enterado, es que no os lo podéis creer que es que es muy fuerte, no sé si contároslo. Y nosotras: ¿qué pasa?, ¿qué te ha pasado? Pues, que resulta que me he enterado que a las mujeres cuando son mayores que les sale sangre por ahí. Anda ya. Yo no sabía nada. Que sí, que he visto a mi madre que se ponen como una especie de pañal, y está lleno de sangre, tía que, qué asco, que no sé qué, que no sé cuánto. Esa conversación muy traumática a los nueve años. (Miriam: MChRUni)*

*Dos años antes, en quinto, estábamos en clase, alrededor de la papelera, cinco o seis niñas, porque era el lugar de encuentro en clase, y entonces dijo una: ¿sabéis lo que me ha dicho mi prima? Que cuando tengamos doce años nos va a salir sangre*

*de ahí (y señaló). Y nosotras: ¡venga ya, qué dices! Fue horrible, porque a partir de ese momento yo miraba a ver (Marga: MShUUni)*

La información recibida por algunas de las participantes, jóvenes, de ámbito rural y sin estudios universitarios, estaba relacionada con los productos menstruales, por parte de su madre o la experimentación con amigas.

*[Mi madre] me enseñó a utilizar compresas. Los tampones los empecé a usar yo sola porque ella no usaba. (Estefanía: JShRNoUni)*

*Con las amigas: venga, vamos a ver una compresa, a ver esto como se pega, una amiga mía se la puso del revés, salió limpia y rasurada del cuarto de baño. (Risas) (Sole: JChRNoUni)*

Las participantes propusieron, en base a sus experiencias, mejoras en la información sobre el ciclo menstrual a las niñas/os. Estas propuestas se encuentran en el epígrafe 4. *Propuestas de este capítulo.*

En resumen, las fuentes de información y los contextos donde se conoce el ciclo menstrual antes de la menarquia son fundamentalmente el ámbito familiar y el escolar. En el ámbito familiar la figura de referencia es la madre y se valora positivamente su vivencia natural de la menstruación y la accesibilidad para preguntarle. También las hermanas mayores a través de la observación son fuentes de conocimiento. Se destaca la importancia de información adaptada en el momento oportuno. El ámbito escolar es una fuente de información tanto por los contenidos curriculares, por la relación con compañeras y porque permite el acceso de empresas de productos menstruales. Aunque persiste la ocultación y el secretismo.

Los contenidos de la información sobre el ciclo menstrual son insuficientes, la mayoría están relacionados con *manchar, ser mujer y procrear*. El aspecto reproductivo se vive con miedo y se percibe necesaria una educación menstrual en el ámbito educativo, con un lenguaje adaptado, que incluya los cambios en el desarrollo y el manejo del sangrado.

Por tanto, en cuanto a las sensaciones y significados atribuidos a los cambios de la etapa puberal, las participantes identifican aspectos positivos asociados a la madurez y aspectos negativos en cuanto a cambios corporales y la presión social. También se manifiesta la importancia de la dimensión psicosocial de esta etapa.

### 2.2.2 Durante

En este punto se analiza la vivencia del día en que tuvieron su menarquia las participantes, evento que todas recordaban. Se pidió que lo relataran y que hicieran énfasis en los pensamientos y emociones que acompañaron ese momento.

El desconocimiento absoluto sobre la existencia de la menstruación hace que la menarquia se viva con gran sorpresa y mucho miedo por ignorar de dónde procede la sangre, tal como relatan dos participantes, ambas del grupo de mujeres mayores.

*Me acuerdo estupendamente porque era verano, dormía con mi hermana, yo me desperté y veo sangre por la sábana, no me habían contado nada y voy corriendo a la habitación de mi madre: ¡mamá, mamá que he manchado la sábana de sangre! Yo flipé porque no me habían contado nada (Mónica: MChUNoUni)*

*Ese día fue cuando yo estaba en el pueblo de mi madre, pero con mi abuela, de vacaciones. Fui al baño y al bajarme las braguitas para hacer pipí, vi que toda la ropa estaba roja y entonces empecé a chillar: ¡Abuela, abuela, abuela, ven que me pasa algo, abuela! Entonces, mi abuela vino directamente con las compresas y, además, con el paquete de las antiguas, de las gorditas. Me dijo: Dime, ¿qué te pasa? No te ha dicho tu madre que esto pues algún día... (Carolina: MShUUni)*

131

Otras participantes, todas de zona urbana, que sí tenían información sobre la menstruación, no identificaron una mancha marrón con la menstruación ya que esperaban que fuera sangre roja. Algunas no querían creer que se tratara de la menstruación y describen conductas de ocultación y procesos de negación.

*Estaba en la cama, tenía ganas de mear y me levanté y en el baño vi que tenía una cosa marrón, porque ni siquiera era roja ¿no?, era marrón. La verdad es que, aún teniendo tanta información yo pensé que era un pedete (se ríe). Sí, porque era una cosa ahí raro, me quedé así como nada, no se lo dije a nadie, me volví a la cama y no se lo dije a nadie (Marina: JShUUni)*

*Entré al servicio, a hacer pipí, y en las braguitas tenía manchado pero un poco de, no era sangre, era marroncillo (Lourdes: MChUNoUni)*

*Yo me levanté por la mañana y vi la braguita un poco manchada, como marrón, imaginaba que era la regla, pero no quería creerlo, así que hice lo de siempre, me duché y tal (Lorena: JChUNoUni)*

*Fui al baño y vi que había sangre, había manchado las braguitas y no se lo quería decir a mi madre, era como... además estaba la abuela también en casa, no esto no va a ser la regla, era como la negación absoluta (Eva: JShUUni)*

Algunas participantes se sintieron sorprendidas por no tener un aviso previo, como algún síntoma, una de ellas lo define como un momento traumático.

*Me sentó como en plan de: ¡Uy! No sé, como un poco de sorpresa porque no tuve ningún síntoma antes ni nada. (Marina: JShUUni)*

*Mi madre: ¡Ay, mi niña, ya es mujer! Y yo: Pues si sabías que iba a ser mujer, ¿por qué coño no me lo habías dicho, mamá?. Y ella: No, porque esto no se sabe hasta que ya... Y fue un poco traumático por eso, porque te lo encuentras en un momento equis (Carolina: MShUUni)*

*Fue bajarme las bragas para ir al baño por la mañana, a porque me notaba mojada de más y era de: ¡Mama, socorro! Y mi madre, es que me acordaré siempre de su cara: Ya me lo estaba esperando (Estefanía: JShRNoUni)*

Una vez identificada la menstruación, lo más frecuente, tal como relatan participantes de todos los perfiles, es que lo pusieran en conocimiento de su madre, la cual compartía los productos menstruales de los que disponía: compresas y tampones.

*Fui al cuarto de baño y dije: ¡Uy! que me ha bajado la regla Mi madre estaba en la cocina y fui: ¿Mamá dónde tienes las compresas?; ¡Ah! ¿qué ya te ha bajado la regla?; Sí, que dónde tienes las compresas; Ahí debajo del armario. Y ya está (Anita: JShUUni)*

*Hija, pues eso es que ya te ha venido la regla, pues ahí están las compresas tal, cual, y esto va a ser todos los meses, ya me lo vas diciendo. Y ya está, no hubo más historias. (Adela: MChRNoUni)*

*Cuando me desperté por la mañana vi que tenía sangre y que era normal y me di cuenta que sí que era la regla y se lo dije a mi madre: mami, que me vino la regla. Mi madre me dijo, pues la verdad que lo típico: ¡Ay! ya eres una mujer... y, bueno, pues ahí tienes compresas, ahí tienes Tampax. Ya mira tú, mira a ver si quieres ponerte Tampax ya o si no quieres, lo que tú quieras. Y, bueno, entonces me puse compresas y ya está, más o menos pues bien. (Marina: JShUUni)*

*Mi madre que tampoco se puso contenta, se lo dije y ya está. Pues ya ella me dijo: Pues te tienes que poner compresas, ahí hay compresas, ya sabes. (Lourdes: MChUNoUni)*

Algunas participantes relatan que, en ese momento, su madre les informó o les recordó en qué consistía el ciclo menstrual. Concretamente, la regularidad de la menstruación, los productos menstruales disponibles y problemas asociados que podrían ocurrir como el “síndrome premenstrual”.

*“Se lo dije a mi madre que vino con las compresas. Ya me había hablado de la regla, pero me volvió a decir todo, que me vendría cada mes y tal” (Lorena: JChUNoUni)*

*“Mi madre me dijo que esto vendría cuando yo fuera mujer, y ella [abuela] me explicó: esto ahora va a ser así todos los meses” (Carolina: MShUUni)*

*La información que se me dio fue que ahora me iba a venir todos los meses y más o menos iba a ser regular, que luego podía tener algunos problemas, pues eso, algún síndrome premenstrual, y las posibilidades que estaban en mi mano, las compresas, los Tampax, me dijo cómo se usaban y que podía hacer prácticamente de todo, incluso ir a la playa (Marina: JShUUni)*

En este sentido, sobre la regularidad del ciclo, una participante comenta la angustia sentida al no aparecer la menstruación en el mes siguiente y desconocer la forma en que podría estar embarazada.

*Y luego estuve un montón de meses que no me vino la regla, tú sabías que podía ocurrir el embarazo, pero no sabías cómo, podía ser del Espíritu Santo. Y yo con una angustia terrible. Y cuando me vino a los seis meses mi madre me dijo: ¡ah! Qué raro, porque a mí la segunda vez me vino al año. Yo con una rabia, en aquel momento hubiera matado a mi madre (Marga: MShUUni)*

Según informaron muchas de las participantes, es su madre quien pone en conocimiento de otras personas de la familia el hecho de que hubieran tenido la menarquia. La reacción más frecuente es que, tanto la familia directa (madre y padre) como la familia cercana (tías, primas) les dieran la enhorabuena por ser mujer, que reciben con extrañeza, vergüenza y horror.

*Y recuerdo que la familia de mi madre se llamaban para decírselo, y yo decía: está loca, y en esos días había un cumpleaños de uno de mis primos y recuerdo estar en una cocina en casa de mi tía y todas: Enhorabuena, y yo decía: ¿Qué?; Que ya eres una mujercilla, y yo decía: Esta gente es tonta (Lola: JChRUni)*

*Fue mi abuela la que empezó: ¡ay la niña!, toda una mujercita y yo me acuerdo que era como: no. (Eva: JShUUni)*

*Fue un veintitrés de diciembre, me acuerdo y, pues nada, estaba en el baño y dije: Mira mamá, sangre. Entonces, mi madre muy contenta: ¡Ah!, que ya eres mujer, tal y cual, un besito... Y, ¿por qué me acuerdo? porque fue muy traumático el hecho de que al día siguiente fuera Nochebuena, nos juntáramos toda la familia, primos, primas, unas cincuenta personas en una casa y a mi madre no se le ocurrió otra cosa que ponerse a cantarme la canción de la gallina turuleta ha puesto un huevo, ha puesto dos, ha puesto tres (risas). Yo súper cabreada, súper avergonzada y mi madre: ¡que ya es mujer! Y todo el mundo: la gallina turuleta, ha puesto un huevo, ha puesto... Muy surrealista todo, por eso que te digo que me acuerdo perfectamente (Miriam: MChRUni)*

*Fue horrible, porque mi madre llegó: ¡Ay, ya eres una mujer! Mi padre llegó: La primera mujer de mi casa. Y a mí me parecía horrible aquella situación, un*

*sentimiento de no quiero, qué vergüenza... Mi padre y mi madre, que nunca antes me habían hablado de este tema, ¿por qué ahora un orgullo? (Marga: MShUUni)*

*Y cuando fui al baño, vi las braguillas rojas, es que era muy chica, y entonces llamé a mi madre y digo: Mamá, mira. Y dice: anda hija, pues ya eres una mujer. Yo digo: ay, pues esto duele mucho, yo no quiero ser mujer. (Lola: JChRUni)*

*Lo que te viene es a destiempo, muy pronto, no te sientes mujer para nada (Violeta: MShRNoUni)*

*Y eso cuando llegó mi padre de trabajar pues le dijo mi madre que me había venido la regla, me dio un abrazo y ya está, como en plan de... era como raro, como en plan de bueno, pues ya está, como una situación un poco extraña. Y mi tía, mi abuela y nada llamándome como en plan de felicitaciones, era como de felicidades, ya tienes otra etapa de tu vida, y ya está, pero yo no veía ningún cambio. (Marina: JShUUni)*

*Me acuerdo que se lo contó mi madre a mi padre; pero, claro, a mí me daba vergüenza y que mi padre me mirara, que me estaba mirando de otra manera, que le dijo mi madre: Ah, pues ya la niña, que ya es mujer. Pero, yo me sentía igual (Lourdes: MChUNoUni)*

*Yo lo viví ahí en plan: qué horror, ahora ya te ha llegado la regla, ya está (Adela: MChRNoUni)*

## 134

Entre las consecuencias de la menarquia, las participantes destacan dos aspectos, ambos negativos: el dolor asociado y la limitación en actividades. Algunas no sintieron dolor en su menarquia, la mayoría relata experiencias de dolor y síntomas negativos que tuvieron como consecuencia la paralización respecto a las actividades habituales.

*No sentí nada, no sentí ningún dolor, nada la primera vez que manché (Eva: JShUUni)*

*Aquella primera no me dolió nada (Estefanía: JShRNoUni)*

*Yo me notaba ese día como que tenía así, como un malestar en los ovarios, una sensación que yo antes no había tenido, y entonces ya, como escuchas de que con la regla que si te duele la barriga, que si te duelen los ovarios, que si te duelen los riñones, y yo decía: Ah, pues a lo mejor es que ya. (Lourdes: MChUNoUni)*

*Pasé unos días con dolor y con mucho malestar, entonces no entendía por qué nadie me daba la enhorabuena. Bueno, y aunque no me hubiese dolido nada tampoco entendía por qué me daban la enhorabuena (Lola: JChRUni)*

*Me pegué todo el día tumbada en el sillón llorando y mi padre me quería llevar al hospital. Yo quería quedarme tumbada así, encogida porque era, no sé, fatal, no me creía yo que eso dolía tanto (Sole: JChRNoUni)*

*Yo me acuerdo perfectamente. Lo tengo grabado porque desde ese momento tuve unos dolores impresionantes (Fede: MShRNoUni)*

*Estaba en clase de sociales, me empecé a encontrar fatal, vomité, me dio como un mareo, me dio como un sudor frío... Y la profe me dijo que me llevaran a mi casa y entre cinco niñas me llevaron. Y la primera hora mi madre pensó que era un cólico, una indigestión o algo así, porque me dolía mucho el vientre y vomitaba y vomitaba y hasta el día siguiente no empecé a manchar (Marga: MShUUni)*

Otra consecuencia negativa de la menarquia, relacionada con la limitación de actividades, es destacada por dos de las participantes que experimentan su menarquia durante la época estival y sintieron frustración porque la menstruación suponía un escoyo para ir a la playa o la piscina.

*Es que ya empezó mal. Me iba a la playa de vacaciones y me dio mucho coraje, me puse como un obelisco. Pues me sentí mal y me enfade conmigo misma, y claro, yo no sabía cómo se ponía un Tampax, me daba susto y decía: Ahora no me voy a poder bañar. Todo era negativo, todo, me sentí fatal (Andrea: JShRUni)*

Mientras una de ellas fue instruida en el uso de tampones por su madre y hermanas, la otra dejó de hacer actividades siendo justificada por su abuela.

*Era el día que tenía mi maleta ya preparada, que me iba y casi me quedo sin ir [a la playa], pero bueno, ya mis hermanas hablaron conmigo, mi madre que me dijo: Ya verás tú que no pasa nada (Andrea: JShRUni)*

*Pero abuela que yo he quedado para ir a la piscina. Total, que me lavo, me cambio, me fui a jugar y a la hora de volver a comer, me vine y salió mi abuela diciendo: Mira que le ha sentado mal la comida, que se encuentra mal, que no va a salir (Carolina: MShUUni)*

*Ese verano me fastidió el ir a la piscina, mi abuela no sabía qué era un Tampax, ni lo conocía, ni nada, y yo seguía allí en el pueblo con la compresa de abuela que se marcaba en todos mis pantalones (Carolina: MShUUni)*

Las sensaciones que relatan algunas participantes tras la menarquia son de rareza, pasividad, y esfuerzo en la ocultación, especialmente en el colegio.

*Yo me sentía un poquito rara la verdad (Marina: JShUUni)*

*No tengo recuerdo ni de asustarme, ni de emocionarme, si no vivirlo de forma pasiva, lo asumo y ya está (Violeta: MShRNoUni)*

*Yo ahí en plan secreto, de que no se enterara mucha gente y tal (Adela: MChRNoUni)*

*Recuerdo que yo no quería que se enterara nadie, mi madre se lo dijo a mi padre y lo pasé fatal [...] Y a ocultarlo en el cole también, que esa es otra, lo mal que se pasa para que nadie se dé cuenta (Lorena: JChUNoUni)*

En definitiva, las participantes que no tenían información sobre el ciclo menstrual en el momento de su menarquia vivieron este acontecimiento asustadas, algunas que tenían información sobre menstruación no la reconocieron. La figura de referencia es la madre, a ella se le informa y, en general, la respuesta consiste en indicar de qué productos menstruales se dispone e informar de que se repetirá cada mes y de los posibles malestares asociados. Algunas participantes sintieron dolor y diversos síntomas que limitaron sus actividades cotidianas. También destacan haber recibido, en el ámbito familiar, la *enhorabuena por ser mujer*, aunque la menarquia se vive con pasividad, rareza, vergüenza, miedo y ocultación.

### 2.2.3 Después

Tras la menarquia, las mujeres debían poner en marcha un conjunto de acciones durante la menstruación relacionadas con el conocimiento y manejo de productos menstruales y el acceso a lugares seguros (condiciones higiénicas, de intimidad, etc..) para usarlos. Estas acciones definen lo que socialmente se denomina gestión de la menstruación. Varias participantes ponen de manifiesto la dificultad que supone la gestión de su menstruación y la definen como *coñazo*.

*Te viene la regla, la asumes y esa sensación de que viene algo que no manejas (Violeta: MShRNoUni)*

*La regla yo la veía como un poco coñazo. Estar pendiente de llevar las compresas, de que si me mancho, de si no me mancho, si me iba a doler (Marina: JShUUni)*

La gestión del ciclo menstrual implica *estar pendiente* y tener conocimiento de la propia menstruación para manejar correctamente los productos menstruales: cuándo cambiarlos, cómo colocarlos y disimularlos. Con la experiencia acumulada a lo largo de los diferentes ciclos se establecen estrategias adaptadas a las necesidades personales, una de las participantes explica que tiene su “kit” con productos en el coche y empapadores en su casa.

*Antes de que me viniera la regla me parecía todo mucho más complicado, estar pendiente de la compresa, si te manchas, no te manchas, o sea, lo veía todo como muy, muy, muy complicado, ¿no? Y yo decía: yo no voy a ser capaz y tal (Miriam: MChRUni)*

*Para mí fue raro, fue muy raro y claro, además ¿esto cómo se controla?, porque aquellas compresas no absorbían nada. A mí me bajaba muchísima cantidad y tenía*



*que estar muy pendiente porque, si no, manchaba, y lo manchaba todo. Te ponías unas mallas para hacer deporte y aquello entre que se notaba el paquetón y que, además, luego -de moverte- se descolocaba y, entonces, ya te manchabas. O sea, era muy difícil la gestión de aquello. Era complicado (Estefanía: JShRNoUni)*

*Uy, yo al principio manchaba mucho, o es que no sabía ponerme bien el Tampax o no controlaba lo que llevaba: la compresa. Era un poco desastre (Lorena: JChUNoUni)*

*Sobretudo, acordarte. Yo no era por hincharme porque yo hacía lo que fuera, pero acordarte de cambiarte el Tampax... de repente te olvidas, la manchada, los pantalones, cámbiate, dúchate, buscar un lavabo en condiciones para cambiarte (Mónica: MChUNoUni)*

*Yo en mi casa es un kit de regla lo que tengo, en un bolso que echo al maletero según la época del mes que rondemos. Y en casa tengo un empapador, como estos que se ponen en las camas de los hospitales para el colchón, yo tengo de eso comprado y me lo pongo en el sillón o cualquier lado donde pille (Carolina: MShUUni)*

El manejo de los productos menstruales requiere del acceso frecuente al baño, tal como explica una de las participantes. Esta necesidad puede encontrar dificultades para ser satisfecha, tanto en el ámbito escolar como en el laboral.

*En el entorno laboral, no siempre es bien vista, que es molesta, el tener que ir al baño más a menudo de la cuenta (Carolina: MShUUni)*

*Hablando con una chica que conocí en la carrera, resulta que además de mucho flujo las pasaba putas porque hasta tuvo que hablar con todos los profesores. Como las clases eran de dos horas, necesitaba salir dos veces, entonces, claro, había profesores que se lo tomaban a mal y tenía que explicárselo (Carolina: MShUUni)*

De hecho, algunas participantes relataron la dificultad de gestionar la menstruación en el colegio, cuando desconocían la frecuencia con la que debían cambiar los productos que usaban y mancharon la silla donde estaban sentadas. Se define como traumático y surge la necesidad de disimular, ocultar la mancha y cambiarse de ropa, para lo que necesitan contar con un/a docente de confianza. Una de ellas relata las burlas que recibió de sus compañeros.

*Me vino en clase, es que me acuerdo y todo, era en clase de inglés, a última hora. Me tocó una silla de estas antiguas de color blanco, blanca y verde, que las había de otros colores. Me quedé sentada en la silla, no me podía mover, llamé a la profesora como buenamente pude y se lo dije a oído y me esperé a que se fueran todos. Pero estaba el típico niño que se esperaba a ver lo que pasa. Pues, ya cuando me levante, pues se me vio todo el pantalón manchado... la silla manchada... Y una semana de burlas, metiéndose conmigo, fatal (Sole: JChRNoUni)*

*Recuerdo que una vez llegó a pasar y manché una silla del colegio, la tuve que limpiar, y los pantalones manchados... Y ¿ahora qué hago? Gestionar el asunto, era lo más complicado (Estefanía: JShRNoUni)*

*La más traumática fue la primera del cole porque como ni yo sabía qué flujos tenía, manché en el cole la silla. Me levanto, se ve la mancha y yo ahí quieta, la mancha se hace más grande. Entonces, en un cambio de clase le dije al profesor que yo necesitaba hablar con una profesora, que era la única que yo era capaz de decirle lo que me había pasado. Viene y me dice que si mi madre me dejaba irme sola a casa y de las sudaderas que había abajo me puso una y me dijo: te vas a casa a cambiarte y vuelves. Y así hice, me fui, me cambié y mi madre me dijo que me tenía que cambiar más a menudo. Descubrí que tenía que cambiarme a la media hora (Carolina: MShUUni)*

Algunas entrevistadas, de los diferentes perfiles, hacen referencia a la gestión de sentimientos negativos como el miedo a manchar en público (en el instituto, en el trabajo) y la vergüenza (al comprar compresas, en las relaciones sexuales).

*Ya cuando me vino la regla, al principio te daba un poco de más corte eso de que se me nota en los pantalones, no se me notan los pantalones. En el instituto, al principio, pues un poco de miedo porque ya se habían dado varios casos de que a una chica había manchado la silla y... en fin... Esa época pues si la llevas un poco mal, pero bueno... La verdad es que me tranquilicé un poco diciendo: bueno, no es para tanto, ¿no?... realmente no es para tanto (Miriam: MChRUni)*

*Cuando estás en el trabajo, hay veces que parece mentira, pero es necesito ir al baño y estás reunida y no puedes. Entonces, te levantas pensando: no habrá pasado nada, me da tiempo. Pero yo en esos días traigo en el coche de todo, desde un pantalón hasta una braguita, por lo que pudiera pasar (Carolina: MShUUni)*

*Y la vergüenza de ir a comprar las compresas a la farmacia... Eso te da vergüenza, luego que te manchabas, el rollo ese (Lorena: JChUNoUni)*

*Los tíos, que muchos no quieren follar. (Mónica: MChUNoUni)*

Para muchas de las participantes, la menarquia y la gestión menstrual suponen un cambio profundo en sus vidas, que conlleva la renuncia a actividades habituales hasta entonces. Solo una participante comenta que no cambió nada en su vida porque ya tenía 16 años.

*Bueno, sí cuando me bajo la regla, lo negué completamente en plan: Noooooo. No quería ser grande yo, lo típico de que ya eres una mujercita (Eva: JShUUni)*

*Se acaba eso de que eres niña y puedes hacer cualquier cosa (Adela: MChRNoUni)*

*Yo era como... como si aquello no fuese conmigo, solo cuando me dolía que me tenía que apartar, pero era como... Me iba a lo mejor a jugar o a correr y era como... no iba conmigo (Lola: JChRUni)*

*Yo seguía haciendo lo mismo. Lo que sí cambiaba, por ejemplo, en verano, pues cuando yo tenía la regla y si quería ir a la piscina, pues mi madre no me dejaba ir a la piscina, estaba con la regla y no era bueno bañarse. Ahí tampoco usaba yo los Tampax todavía (Lourdes: MChUNoUni)*

*Como me vino tan tarde, tenía 16 años, no supuso ningún cambio (Andrea: JShRUni)*

En resumen, con la menarquia se instaura el ciclo menstrual en el cuerpo de las mujeres. La aparición de la menstruación de forma regular supone una serie de cambios en rutinas y la adquisición de nuevos hábitos para manejar estas situaciones, entre ellos conocer la capacidad de los productos menstruales e interrumpir alguna actividad (escolar o laboral) para acudir al baño. También aparecen sentimientos de temor por manchar, de pérdida de libertad, vergüenza y ocultación.



Infografía 4. En torno a la menarquia: antes, durante y después

## 2.3 EN TORNO AL MALESTAR

Este epígrafe aborda el malestar asociado al ciclo menstrual, en él se incluye el relato sobre los síntomas y sus consecuencias en la vida de las participantes, así como las estrategias de afrontamiento que desarrollan.

### 2.3.1 Síntomas y consecuencias

Las participantes coinciden en afirmar que el malestar premenstrual aparece antes o en los primeros momentos del sangrado menstrual y posteriormente desaparece, que esto ocurre en los diferentes ciclos e identifican tanto síntomas físicos como psicoemocionales.

*Luego me vino ya de forma continua y bastante regular, lo que pasa es que mojaba muchísima cantidad y tenía dolores horriblos, pero de vomitar del dolor y tal (Estefanía: JShRNoUni)*

*Un día antes de que me baje ya me están avisando los riñones, ya me están diciendo que ya viene, y el dolor son dos, tres días (Andrea: JShRUni)*

*Pues dolores mortales, me afectaba sobre todo a nivel físico... Pero, bueno, a mí a nivel anímico me ha afectado siempre mucho también (Anita: JShUUni)*

141

En cuanto a los síntomas físicos, el que se nombra con más frecuencia es el dolor. Este dolor puede adoptar diversas formas, desde un dolor generalizado por todo el cuerpo a un dolor localizado en alguna parte como: *la barriga, los riñones, zona lumbar, las piernas, la cabeza, los genitales y los ovarios.*

*Pues un par de días antes ya me empieza a doler el cuerpo y mientras que tengo la regla, un dolor horriblo (Adela: MChRNoUni)*

*Sí, dolor en el bajo vientre (Marina: JShUUni)*

*Me dolía (Mónica: MChUNoUni)*

*Sobre todo los dos primeros días son muy molestos (Lourdes: MChUNoUni)*

*Dolores bastante fuertes, bajones justo antes de venirme, un día antes más o menos de venirme, tengo dolores bastante fuertes, dolor abdominal y, sobre todo, lumbar, de espalda, el lumbago aquí detrás me dolía y todavía me duele bastante (Marina: JShUUni)*

*Dolor de barriga, en el bajo vientre, molestia en la zona lumbar y las piernas. (Lola: JChRUni)*

*Dolor de riñones, de piernas (Lorena: JChUNoUni)*

*Un dolor que pa' qué, los riñones, todo, fatal (Sole: JChRNoUni)*

*Tengo un poco de dolor de tripa unos pocos días antes y el día que me viene la regla. Luego desaparece, con sensación de tener un huevo ahí dentro que se te rompe, hacer clof ahí. Es entre liberación y asquerosón. Lo reconozco perfectamente cuando me está viniendo (Violeta: MShRNoUni)*

*Mucho dolor de riñones. También me duele el chirri [genitales]. Parece que te están tirando desgarrando (Andrea: JShRUni)*

*Yo siempre es por los dolores por lo que me guío, ya me duele la cabeza... ya me va a venir, que al final ya le cojo el rollo y ya sabes cuando viene (Sole: JChRNoUni)*

*Para mí los primeros días, son horrosos. A mí me duelen mis genitales, yo noto como si tuviese ahí una pesa como si me estuviesen arrancando de algo de ahí dentro. Entonces, yo no puedo estar de pie, es insoportable (Lourdes: MChUNoUni)*

*Cuando tengo la regla, me duelen hasta los labios. No todas, pero en algunas reglas yo tengo esa sensación de sensibilidad en los labios (Lola: JChRUni)*

*Quizás algunos días antes pues en los ovarios que te notas dolorcillo (Lourdes: MChUNoUni)*

*Yo noto que va a bajar ese día porque empiezo a sentir como si me rascaran en el estómago, y es un ratito después de ir baño y ver que has manchado. La sensación como si alguien me clavara un cuchillo de lado a lado, es decir, no puedo doblarme porque tengo ahí una barra o una corriente o algo así que no puedo moverme. O sea, es un dolor físico muy fuerte (Carolina: MShUUni)*

*Dolor de barriga, calambres, concentrado en la zona abdominal. Dolor de cabeza no tanto (Adela: MChRNoUni)*

*Últimamente estoy viviendo partos, o sea, que me viene la contracción del dolor, me viene y sube, sube, sube y sube y ya llega al punto que luego empieza a baja, como en un parto (Adela: MChRNoUni)*

Además del dolor, participantes de todos los perfiles identificaron otros síntomas relacionados con la fase premenstrual de su ciclo como: migrañas, mareos / vértigos, trastornos intestinales (vómitos, diarreas), antojos, retención de líquidos, inflamación, hinchazón de barriga y bultos en las mamas, granos, ojeras y resfriados.

#### ∞ Migraña

*Me viene el dolor de cabeza un par de días antes de que me baje la regla. Es como que me avisa, ¿no?: estas cambiando hormonalmente, ojo, cuidado que te va a venir la regla. La migraña me molesta bastante más que la barriga. También, a veces, me dan vértigos y ya es un completo (Miriam: MChRUni)*

*He tenido épocas en las que he tenido migrañas... Me di cuenta de que me dolía la cabeza antes de bajarme la regla (Lola: JChRUni)*

#### ∞ Mareos / vértigo

*Cuando me va a venir la regla ya estoy mareándome y empiezo a vomitar. Es un dolor intensísimo, sudor frío que mojo todo, casi pérdida de conocimiento*

y, cuando vomito, empiezo a mejorar. Pero la intensidad del dolor dura tres o cuatro horas. (Marga: MShUUni)

Si yo tengo un poco de hambre cuando tengo un dolor menstrual. Entonces, me puede dar un bajón de tensión y me mareo y me caigo al suelo, así tal cual (Estefanía: JShRNoUni)

∞ Trastornos intestinales (vómito / diarrea)

Yo me pasaba por lo menos dos o tres días, recuerdo hasta de meterme en la cama algunas veces, vomitaba, me ponía muy mala, muy mucho dolor, es que no podía ni estar derecha (Lola: JChRUni)

Algo de diarrea y todo el abdomen descolocado (Mónica: MChUNoUni)

Muy dolorosa siempre, con muchos trastornos intestinales, es decir, diarreas, vómitos, a parte la tensión súper baja. Todo lo normal que puede tener cualquier mujer (Fede: MShRNoUni)

∞ Antojos, referidos por participantes sin hijos/as de ámbito urbano con estudios universitarios.

Que tienes más ganas de dulce o de comer con un poco de ansia, pero cuando me duele es cuando me baja (Eva: JShUUni)

Antes a lo mejor tengo antojo de dulce o salado (Carolina: MShUUni)

∞ Retención de líquidos, inflamación, hinchazón de barriga y bultos en las mamas.

Las glándulas mamarias se me inflaman, me salen bultos cada vez que me va a venir, pero es inflamación de la misma mama, que ya he ido al médico y todo. En el momento que ya me viene ya empiezan a bajarme [los bultos] hasta que desaparecen. Pero, luego otra vez, a los quince días empiezan a crecer y entre que tengo poco pecho, se me ve nada más que el bulto. Yo me pongo una camiseta pegada, se me nota un bulto así y, luego, ya el pecho, es increíble (Andrea: JShRUni)

Luego el pecho, la barriga por supuesto que se me hincha, hago mucho más pis cuando me va a venir la regla, no sé, yo creo que es porque si se me inflaman los ovarios, que se me hinchen hacen que oprima la vejiga (Marina: JShUUni)

Cuando me llega justo, un poquito antes, te sientes un poquito hinchada (Eva: JShUUni)

Pues eso que te hinchas, las tetas también (Mónica: MChUNoUni)

Siempre en los dos, tres primeros días era dolor de tetas, o sea, que me notaba que me dolía y yo decía: De aquí a un día o dos viene, seguro, y ya pues me duelen los ovarios (Sole: JChRNoUni)

Yo tengo a veces una semana antes, cinco días o cuatro días, dependiendo pues tengo, ya te digo, empiezo a hincharme, retengo muchos más líquidos. Y eso

*es lo común, empiezas ya a notar, un poquito, así como raspas (Fede: MShRNoUni)*

∞ Granos y ojeras, referidos por participantes sin hijos.

*Me suelen salir también unos granitos y vellito que antes no tenía (Fede: MShRNoUni)*

*También me sale algún granito. Además, me suelen salir por distinto sitio curiosamente. A lo mejor, hubo una época que me salía en la barbilla y el día antes de la regla me salía un grano en la barbilla. Luego, ahora me está saliendo éste (se señala la mejilla derecha), llevo dos meses que me está saliendo éste, y dentro de unos meses me saldrá en otro lado (Marina: JShUUni)*

*También en los ojos se me nota. Como tengo bastante marcadas las ojeras pues se me marcan más cuando me va venir la regla. Pero tampoco le doy más importancia de la que tiene (Marina: JShUUni)*

∞ Resfriados, que se achacan a una bajada de las defensas.

*Me encuentro más bajita de defensas. Me salen llagas dentro de la boca, supongo que por el tema de que se bajan un poquillo las defensas. Hubo una época en la que cada vez que me iba a venir la regla me cogía una pequeña gripe, un pequeño constipado (Marina: JShUUni)*

144

Estos síntomas no son constantes en todos los ciclos, si no que varían.

*Los dolores que ya me vienen unos días antes, me empiezan a doler mucho los pechos y a veces, como cuatro días antes, ya tengo unos dolores infernales, se me empieza a trastornar la barriga. Dependiendo que meses me ataca más a los riñones, más al intestino (Fede: MShRNoUni)*

En cuanto a los síntomas psicoemocionales, participantes de los diferentes perfiles sintieron: mal humor, hipersensibilidad, irascibilidad, ánimo bajo, tristeza, depresión, vulnerabilidad, susceptibilidad y cambios de energía.

∞ Mal humor, hipersensibilidad, irascibilidad.

*El día de antes y el primero es, con las uñas sacadas, a sacarle los ojos al primero que te mire o te diga algo, la verdad es que sí (Andrea: JShRUni)*

*Dos o tres días antes horrible, una mala ostia de la virgen (Sole: JChRNoUni)*

*Un día antes estoy absolutamente hipersensible, una cosa... que me dicen cualquier cosa y me puedo echar a llorar, muy baja de ánimos. Que te afectan las cosas mucho más (Marina: JShUUni)*

*Sí, algo más irascible estás porque cualquier cosa... por ejemplo, hay que ir a comprar al súper, ¿no?, normalmente vamos los dos y él dice: vamos los dos, que te dé un poquillo el aire, y yo: es que no me entiendes, es que no me apetece nada [...] O, por ejemplo, yo quiera cenar y él no viene porque está*



*haciendo cosas que hace falta hacer, y es como: te has olvidado de mí (Carolina: MShUUni)*

∞ **Ánimo bajo, tristeza, depresión.**

*Yo si noto que estoy más triste, más sensible, antes de que me baje (Lorena: JChUNoUni)*

*Malestares, los habituales, estar más sensible, estar así como tristecilla o sensible por ponerme así abrumada (Eva: JShUUni)*

*A veces uso ropa así como más tristona (Eva: JShUUni)*

*Y está también la tristeza, un poco de depresión, también depende de las épocas. Yo me di cuenta a los 35 o así, antes no, no sé si porque no tenía o era que me estaba escuchando a mí misma (Mónica: MChUNoUni)*

*Bueno, sí lo noto porque como ya sé cuándo va a venir, porque me duele todo, estoy de más mala leche (Andrea: JShRUni)*

∞ **Vulnerabilidad, susceptibilidad**

*A nivel anímico, sobre todo, la semana anterior, noto que me siento muy vulnerable, como si me sitiera más en pelotas frente a la vida, una sensación de qué sentido tienen realmente las cosas, me pudo deprimir y todo, me lo cuestiono todo, no tener nada claro lo que estás haciendo, presionarte mucho y sentirte muy poca cosa y me dan ganas de meterme en una burbujita (Violeta: MShRNoUni)*

∞ **Aumento o disminución de energía.**

*Trastorno por supuesto, en cuanto a más susceptible, más tristecilla, me falta un poquito más de energía, pero bueno, entiendo que eso está dentro de lo normal que nos puede afectar (Fede: MShRNoUni)*

*A veces, siento también un subidón de energía (Violeta: MShRNoUni)*

Una participante relaciona el síntoma físico de dolor con síntomas psicoemocionales como el mal humor.

*De que te encoje un dolor aquí (abdomen) impresionante [...] Me entra una mala leche del dolor que no hay quien me aguante. Todo me molesta y todo me estorba (Sole: JChRNoUni)*

A consecuencia de estos síntomas, se deja de realizar actividades habituales y obligatorias. Algunas participantes recuerdan absentismo escolar a causa de estos síntomas y no poder asistir a alguna clase en el colegio / instituto o no realizaron algún examen.

*Si tenía un dolor muy fuerte pues no salía o incluso alguna vez llegué a no ir al instituto del dolor tan fuerte que podía tener (Marina: JShUUni)*

*Había días que no iba ni a clase (Lorena: JChUNoUni)*

*Del instituto sí me acuerdo que había veces que me tenían que acompañar un poco a casa porque me mareaba, me flaqueaban las piernas, no podía con mi cuerpo vaya, y meterme en cama así descomponerme entera, con diarrea, vomito, dolor de cabeza... (Eva: JShUUni)*

*Menos ese día, la primera vez que no tuve dolor y que fue un día o dos, ya el siguiente, es que además recuerdo de estar en el colegio y de irme a mi casa porque es que tenía un dolor de ovarios, de barriga y de todo, me encontraba fatal, y siempre así, siempre. (Adela: MChRNoUni)*

*Yo recuerdo en el Instituto hasta no ir a hacer un examen, de decir: no me puedo mover, no me puedo mover, me duele. Además, me daba un dolor como si me abrieran los huesos de debajo, y yo decía: esto no es normal, algo tiene que haber aquí... y, después, en los embarazos he tenido esa sensación (Lola: JChRUni)*

El absentismo como consecuencia de los dolores menstruales también se describe en el trabajo entre participantes con estudios universitarios. Para evitar el absentismo laboral por esta causa, algunas participantes desarrollaron estrategias como salir antes de tiempo, solicitar días libres o resistir en su puesto laboral, aunque no estuviera en condiciones óptimas para desempeñarlo. Una participante comentó el deseo de un jefe de no contratar a mujeres por ese motivo.

146

*Pero sí que te paraliza, te paraliza. Pero yo, ahora me duele y ha habido días con estas últimas reglas que he dicho: me metería en la cama... O sea, he estado trabajando y he dicho: me iría a mi casa ahora que no hay nadie, echaba la persiana y me acostaba, pero al final no lo he hecho (Lola: JChRUni)*

*¡Hombre!, sí, claro que afectan, claro que afectan, en, la gente, o sea, el hecho de tener que ir a trabajar. Tú tienes que levantarte a las siete de la mañana y, si te duele, te tomas una pastilla y te vas (Lorena: JChUNoUni)*

*Es tal evidencia de que estoy mal, de que me ha venido, porque me tengo que ir del trabajo y, además, todo el mundo te pregunta: ¿te encuentras mal?. Y, al día siguiente: ¿Qué te pasa?... Para mí, lo mejor que me puede pasar es que venga un viernes por la tarde y no tener que dar explicaciones de mi regla a nadie (Carolina: MShUUni)*

*No puedo venir a trabajar. De hecho, muchas veces ya lo que hago -porque me da cosa- es pedirme los días libres; porque yo puedo entender que una persona se pone mal, no puede venir a trabajar y no pasa nada, pero es que estamos hablando de muchos días. (Miriam: MChRUni)*

*Yo, ante esto, como no queda otro remedio, es decir, yo no me puedo pedir baja, mi carácter es positivo y alegre aunque esos días me fastidian bastante, me siento muy mal... No vivo pensando en cuando me va a venir la regla; de hecho, siempre me sorprende y fíjate que me viene regular, porque procuro olvidarme en cuanto desaparece... Es que te incapacita para tener vida normal (Fedé: MShRNoUni)*

*La compañera de mi pareja, que tiene también muchísimo dolor con la regla y no puede ir a trabajar, pues su jefe está buscando un hombre porque no quiere mujeres. (Estefanía: JShRNoUni)*

Además del absentismo escolar o laboral, como consecuencia de los dolores menstruales algunas participantes, de los diversos perfiles, dejan de realizar otras actividades, relacionadas con actividades físicas y de ocio, como salir con amigas.

*Y nada, cuando a alguna le venía pues se contaba: pues te pasa esto, pues a mí me duele mogollón, yo he tenido que dejar de ir al aerobio o al no sé qué porque ahora me viene...pero con las amiguillas, no era algo que una contara (Carolina: MShUUni)*

*Yo he dejado de hacer muchas cosas, de quedar con mis amigas, de salir, porque claro, duele, no te apetece (Lorena: JChUNoUni)*

*El otro día en Yoga que tenía la regla, había posturas que no me apetecía hacer, mi profe no tiene problema (Violeta: MShRNoUni)*

*Eso es una semana mala porque o he tenido que irme del trabajo o he tenido que... y verme a veces llorar, no es agradable. Entonces por eso yo soy feliz si me viene un viernes por la tarde. No tengo que irme de ningún sitio, simplemente anulo mi vida personal y esa semana no estoy, y fuera (Carolina: MShUUni)*

En definitiva, las participantes refieren diversos síntomas que aparecen antes de la menstruación y desaparecen con el sangrado. Los síntomas son:

- físicos (dolor, migraña, vértigo, vómito, diarrea, retención de líquidos, ojeras, antojos, resfriados...) y
- psicoemocionales (mal humor, hipersensibilidad, irascibilidad, ánimo bajo, tristeza, depresión, vulnerabilidad, cambio en la energía).

Como consecuencia se da absentismo escolar y laboral y dejan de hacer otras actividades, deportivas, de ocio, etc.

147

### 2.3.2 Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento definen las acciones puestas en marcha por las participantes para mitigar los síntomas premenstruales y poder así continuar con sus actividades cotidianas. Estas estrategias se desarrollan a continuación. En primer lugar, se exponen las estrategias no medicalizadas y posteriormente las medicalizadas.

Algunas participantes refirieron conformarse, y señalaron que podían acostumbrarse, adaptarse y seguir adelante. Otras indicaron que parar o posponer el desempeño de sus actividades para descansar, les suponía un alivio importante; retirarse a un espacio privado, especialmente la propia casa, les permitía actuar como realmente sentían.

*Ayer, por ejemplo, estaba que me moría, pero no me tomé nada. Dije: voy a ser una campeona y voy a aguantar y ya está (Andrea: JShRUni)*

*Es que, como a mí, por lo que me han enseñado es algo que viene, que duele y que ya está, y que no hay más vuelta de hoja (Sole: JChRNoUni)*

*Muy dolorosas las reglas posteriores, pero nunca me ha importado, o sea, nunca me he quedado en la cama, he hecho lo que hacía falta. Nunca he interrumpido mi vida por la regla. (Mónica: MChUNoUni)*

*Necesitaba tumbarme y luego otro día, a lo mejor, me bajaba la regla, pero yo hasta que no veía el rojo, yo me creía que es que tenía gases o la infección de orina (Estefanía: JShRNoUni)*

*El humor también, yo no estoy igual los días que tengo la regla que los días que no. Ni siquiera es mal humor, es como que no me apetece relacionarme con el mundo exterior. O sea, yo estoy ahí en mi mundo y quiero estar también tranquila. Si estoy tranquila, si puedo estar tranquila, relajada y no moverme mucho, me duele muchísimo menos (Adela: MChRNoUni)*

*Meterse en cama, hacerse bola, acurrucarse así (Eva: JShUUni)*

*Normalmente, no es que yéndome a mi casa se me vaya, pero puedo encogerme, llorar, chillar... (Carolina: MShUUni)*

Varias participantes utilizaban como método el calor aplicado en zonas concretas, generalmente, el vientre y la zona lumbar. El calor puede ser aplicado mediante diferentes métodos: manta eléctrica, bolsa de agua caliente o sacos con semillas, son los más habituales.

148

*Una manta de calor o un saquito de estos que tengo; cuando me acuesto, me lo caliento en el microondas y lo pongo en los riñones, y así si me duermo. Son los mejores, porque no tienes que estar enganchada a la corriente ni nada. Y cuando se enfría, se ha enfriado (Andrea: JShRUni)*

*Primero era calor. Me acuerdo que me llenaba mi madre la bolsa de agua caliente, me ponía la bolsa de agua caliente o la manta eléctrica... y luego pastillas (Estefanía: JShRNoUni)*

*Calor, calor seco, una manta eléctrica, ahí puesta. Hacía, como este verano, 45 grados en agosto y la tenía puesta en la barriga (Carolina: MShUUni)*

*Al principio, que no tenía manta eléctrica, mi madre me lo solucionaba poniendo una plancha con una toalla, plancha con toalla y tal. Después, manta eléctrica, saquito, mucho calor. Mucho dolor el primer día de la regla (Miriam: MChRUni)*

Otras participantes experimentan mejoría en su malestar con el control de la alimentación, evitando proteína animal, lácteos y productos refinados en su dieta e introduciendo complementos alimenticios como el aceite de Onagra, así notan la disminución en la intensidad de los síntomas.

*Dejé de comer carne y me empecé a dar cuenta que el mes que no comía absolutamente nada de carne -nada de proteína animal, solo huevos- me duraba muy poco y apenas me dolía. O no me dolía o, a lo mejor, me tenía que tomar un Antalgin. Y el mes que sí comía carne, tenía una regla superabundante y me dolía un montón.*

*Entonces, estuve así mogollón de años, comiendo, dejando de comer (carne), probando, experimentando y acabé dándome cuenta de que era así (Anita: JShUUni)*

*Y ahora estoy probando cosas que medio me están funcionando. Ahora me he quitado por ejemplo los lácteos y todos los productos refinados, todo lo que sea blanco, pan blanco, arroz blanco... Llevo como tres meses y me duele bastante menos (Adela: MChRNoUni)*

*Ahora estoy con la Onagra. Me dijeron que probará. Empecé fuerte con ella el año pasado y me mantuvo, sobre todo, los días antes. Notaba que eso se había regulado bastante y la hinchazón también y todo y parecía que el dolor no era tan güevil (Eva: JShUUni)*

Participantes sin hijos/as probaron otros métodos y terapias complementarias:

- ∞ homeopatía y reiki, de las que conseguían alivio en función del dolor de base;
- ∞ un método quiropráctico de alineamiento de la matriz con la cadera, introduciendo la mano en la vagina y moviéndola con pequeños golpes;
- ∞ vendajes neuromusculares y
- ∞ la práctica de sexo y tragar semen.

Para una de las participantes el uso de terapias naturales le hizo darse cuenta de que tenía un bloqueo, a causa de experiencias traumáticas.

*Estuve tomando homeopatía y, a veces, me servía, otras veces no. De hecho, ahí la tengo y cuando me viene un mes que me viene mucho me la tomo. Me suelo hacer reiki también. A veces me sirve, a veces no. Entonces, depende de cuánto dolor tenga (Estefanía: JShRNoUni)*

*Empecé con homeopatía, con Reiki... Empecé con varias terapias naturales mientras estaba yendo a un endocrino que me hacía un estudio para ver qué es lo que tenía, que si era un tumor en la cabeza, que si era un no sé qué... Porque también me hinche mucho... Y, digamos, que ha sido todo un proceso de ir también, pues eso, al médico de tal para ver si había algo que no lo habían encontrado absolutamente nada. ¿Por qué? Pues, porque no había nada físico, había algo de estrés y ansiedad y tal. Y, por otro lado, a través de las terapias naturales, he ido viendo qué era lo que me pasaba en realidad. Y hasta que eso no lo he solventado, pues no me bajó la regla. Era por un bloqueo personal (Estefanía: JShRNoUni)*

*Una amiga me comentó una técnica que era para paliar el dolor menstrual, que es lo que llaman la amenorrea. Es porque los ovarios y el útero están como un poco giraditos. Contaba que, viendo el aura de la mujer, un chico, un quiropráctico, sabía si su regla era dolorosa o no, por cómo estaba colocada la cadera, el coxis, la pelvis... Y que había una técnica que, metiendo la mano por la vagina e ir colocando a golpecitos la matriz o como se llame el aparato entero, alinear la cadera para que se quede igual, ir acomodando poquito a poquito (Eva: JShUUni)*

*Una compañera que iba conmigo a osteopatía, había hecho un curso de vendaje neuromuscular -que son los vendajes esos de colorines- y tenía en la tripa uno para la regla y decía que estaba súper bien (Violeta: MShRNoUni)*

*También te dicen: ten relaciones cuando tengas la regla que te duele menos. Yo lo he probado y estás ahí con todos los dolores y te mueve todo el cuerpo por dentro. A mí eso es que no me sirve para aliviarme [...] He probado a tragar semen cuando tengo la regla y se me quita el dolor: ¿tendrá alguna relación eso? (Adela: MChRNoUni)*

Participantes, mayores y sin hijos, comentan que la autoobservación -que permite identificar los síntomas y saber que desaparecerán- alivia el sufrimiento y facilita una reordenación de agenda, posponiendo actividades ya programadas.

*Simplemente el hecho de observar, identificar y ponerle un nombre y apellido, hace que en vez de ser un problemón de que estás fatal de la muerte, simplemente sabes que va a pasar [...] Yo, muchas veces, tengo la necesidad de hablar lo que me pasa. Y fue con una amiga mía que me dijo: mira a ver si esto tiene que ver con la regla, apúntate qué días te viene el bajón ese. Y entonces sí que vi que me cuadraba bastante (Violeta: MShRNoUni)*

*Yo lo que hago es reordenación de actividades. Quiero decir, el primer día lo que hago es dejarlo, si tengo clase no voy, si tengo piscina la cambio, si esa semana íbamos a ir al cine, pues no salimos. (Carolina: MShUUni)*

150

Una de las participantes, recuerda que su madre le ofrecía Ginebra para mitigar sus síntomas.

*Era un dolor exagerado, estaba literalmente que me retorció por el suelo y llamé a mi madre. Mi madre se fue en busca de las vecinas y me trajo un vaso de cristal con un líquido transparente, que me dijo: bébete esto, que se te quita. Y yo me lo bebí y casi me muero porque era ginebra pura. Y desde entonces llevo sufriendola (Fede: MShRNoUni)*

En cuanto a las estrategias medicalizadas, todas las participantes probaron remedios farmacológicos para mitigar su malestar. Algunas explican que la finalidad era reducir el dolor que las paralizaba para poder continuar con su vida. Puntualizan que, para que sea eficaz y controlar el dolor, es importante tomarse la medicación en el momento adecuado.

*En realidad, la finalidad es poder continuar con tu vida cotidiana sin que cambie, poder mitigar un poquito el dolor, aunque sigas teniendo molestias [...] Se me para la vida si no estoy pendiente de las pastillas. Y no puedo pararme una vez al mes de esta manera. (Eva: JShUUni)*

*Lo que recuerdo es sobre todo el dolor, quedarme en la cama y pedirle llorando a mi madre que me diese la pastilla de su cólico nefrítico (Anita: JShUUni)*

*Al principio, apenas sentía molestias, o sea, no recuerdo, así, dolores de barriga... Después, te puedo decir que empecé con pastillas para el dolor de la regla, a los dieciocho o así (Miriam: MChRUni)*

*El que me corte (las actividades) me daría un poco igual... Es que el dolor es realmente insoportable... Ahora si es verdad que estoy en un momento en el que ese dolor me dura un día, lo normal... Además, por la alimentación que llevo me dura un día, pero si yo tardeo 10 minutos en tomarme la pastilla, durante una hora estoy mordiendo un palo que tenga delante y llorando y cagándome en el mundo por ser mujer. Entonces, tengo que encontrar algo (Anita: JShUUni)*

*Es más latazo cuando tienes que salir o si está trabajando o tienes que hacer algo. Me da coraje que, a lo mejor, yo que sé, que tengamos previsto salir, me venga la regla y es el día que estoy más chungueta y ahora para estar de pie... Pero, si salgo, yo salgo, me tomo mi pastilla y ala. (Lourdes: MChUNoUni)*

Las participantes nombraron varios medicamentos de los que hicieron uso para mitigar los síntomas, entre ellos: Neobrufen, Ibuprofeno, antiinflamatorios, Dolalgial, Antalgin, Saldeva, Espirifen, Primperan, Valium, Enantyum y Nolotil.

*Neobrufen y a esperar (Sole: JChRNoUni)*

*Tenía que tomarme algo, lo que tuviera en casa: ibuprofeno, antiinflamatorio... aunque intentaba evitarlo de hecho, pero me tomaba antiinflamatorios (Marina: JShUUni)*

*Claro que he tomado, Ibuprofeno lo que más he tomado porque me funcionaba más o menos (Lorena: JChUNoUni)*

*Ahora tomo Dolalgial (Anita: JShUUni)*

*Los remedios analgésicos los probé. Yo me acuerdo cuando estaba de moda el Ibuprofeno, de tomar Antalgin, y las otras pastillas que salieron que eran de dos clases, una forte y una normal: Saldeva. Esas eran como específicas, pues a mí no me hacía nada (Eva: JShUUni)*

*Pues, habitualmente me tomaba un Ibuprofeno. Me solía tomar alguna pastilla (Estefanía: JShRNoUni)*

*Tomaba la Saldeva de la época, después me pasé al Espidifen, luego Ibuprofeno, es que... Luego estuve muchos años muy bien, con las pastillas anticonceptivas desde los 16 a los 22; entonces ni me enteraba, estaba feliz (Lola: JChRUni).*

*Un Antalgin, que es mi pastillita mágica, mi pastillita azul de lo mejor que había, de eso y aun así tarda como media hora-tres cuartos en hacer efecto (Carolina: MShUUni)*

*Ya he probado dos millones de tratamientos, lo último que medio qué, el ibuprofeno, Valium y Primperan; porque me dan con vómitos también las migrañas (Miriam: MChRUni)*

*Antes tomaba el Antalgin. Ahora es verdad que no soy yo partidaria de tomar muchos medicamentos, pero bueno... Si hay un día que esté así más molesta, pues me tomo un ibuprofeno o un Espidifen (Lourdes: MChUNoUni)*

*Yo tengo una hernia en la espalda, no tomo medicación, es decir, soporto esos dolores para reservarme los antiinflamatorios, que es la única posibilidad que tengo de eso de inyección... para reservarme los antiinflamatorios... el Enantyum, el... porque voy pasando ibuprofeno... Antalgin, Enantyum... mezclándolo con Nolutil... ¿no? Pues, cuando ya mis dosis no son suficientes, pues yo tengo que ir a urgencias a que me pongan mi inyección para que me entre por sangre. Y ya me ponen también, aparte del antiinflamatorio y calmante, pues me ponen también un relajante que eso... dando caña (Fede: MShRNoUni)*

*A base de pastillas voy. Llevo años a base de Antalgil, que es la única que me funciona. He probado otras cosas, pero es la única que me hace efecto y si me la tomo cuando el dolor está empezando; porque si ya llevo un rato que me está doliendo ya no se me quita el dolor. Y he llegado vamos a vomitar y de todo; pero vamos, fatal, fatal (Adela: MChRNoUni)*

*Empecé a tomar antiinflamatorios, que tenías que tomarte uno cada 24 horas, eran mágicos. Hasta que, al tiempo, ya no me hacían tanto efecto, a los dos años o así (Marga: MShUUni)*

## 152

El primer contacto con los fármacos como manera de paliar los síntomas relacionados con el ciclo menstrual, viene del contexto familiar; generalmente, por recomendación de su madre o sus hermanas y en algún caso del padre; tal como explican algunas participantes a las que les ofrecieron Saldeva, Antalgin e Ibuprofeno.

*Directamente mi madre me dice: pues, tomate esto, o sea, un Ibuprofeno, un Antalgin... Eso sí, es verdad que, como ya tiene experiencia de mi hermana mayor, era: ¿qué te tomas tú? Empezamos con la Saldeva; como ves que no funciona, vas probando (Miriam: MChRUni)*

*Me acuerdo, mi madre siempre tenía en la casa Antalgin y nos daba nuestra pastilla. Yo me la tomaba y nada, que hacía una vida normal (Lourdes: MChUNoUni)*

*También mi padre me dio Ibuprofeno, Saldeva y tal y con eso se pasaba el dolor (Mónica: MChUNoUni)*

El consumo de fármacos tenía asociada la aparición de efectos secundarios no deseados. Describieron: fuertes dolores y úlcera de estómago y los efectos negativos sobre el hígado que achacaron al uso de la píldora anticonceptiva. También se hizo referencia a los efectos de dependencia y tolerancia de esta medicación.

*Antes de los anticonceptivos, cuando tenía esas reglas tan horribles, tomaba mucho ibuprofeno y me reventó el estómago. Lo que pasa que me dolía hasta tal punto que prefería quedarme en casa así doblada; que me doliese el estómago que no la regla (Anita: JShUUni)*



*Me provocaron fuertes dolores de estómago [los antiinflamatorios] y, al final, tuve una úlcera de estómago (Marga: MShUUni)*

*Ahora yo pienso en meterme hormonas y yo digo: ¿cómo voy a meterme mierda?, ¿y si me pasa algo, qué pasa con mis niños? Porque no es bueno para la circulación, era otra historia [...] Llevo un tiempo que no quiero tomar medicación. Llevo un tiempo que he decidido que no quiero tomar pastillas, porque en la familia de mi madre, de vez en cuando falla el hígado y yo ahora todo lo que puedo no tomarme, no me lo tomo (Lola: JChRUni)*

*Me di cuenta que no podía dejar los medicamentos para la regla, ni plantas ni pollas (risas) (Anita: JShUUni)*

*Los analgésicos no me hacían ningún efecto (Marga: MShUUni)*

Algunas participantes no consultaron a profesionales de la salud sobre su malestar asociado al ciclo menstrual, por considerar que es *normal*.

*Yo, mi madre, se lo decía que me dolía, que era irregular y tampoco me dijo de llevarme al médico ni nada; simplemente, pues ya está. Que no comería bien me decía: pues no habrás comido bien (Sole: JChRNoUni)*

*Yo si visito al ginecólogo. De hecho, me hago mis citologías y eso, pero el tema no lo he comentado, luego después con el tiempo, a mi hermana le pasa lo mismo que a mí (Lourdes: MChUNoUni)*

*Yo le decía: pero mamá, ¿por qué me duele a mí esto, por qué? Y ella decía que no sabía: pues hija, pues yo que sé, será así, es que hay gente que le duele. No me sabía dar una explicación, me decía: eso será normal. Y yo decía: ¿pero por qué va a ser normal?, normal será lo tuyo (Lola: JChRUni)*

153

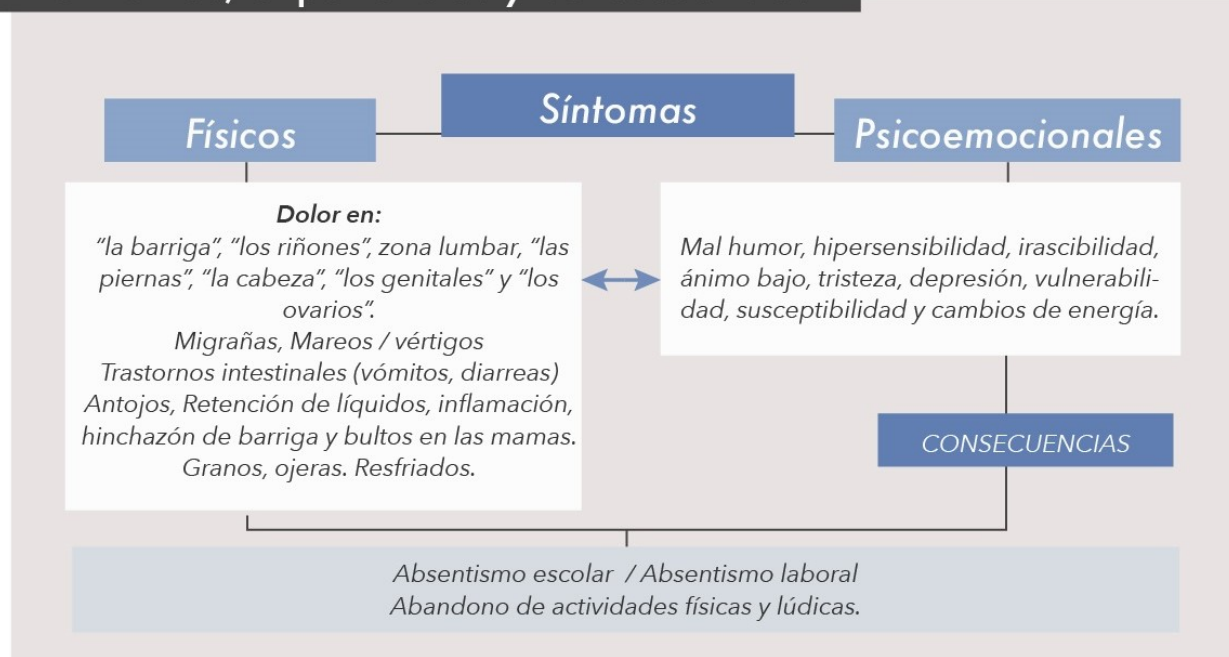
Sin embargo, la mayoría sí consultó. Estos resultados se exponen en el siguiente capítulo “3. Medicalización de la fase premenstrual”

En resumen, las participantes nombraron numerosas estrategias de afrontamiento para paliar los síntomas. Entre las estrategias no farmacológicas: parar, reordenar su agenda, retirarse para estar tranquilas y expresar su dolor, aplicar calor local, control de la alimentación y toma de suplementos, terapias complementarias como homeopatía y reiki, método quiropráctico, vendajes neuromusculares, mantener relaciones sexuales o la autoobservación y consciencia de que el malestar es pasajero.

Entre las estrategias farmacológicas, muchas comienzan a automedicarse desde la adolescencia, por recomendación de su madre. Nombraron:

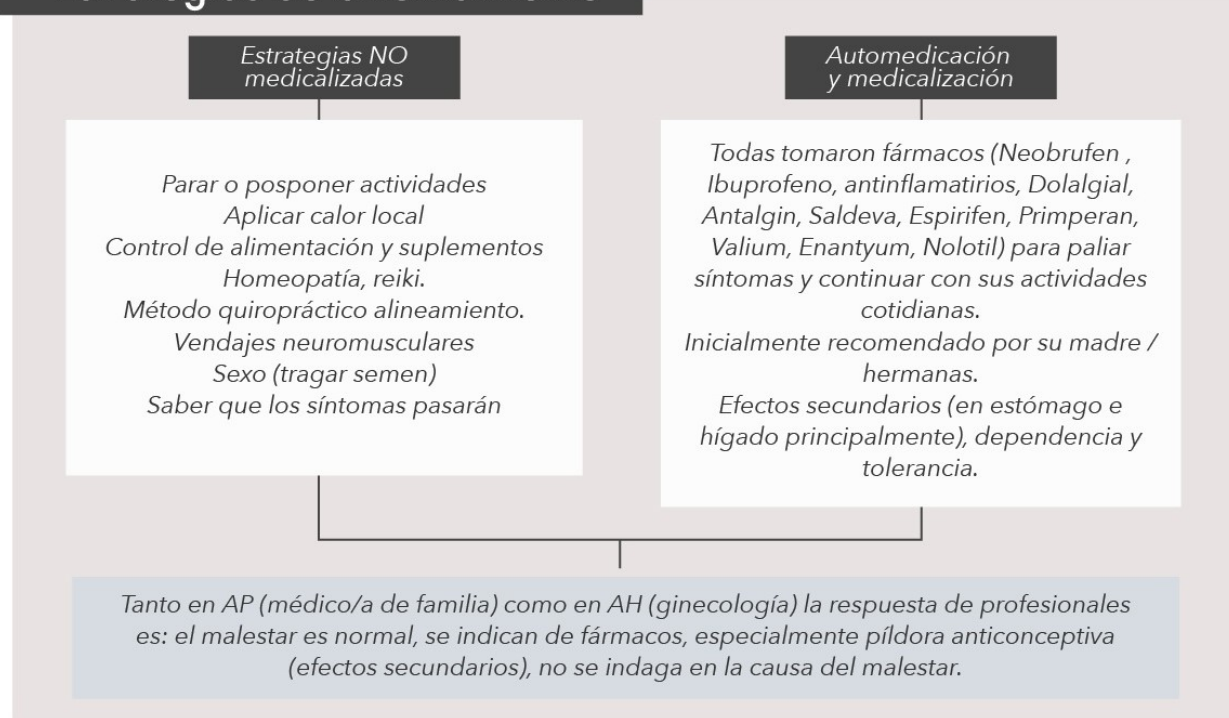
- medicamentos como: Neobrufen, Ibuprofeno, antiinflamatorios, Dolalgial, Antalgin, Saldeva, Espirifen, Primperan, Valium, Enantyum, Nolotil, y
- efectos secundarios asociados como: úlcera de estómago o problemas hepáticos, dependencia y tolerancia.

## Síntomas, experiencias y consecuencias



154

## Estrategias de afrontamiento



Infografía 5. En torno al malestar: síntomas, experiencias y estrategias

### 3. MEDICALIZACIÓN DE LA FASE PREMENSTRUAL

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación sobre el proceso de medicalización de la fase premenstrual. Para ello, se analiza, de un lado, el discurso de las mujeres participantes en la entrevista y, por otro lado, el discurso científico, mediante la revisión de los artículos publicados sobre la categoría diagnóstica “Trastorno disfórico premenstrual” (1994-2013).

#### 3.1 DISCURSOS DE LAS MUJERES

En los discursos de las mujeres sobre la medicalización de la fase premenstrual, se analizan sus consideraciones sobre la etiología de los síntomas premenstruales y la respuesta sanitaria, así como sus creencias sobre el “síndrome premenstrual” y la supresión de la menstruación como posible tratamiento.

##### 3.1.1 Consideraciones sobre la etiología de los síntomas premenstruales

Las respuestas de las participantes sobre la etiología de los síntomas premenstruales se pueden agrupar en torno a cuatro ideas.

La primera es la idea de que los síntomas premenstruales son inherentes al ciclo menstrual y aparecen como consecuencia de las fluctuaciones hormonales normales; por tanto, se darían en todas las mujeres que tienen la menstruación. Sin embargo, unas sufren síntomas y otras no, esto se justifica por la diferencia entre las mujeres para tolerar al dolor, el *aguante* de cada una o el hecho de que unas lo expresan y otras no. Participantes de varios perfiles apoyan este argumento.

*Sí, claro, claro, es que todo el mundo tiene, quien más quien menos. Cuando te va a venir la regla las hormonas varían, son los cuerpos (Mónica: MChUNoUni)*

*Yo digo que será esto normal, habrá gente que tenga unas molestias y gente que tendrá otras (Lourdes: MChUNoUni)*

*Y cambios hormonales que tenemos las mujeres algunas veces. Cada mujer y cada cuerpo es un mundo (Lourdes: MChUNoUni)*

*¿El síndrome premenstrual? Pues, a lo mejor, que el cuerpo hormonalmente se prepara para que baje la regla (Lola: JChRUni)*

*Es que claro, algo hay ahí, las hormonas cambian y te pones un poco más tonta, o llorosa, o tienes más hambre... Pero que lo malo para mí es que no te das cuenta hasta que pasan dos días y tienes la regla (Mónica: MChUNoUni)*

*¡Hombre!, a ver... También estarán las escalas del dolor de cada una. A lo mejor, una mujer es muy quejica y para ella nada es ya un mundo. Pero el hinchazón, el que pesas dos kilos más, el que parece que estás como una vaca, pues claro... que tienes esa molestia; pero del dolor de decir: Dios, no puedo hoy con mi vida, no puedo, que me encierren y me echen con llave porque si no pobre del que pille (Risas)... Pero yo creo que eso, que depende también de la escala del dolor que tenga cada una (Andrea: JShRUni)*

*Serán más fuertes, no lo sé... Tendrán más cojones o porque tienen más aguante. No lo sé (Sole: JChRNoUni)*

*El dolor hay gente que tiene más aguante y gente que no. Pues me imagino que la regla, pues será igual o, bueno, no sé porque hay gente que si es verdad incluso no puede levantarse o de vomitar, pero que no se el por qué (Lourdes: MChUNoUni)*

*Imagino que hay tanto movimiento en el cuerpo que son como pequeños cataclismos internos, terremotos internos... No me cuesta creer que desencadene este malestar. Físicamente hay unas alteraciones brutales para el cuerpo (Violeta: MShRNoUni)*

*Yo creo que eso va un poco en la personalidad de cada una, unas lo comunican y otras no (Violeta: MShRNoUni)*

## 156

Otra idea que explicaría el origen de los síntomas premenstruales, que se encuentra en participantes de todos los perfiles, es que son provocados por factores endógenos, es decir, que proceden del interior del cuerpo. Entre ellos destacan: componentes genéticos, problemas en la morfología de algún órgano (útero pequeño o quistes en ovarios) o circulatorios y alteraciones bioquímicas en los niveles hormonales o de las defensas. En varios casos estos argumentos proceden de profesionales sanitarios/as.

*A mí me dijeron también (una ginecóloga) -que yo creo que es algo para que te relajés- que es algo así como genético, en plan: a mi madre le dolía mucho, a mi abuela le dolía, en plan te ha tocado. A mí es la pregunta así, de consuelo, y la respuesta que te dan es que por genética (Eva: JShUUni)*

*Debe de ser genética, porque, esto no puede ser cultural, esto me duele mucho (Lola: JChRUni).*

*Tenía dolor de ovarios, más o menos, es físico porque los médicos te lo dicen (Mónica: MChUNoUni)*

*Lo que es cierto es que tu cuerpo se está preparando para expulsar un deshecho, algo que no ha sido utilizado. Entonces, pues para tirar ese deshecho necesita tirar de determinadas defensas, determinadas reservas que tú tengas en el cuerpo. Por no tener esas reservas igual es normal que se sientan un poquito más baja (Marina: JShUUni)*

*La ginecóloga que me vio cuando era pequeña, cuando tenía quince, dieciséis años, era que tengo el útero pequeño y al tener el útero pequeño y querer bajar mucha*

*cantidad hace presión y duele. Cuando no has parido nunca, las mujeres jóvenes, sobre todo, tienen el útero muy estrechito y al pasarle el coágulo y todo eso... Dice que son dolores como de contracción de parto (Estefanía: JShRNoUni)*

*Yo supongo que será a nivel químico, a nivel de cada persona que reacciona su química así de distinta manera (Anita: JShUUni)*

*Alguna vez me ha dicho el ginecólogo que tenía los ovarios poliquísticos, no lo sé (Lola: JChRUni)*

*Tiene que ver algo con la circulación, yo que sé, no me he puesto a preguntar si le pasa a más gente o no; pero no es una cosa que vas preguntando, y que a lo mejor no somos las únicas que les pasa (Lourdes: MChUNoUni)*

Otra idea, extendida entre participantes de los diversos perfiles, es que los síntomas premenstruales aparecen por efecto de factores exógenos, es decir, del contexto. Mientras mujeres mayores nombran y ponen el énfasis en el estrés y las preocupaciones cotidianas como condiciones vitales que afectan al ciclo menstrual, las mujeres jóvenes mencionan la alimentación y la actividad física; de modo que una buena alimentación y el ejercicio físico adecuado ayudan a paliar los síntomas.

*Si te pillas en una semana buena, que ha sido relativamente tranquila y me pillas en viernes y tengo el fin de semana, se acopla a tu ritmo; es como que no molesta, ni perturba, ni nada, te duele un poquito, casi te duele un poquito menos. Si es con estrés, con agobio por algo, pues peor, es súper molesto (Carolina: MShUUni)*

*El estrés, sí, sí, mucho (Miriam: MChRUni)*

*A veces, cuando estás en el ojo del huracán no ves más allá, y no ves que puede haber factores que te trastornan un rato y ya está, se van; sino que te quedas ahí muy inmersa en tu mierda (Violeta: MShRNoUni)*

*Sí hay gente que, de estar de con estrés o cierta preocupación, pues eso le hace que el ciclo a lo mejor no vaya como normalmente va, regular, como la tenga normalmente (Lourdes: MChUNoUni)*

*Como todo en la vida, si tú estás en una etapa o estás en unos días que también por el estrés que llevamos, por tu propia vida, por tus propias circunstancias, estás un poco más afectada, te afectará más, pienso que somos un todo y ese todo influye (Fede: MShRNoUni)*

*Yo creo que no tengo hábitos que afecten... depende del estilo de vida, yo creo también. (Sole: JChRNoUni)*

*Que la alimentación influye, sí, seguro, además el médico me lo dijo (Andrea: JShRUni)*

*Yo creo que el deporte, porque en los meses que estoy más activa y hago más deporte, sí que me dura menos y me duele menos. Yo creo que, sobre todo, eso: alimentación y deporte (Anita: JShUUni)*

La última de las causas identificadas para dar respuesta al origen de los síntomas premenstruales estaba relacionada con factores psicológicos, entre ellos se encuentran: la no aceptación del ciclo menstrual, la sugestión o una cuestión familiar.

*Lo que leí era eso, si tu sufrías la regla con dolores y demás, era porque no la aceptabas (Eva: JShUUni)*

*Yo creo que ahí hay mucho factor psicológico, mucha herencia familiar genética; genética no física; cómo llamarlo: mental o espiritual... Y creo que también son las generaciones; porque yo te digo, la gente de la que me rodeo ahora son casi todas menores de 30 años y, aunque tienen madres que son mayores o de la edad de mi madre, tienen otro rollo y lo han podido vivir de otra manera. Y por eso ahora lo llevan bastante mejor y se mueven también entre ellas en un círculo que se entienden y se comprenden y no es: estoy mala. Eso no lo dicen (Adela: MChRNoUni)*

*Uno de mis hermanos que estaba estudiando medicina decía: eso es psicológico, te duele porque tú te sugestionas (Marga: MShUUni)*

*Yo no te digo que hormonalmente pues, yo que sé, que el cuerpo algo debe de cambiar para que sangre tu cuerpo, pero ¿tanto como para que afecte al estado de ánimo? No sé... Mi estado de ánimo puede fluctuar a lo largo del mes y no tiene nada que ver por las hormonas (Lola: JChRUni)*

158

Para algunas participantes, sin hijos/as, esta sintomatología aparece como manifestación de otros problemas de las mujeres, al margen de su ciclo menstrual, pero que se manifiestan a través de él.

*Esas mujeres yo creo que pueden excusarse en que les va a venir la regla para decir que tienen problemas que pueden venir de otras circunstancias de su vida (Marina: JShUUni)*

*Yo creo que el problema profundo no es la regla, sino que son otras cosas que tú con tu cambio de estado hormonal vas potenciando. Es la punta del iceberg que vemos. (Violeta: MShRNoUni)*

Las participantes explican la etiología de los síntomas premenstruales según cuatro ideas: que son inherentes al ciclo porque se deben a las fluctuaciones hormonales, que dependen de factores endógenos (genéticos, malformaciones...), de factores exógenos (contexto) o psicológicos (sugestión, no aceptación). Para algunas, los síntomas son manifestación de otros problemas no relacionados con el ciclo menstrual.

### 3.1.2 Respuesta sanitaria

Los resultados referidos a la respuesta sanitaria de los síntomas premenstruales se exponen en función de especialidades médicas: medicina de familia o ginecología.

En Medicina de familia, por lo general, las participantes encontraron como primera respuesta que su malestar es normal y se les indicaron fármacos como Ibuprofeno, Neobrufen o antiinflamatorios. En esta especialidad también se indicó la píldora anti-conceptiva a una participante con 14 años.

*El médico ya te está diciendo que eso es normal, que no puedes hacer nada contra el dolor, sino opción solo tomar píldora, opción tomar analgésico antiinflamatorio (Anita: JShUUni)*

*Mi madre me llevó al médico de cabecera que intentó regulármela y me dijo que la solución era la píldora. Para el dolor ya había ido antes y decía que a veces era eso así (Carolina: MShUUni)*

*Sí, me dijo que me tomara un Ibuprofeno cuando me doliese [médico de familia]. Lo que pasa es que intento no tomármelos, tiene que ser que ya diga: voy a reventar ya, intento no tomármelos porque no me gustan las medicinas y todo lo químico, es que digo: esto es matarratas. Intento siempre aguantar (Andrea: JShRUni)*

*Sí, mi médico de cabecera lo que me manda es Neobrufen: ¿Te duele? Neobrufen, ¿vale? Yo no puedo tomar Neobrufen por el riñón. Yo, tiene que ser Nolotil, pero es más flojo, no funciona. Y yo, para estar tomándome pastillas sin que me hagan nada, tomo Neobrufen, que es lo que me hace efecto y lo que me lo quita (Sole: JChRNoUni)*

*Fui a consultar porque yo estaba asustada con esto, a decir lo de mis reglas. Me dijo el médico de cabecera que podía empezar a tomarme la píldora y eso me lo dijo cuándo tenía 14 años (Eva: JShUUni)*

Solo a una de las participantes se le pidieron pruebas para ajustar un diagnóstico. En este caso, fue una analítica que indicó anemia y, entonces, se derivó a Ginecología.

*Luego, con las analíticas que me daban que, justo después de esto (la menstruación), tenía unas anemias como caballos, me mandó a la ginecóloga (Carolina: MShUUni)*

Respecto a la atención en Ginecología, algunas entrevistadas destacaron que profesionales de ginecología les indicaron que su malestar y sus síntomas eran *normales* y que desaparecerían con el tiempo, cuando mantuvieran relaciones sexuales o fueran madres. Aunque no fue así.

*Me dolía tanto que me llevaron a un ginecólogo. Yo era virgen en aquel momento, tenía doce o trece años y el ginecólogo me dijo: cuando dejes de ser virgen dejará de dolerte, ya una vez que tengas relaciones. Yo, mi primera relación la tuve con dieciocho años, me seguía doliendo, me seguía doliendo, fui al ginecólogo y me dijeron: esto les pasa a algunas mujeres, esto cuando tengas un hijo dejará de dolerte. Y justo fue, como dos o tres meses después, que me quedé embarazada. Nació mi hijo, la cuarentena y a la siguiente regla otra vez el dolorazo. Y, entonces, ya no fui*

*porque dije me van a decir que cuando me llegue la menopausia dejará de dolerme (Adela: MChRNoUni)*

*Se lo conté a mi hermana, se puso a llorar, a ver si era algo malo. Entonces, me llevó a una ginecóloga privada, porque le daban cita para seis meses en la pública; y me hicieron una mamografía, me miraron con el aparato... Y me dijo la mujer que era de la misma regla que, al tener poco pecho se me notaba más; dice: todas las mujeres lo tienen, lo que pasa es que a algunas no le sale y a otras como a ti sí y se te nota más porque como tienes poco pecho... Pero, nada, que seguramente cuando tuviera hijos que se me quitaría, me dijo (Andrea: JShRUni)*

Las participantes indicaron que profesionales de Ginecología ofrecieron tratamiento farmacológico como Saldeva, Antalgín, Dextrometofano, antiinflamatorios y, especialmente, la píldora anticonceptiva. Algunas consideraron un exceso la toma mensual de estos medicamentos por sus posibles efectos secundarios. La escasa alternativa al tratamiento farmacológico fue la causa de que algunas participantes decidieron no volver a consultar, aunque ya que les gustaría indagar en lo que les pasa y provoca esos síntomas.

160

*Ella (ginecóloga) sí me recomendó que empezara por la Saldeva, por Antalgín y por otra que se llamaba dextrometofano o algo así, porque decía que las que tenían ese componente eran mejores (Carolina: MShUUni)*

*Cuando fui al ginecólogo fue bastante más tarde y me dijo lo mismo eso (tomar la píldora) o tener un tratamiento de antiinflamatorios 7 días antes de que me bajase la regla. Y pensé: yo esto no puedo hacerlo, es una barbaridad meterte pastillaje la mitad del mes. No lo quita (el dolor) lo mitiga, pero luego se hace una úlcera en el estómago, así que tampoco tiene mucho sentido (Eva: JShUUni)*

*En cuanto me bajó la regla, mi madre empezó a llevarme al ginecólogo; y me mandó unas pastillas especiales, pero no eran saldevas ni... era algo especial, para los dolores, y estuve un tiempo tomándomelo... Pero yo no soy muy fan de tomar cosas, porque era todos los meses así, pastillas. Tampoco me funcionaba mucho, es que tenía mucho dolor y si llegaba a vomitar del dolor da igual lo que me hubiera metido en el cuerpo, salía (Estefanía: JShRNoUni)*

*La ginecóloga, que era una mujer, más antipática no podía ser, ni me miró a la cara en ningún momento... y fui a contarle que siempre me duele, que tengo que tomar las pastillas, que llevo toda la vida así... Y me dijo: sigue lo mismo, cuando te duela te tomas la pastilla... y se acabó. Se me quitaron las ganas de volver (Adela: MChRNoUni)*

*Los ginecólogos lo único que saben hacer, pues darte la píldora. Pues, no me la tomo, yo quiero saber por qué es esto. Esto pasa por algo (Estefanía: JShRNoUni)*

La píldora anticonceptiva fue la solución que con mayor frecuencia se ofreció a las participantes que solicitaron atención ginecológica y consultaron su malestar.



Participantes jóvenes con estudios universitarios indicaron que tuvieron buena aceptación cuando les fue indicada, porque en esos momentos tenían pareja estable; además del dolor y ciclos irregulares. Cuando dejaron de tener pareja abandonan el uso de la píldora.

*Si y ahí fue donde empecé a tomar los anticonceptivos. Yo creo que a los veinte fue. Es que eran dos cosas. Una que me duele; además, las tenía súper irregulares y una opción son los anticonceptivos, para que te la regulen. Y, además, tenía pareja en ese momento y digo: ¡guay! Los quiero probar. Me fue muy bien, pero después de tres años dejé de tener pareja estable y dije: mejor sin ella (Anita: JShUUni)*

*Yo empecé a tomarme la píldora con 18 años en principio porque tenía una pareja fija, y estuve como 5 años. Luego, cuando se acabó la relación también dejé de tomar la píldora (Marina: JShUUni)*

*A los veintidós descansa un poco (de tomar la píldora) y el ginecólogo me dijo que no tenía por qué descansar, que había ginecólogos que recomendaban el descanso de las anticonceptivas pero que él no estaba de acuerdo (Lola: JChRUni)*

La mayor parte de participantes que tomaron la píldora anticonceptiva recuerdan fuertes y molestos efectos secundarios como: inflamación, retención de líquidos, dolor de cabeza y seguir sintiendo dolores menstruales. Una de las participantes relata que a consecuencia de un reposo ovárico mediante hormonas masculinas sufrió una descalcificación ósea a los 22 años.

*La tomé durante tres meses [píldora anticonceptiva] y era la píldora esa chungu, que yo creo ya retiraron, la DIANE 35. Me inflé como un globo, me pusieron como una pera - estaba contenta con mis tetas (risas). Y tampoco me quito los dolores, así como para decir magia (Eva: JShUUni)*

*La solución que me dio la ginecóloga fue tomar anticonceptivos orales para disminuir los quistes. Me fue bien, aunque empezaba también a dolerme la cabeza porque los anticonceptivos uno de los problemas que tienen es que duele mucho la cabeza. Pero, ya para eso que aprenda a vivir con ello, me dicen (Miriam: MChRUni)*

*La píldora la tomé después de tener a mi hijo, que seguía con los dolores. Me dijeron: toma un tiempo la píldora. Que yo me la tomé un tiempo y me seguía doliendo. Entonces: ¿para qué me voy a tomar yo esta porquería si me sigue doliendo? (Adela: MChRNoUni)*

*Hasta que no encontré la primera mujer ginecóloga, cuando tenía veinte años, no fui [...] La ginecóloga me propuso: o quedarme embarazada o estar en reposo ovárico, con un tratamiento fantástico, súper nuevo, que era con hormonas masculinas, que no iba a tener regla, pero que después de un año iba a estar fantástica. Yo dije que no y empecé con anticonceptivos. Pero, después de un año, como no podía más con los dolores dije que sí. Compré el tratamiento y leí los efectos secundarios: crecimiento del bello: hirsutismo, crecimiento del clítoris, un montón de efectos secundarios terribles... Y me dijo: no te preocupes, que los efectos secundarios tienen*

que ponerlos. Total, que me lo tomé y fui feliz, un año sin regla. Y, cuando ya lo dejé, empezaron a venir los dolores, primero menos intensos y luego más. A los dos años del tratamiento tenía unos dolores de huesos tremendos; total, que tenía descalcificación con riesgo de fractura en la cadera y coxis con veinticinco años, que era el efecto secundario (Marga: MShUUni)

En cuanto a la atención de profesionales de salud, tanto de Medicina de familia como Ginecología, argumentaron que los síntomas son normales e indicaron fármacos, especialmente, la píldora anticonceptiva, sin indagar en posibles causas. Argumentan que el malestar desaparecerá con la edad, cuando tengan relaciones sexuales o hijos/as.

### 3.1.3 Creencias sobre “síndrome premenstrual”

Las participantes coinciden en definir el síndrome premenstrual como síntomas que aparecen antes de la menstruación. Algunas hacen referencia a: dolor, inflamación, mayor sensibilidad, ansiedad, manchado o síntomas similares a los del embarazo.

162

Pues nada, que tu cuerpo efectivamente tiene un pequeño cambio de lo que tú tienes con normalidad y se puede asumir de diferentes maneras. Hay mujeres que no tienen ningún tipo de síntoma o casi ni lo notan y mujeres que les afecta mucho; tienen dolores por el tema de la inflamación, tienen dolores de otro tipo (Marina: JShUUni)

Son los síntomas que tienes los días antes de que te baje la regla (Estefanía: JShRNoUni)

Unos días antes de que baje la regla. Pues, en mi caso, eso de estar más sensible... Hay veces que también con un poco de ansia, ansiosa (Eva: JShUUni)

Pues, dolores antes de venir la regla o algo de eso. O que manches un poquito, pero no es regla y luego ya viene (Sole: JChRNoUni)

Yo creo que es eso de cuándo crees que te va a bajar la regla y que estás igual que cuando crees que estás embarazada, pero no lo estás. ¿Puede ser algo así, no? Porque a mí me ha pasado. (Andrea: JShRUUni)

Yo sé que hay un síndrome. Yo me voy notando que me va a bajar la regla porque me empieza a doler la espalda, la cintura, estoy un poco más sensible de lo normal; o sea, que sí (Adela: MChRNoUni)

Algunas de las participantes consideran que sí tienen “síndrome premenstrual”, en diferentes intensidades. Otras, por el contrario, afirman no padecerlo.

Sí (Andrea: JShRUUni)

Yo tengo un poquillo (Marina: JShUUni)

*Sí, encaja perfectamente (Lorena: JChUNoUni)*

*¿Síndrome premenstrual? ¡Hombre! Ese es mi Síndrome (Anita: JShUUni)*

*Sí, hay meses que sí, lo siento un montón (Eva: JShUUni)*

*Lo que me pasa, sí, podría encajar en el Síndrome premenstrual (Violeta: MShRNoUni)*

*No noto yo nada ni de mal humor ni nada (Miriam: MChRUni)*

*Yo no... no lo he sentido (Lola: JChRUni)*

Para algunas participantes, el “síndrome premenstrual” acentúa el estado anímico negativo o el carácter introvertido de las mujeres.

*Creo que funciona como potenciador de las zonas flojas, al menos, en las mías. Porque he visto que en los momentos en que estaba yo más frágil o más deprimida, me podía pegar unos bajones tremendos de decir: tengo ganas de morir. Estoy hecha polvo y súper desconectada de todo; a estar ñoña, pero no tan chungu cuando estaba más estable. Por eso, potenciador, de una característica mía a pegarme de vez en cuando el bajón (Violeta: MShRNoUni)*

*Si es una persona abierta o así, pues no, pero hay gente que es más cerrada y le viene la regla y es que parece que se encierran en su casa y hasta que no termine la regla no tiene vida (Sole: JChRNoUni)*

*Bueno, claro yo creo que en tu vida, en el día a día, es como todo, cualquier problema... si tú estás bien me imagino que estarás mejor cuando te dé el síndrome premenstrual; si estás tristonada, pues en esos días estarás más tristonada. Si tú estás bien, se va a notar menos. Y si estás mal, es como tu punto débil que va a estar ahí (Eva: JShUUni)*

Algunas participantes, todas con hijos/as, comentaron que el concepto “síndrome premenstrual” se usaba en tono de humor o para justificar que una mujer está muy sensible, irascible o nerviosa. También explicaron que es considerado una enfermedad que trastorna las facultades mentales de las mujeres y se usa como atenuante en caso de homicidio.

*Alguna vez he podido bromear con mis amigas de, porque me ha venido la regla y he dicho: estoy muy sensible, el síndrome premenstrual (Lola: JChRUni)*

*Pues los hombres lo utilizan para decir: ya estás insoportable que te va a venir la regla. También te lo pueden decir cuando no tienes la regla, te lo dicen cuando les da la gana. Aunque yo también, el otro día, que estaba mal mi amiga, le digo: ¿te va a venir la regla? (Mónica: MChUNoUni)*

*Si le preguntas a un hombre, te va a decir que: ya estás con la regla porque tienes una mala leche o estás... Yo no me veo así. Yo creo que yo no cambio, pero sí que el humor, o que esté antipática porque tenga la regla se dice. Eso es algo que está ahí asociado, se dice, no sé por qué (Lourdes: MChUNoUni)*

*Me dijo un médico que había habido un caso que habían perdonado a una mujer porque había matado al marido; le había hecho algo porque tenía el síndrome premenstrual. Y eso lo recuerdo yo como algo gracioso. Ni siquiera en mi entorno... bueno, sí, tenía una amiga que era de las de síndrome premenstrual, que se ponía muy nerviosa y decía: es que tengo el síndrome premenstrual (Lola: JChRUni)*

*Entonces, es un momento en el que tú estás enferma e, incluso, eres inválida para muchas cosas, no eres una mujer en pleno uso de tus facultades mentales, creo que hasta incluso el Síndrome Premenstrual está recogido como atenuante de homicidio ¿no? (Adela: MChRNoUni)*

Casi todas las participantes consideraban que el “síndrome premenstrual” no es una enfermedad, sino un proceso natural, inherente a las mujeres, que avisa del momento del ciclo en el que se encuentran y responde a procesos físicos y químicos normales.

*No, yo creo que es como el reloj biológico de la mujer. Yo creo que todas las mujeres lo tienen que tener, que eso ya va ahí dentro y es como un toque, en plan de: ya estoy aquí (Andrea: JShRUni)*

*No. Hay mujeres que se lo toman como una enfermedad también y mujeres pues que no, que lo asumen como que es algo cotidiano de la vida de las mujeres, y ya está (Marina: JShUUni)*

*No, es un estado, un estado físico, químico (Mónica: MChUNoUni)*

*Yo lo veo como, bueno, como algo normal. Son procesos naturales. No creo yo que lo vean como enfermedad, pasa como por ejemplo cuando tienes regla y tienes molestias y te tomas tu pastilla, pero no es una enfermedad, sino que simplemente esa pastilla te va a aliviar un poco las molestias (Lourdes: MChUNoUni)*

*No, no es una enfermedad. Nos lo tratan como enfermedad por lo de: síndrome, hasta el nombre que tiene, pero no es ninguna enfermedad. Pero, claro, si lo vives desde eso: que te vas a poner mala, que te va a doler la regla... pues sí, es como una especie de enfermedad. Pero, para mí, no es (Adela: MChRNoUni)*

Tan solo una participante considera que el “síndrome premenstrual” es una enfermedad, por las consecuencias que para ella tenían los síntomas.

*Yo por mucha alegría que le pongo y por mucha mentalidad positiva que quiera tener pues, evidentemente, esos días estoy enferma. Lo intento llevar de la mejor manera posible. Aunque no está catalogado como una enfermedad, simplemente por las consecuencias que tiene para mí, pienso que sí (Fede: MShRNoUni)*

Se identificaron dos aspectos por los que el “síndrome premenstrual” tiende a pensarse como enfermedad. Uno de ellos es que social y personalmente las experiencias premenstruales se conceptualizan como negativas y las mujeres están desconectadas de su cuerpo.

*A cada persona le afecta de una manera, a mí me afecta. Lo que me doy cuenta es que me pongo con una sensibilidad mucho más a flor de piel y no tiene por qué ser negativo. El problema es que lo hacemos negativo, la sociedad lo hace negativo, tú lo haces negativo... Por eso es que depende de cómo yo esté anímicamente. Yo, el síndrome premenstrual lo tengo siempre; pero, hay unas veces que es de manera positiva porque estoy bien, porque estoy contenta y es superbonito. Y hay otras veces que se me va la vida. Entonces, depende de lo que esté pasando alrededor y conmigo (Anita: JShUUni)*

*Así, en general, en el mundo en el que estamos, yo creo que nos está afectando negativamente. Uno, porque estamos desconectadas de nuestros cuerpos totalmente. Dos, porque esto lo tratan como una enfermedad, o sea, la regla es una enfermedad, el Síndrome Premenstrual es una enfermedad (Adela: MChRNoUni)*

Además, el nombre “síndrome” hace pensar en algo patológico y dirigir la atención hacia esas experiencias con una determinada mirada, cuando durante todo el ciclo se provocan cambios que provocan diversas sensaciones.

*Forma parte de tu ciclo. Yo noto la ovulación, yo noto lo que me viene antes de la regla, que si quieres lo llamamos síndrome premenstrual, si quieres lo llamamos como tú quieras... Pero, vamos, yo a lo largo de todo el año, de todo el mes, de todo el ciclo, yo voy notando cosas... no solamente entonces (Estefanía: JShRNoUni)*

*Lo que pasa que tiene un nombre tan horrible... Uo le llamo: estar prerreglítica (Adela: MChRNoUni)*

*Para la regla y para todo, creo que la ciencia o los laboratorios, los médicos nos ponen nombre ahora a todo (Lola: JChRUni)*

En este sentido, algunas participantes identifican agentes implicados en definir el “síndrome premenstrual”, como profesionales de ginecología que lo entienden como una enfermedad e indican la píldora anticonceptiva; o las propias mujeres que achacan momentos de tristeza a la fase premenstrual de su ciclo.

*La menstruación en muchos casos está tratada como eso, como una enfermedad. Yo la vivo como a mí me da la gana, pero sí que nos convencen, nos hacen creer que realmente estamos enfermas. Está muy bien montado; o sea, de entrada, es que cómo te habla y cómo te trata el ginecólogo, o sea, para todo lo que tengas, lo primero que hace es darte una píldora, o sea, dejar... que pares de ovular: para de ovular. A partir de cierto momento tienes que dejar de tomar porque son nocivas, pero lo primero que hace es: ¡Ala, toma, tu píldora! (Estefanía: JShRNoUni)*

*Yo pienso que es más mito que otra cosa. Por ejemplo, yo me tiro una semana que estoy más triston, no me va a venir la regla, ¿a qué lo asocio, a la ovulación? O sea, no siempre estoy triste en las mismas semanas, nunca lo asocio a: me va a venir la regla (Miriam: MChRUni)*

Por tanto, según las participantes, el “síndrome premenstrual” son síntomas que aparecen de forma normal en las mujeres, no consideran que sea una enfermedad, aunque una participante sí se considera enferma por las consecuencias que conlleva. Comentan que el “síndrome premenstrual” se usa, generalmente,

- en el ámbito social con sarcasmo o burla para definir a una mujer cuando está irascible y
- en el ámbito médico para definir una enfermedad, por varios motivos, uno por el nombre “síndrome”, otro por la desconexión de las mujeres con su cuerpo y por los intereses en la indicación de píldoras anticonceptivas.

Las mujeres también usan “síndrome premenstrual” para justificar una tristeza sin motivo aparente.

### 3.1.4 Valoraciones sobre la supresión de la menstruación

Se exploraron las valoraciones sobre la supresión de la menstruación como tratamiento.

Participantes de los diversos perfiles valoraron de forma positiva la supresión de la menstruación porque les resultaba molesta y no volverían a manchar. Otro argumento a favor de la supresión es no desear tener hijos/as.

166

*La verdad es que si, controlar el ciclo menstrual sería un avance de los mejores. Yo creo que si la pudiéramos controlar, al final no nos bajaría porque siempre tendríamos alguna excusa para que no. No, que esto no puede ser, ¡cucha! y esta semana tampoco (Andrea: JShRUni)*

*Yo es que como me resulta molesta porque me duele; pues, si no tuviese, yo ahora que no voy a criar más, pues que desaparezca... sí, me encantaría (Lola: JChRUni)*

*Que guay, que gusto, no volver a manchar (Mónica: MChUNoUni)*

*Eso sería maravilloso. Es que estamos muy mal hechas. Por ejemplo, las ratas tienen cuando van a tener descendencia, punto, ya está, el resto del año tienen su ciclo pero no desencadena en una menstruación, un ciclo interno hormonal pero no llega a esto. Sí, sería maravilloso, una molestia menos, una cosa menos de la que preocuparte (Miriam: MChRUni)*

*Se podría escoger de entre el mes de tal y tal: quiero tener la regla esta semana para ver si me quedo preñada. Pero, tenerla un mes y otro mes... Tú lo sabes, es un coñazo (Mónica: MChUNoUni)*

*¡Ay, qué bien!, ¿Cuándo la sacan? ¡De puta madre! [...]Yo creo que nos usan un poco como cobayas porque a una amiga mía con la píldora anticonceptiva, está: ahora prueba esta, ahora prueba aquella, ahora a lo mejor prueba esta... Y la pobre está que retiene líquidos y lo está pasando fatal (Sole: JChRNoUni)*

Algunas participantes, mayores y sin estudios universitarios, manifestaron dudas en cuanto a esta decisión por desconocer los posibles efectos secundarios de la supresión menstrual, como dificultades en la reproducción, posteriores a este tratamiento.

*Pero, bueno, ¿cuándo tú no quieras te la tomas y no te viene la regla, y cuando quieras la tienes? ¿Y cómo van a ser esos cambios? Y ahora tengo, ahora no tengo, no sé. Yo conozco casos de gente que se ha tirado años y años tomando anticonceptivos y luego cuando han querido tener hijos le ha costado la misma vida el quedarse embarazada. Yo es que para tomar algo que luego los efectos secundarios sean peores, casi prefiero mejor tener el latazo este todos los meses... Que no se sabe y como se dice: va a ser peor el remedio que la enfermedad (Lourdes: MChUNoUni)*

*Si se pudiera eliminar ¿lo haría? Sí y no. Sí, porque es un coñazo, es una pesadez. Y no, porque no tengo hijos/as aún y está directamente relacionado. Yo ya últimamente que soy más mayor, cada regla la vivo más como un recordatorio de que no estás siendo madre. Eliminarla sería el duelo de no ser madre, pero en la práctica, sí, la eliminaría (Violeta: MShRNoUni)*

*¡Hombre!, la verdad es que sí, que es un latazo, que tener la regla y, sobre todo, también los meses de verano y con la calor y todo, aunque también es un proceso natural, y cortarlo así, no sé. Aunque nos quejamos y es un latazo, luego escuchas a la gente que se le ha retirado la regla y habla todavía de que es más latazo. Cuando piensas en los sofocos esos y los calores, es una época en la que se pasa mal también. Que nos quejamos cuando tenemos algo, pero luego cuando no la tienes dices: ah, pues mira, estaba yo bien (Lourdes: MChUNoUni)*

*¡Hombre!, siempre que no afecte al organismo o te afecte a tu cuerpo, lo veo bien. Cuando ya se le retira la regla a una mujer normalmente suele afectar a huesos, suele afectar a ciertas partes de tu organismo. Y, si se te retira antes de la edad adecuada que se debe de retirar, pues más te afectará (Lourdes: MChUNoUni)*

Por el contrario, otras participantes, de los diversos perfiles, indicaron que no están de acuerdo con este tratamiento para los malestares asociados al ciclo menstrual y proponen en vez de eliminarla conocerla e integrarla.

*Me parece una barbaridad vamos. Eliminar la regla si causa dolor no es buena idea como no lo es eliminarte los ojos si tienes miopía (Anita: JShUUni)*

*Me parece una aberración total; aunque de verdad, a veces yo si he pensado que, si no la tuviera, madre mía que feliz sería. Y lo pienso y creo que sería mucho más sencillo el aprender a vivir con ella y el tener información. Pero, no sé... También que, últimamente, sí creo que hay cosas más positivas, que hay otra manera de verlo más positiva, por lo menos que se habla de ello de una manera que no sea estar mala (Eva: JShUUni)*

*Es que eso me parece muy antinatural. Vamos, mi sensación es... Quiero decir, porque la píldora con todo lo químico que es, lo que hace es como programarlo. Realmente, lo ubica, porque tú la regla con la píldora, en principio, la tienes y creo que*

*si hay que tenerla, el cuerpo está preparado para tenerla. Y todo lo demás sería alterarlo muy mucho (Carolina: MShUUni)*

*Para nada, de hecho, me parece un desfase, estoy en contra totalmente de eso (Adela: MChRNoUni)*

Sin embargo, el uso habitual de píldoras anticonceptivas ya supondría un control sobre el ciclo menstrual, según opinaron varias entrevistadas.

*¡Hombre!, ya lo controlan, con las pastillas ¿no? Por ejemplo, la prima de mi novio tiene la regla súper irregular y se la tienen que controlar con pastillas (Andrea: JShRUni)*

*Yo la tenía controlada [la menstruación] con la píldora. Sabía cuándo me iba a venir la regla exactamente, prácticamente el día ¿no? La dejas y tres días después. Y sabía cuánto me iba a durar, que me duraba mucho menos, me duraba cuatro días como mucho. Y me bajaba menos, mucha menos cantidad. Pero, bueno, que en realidad sé perfectamente que tampoco es la regla en sí, cuando me tomaba la píldora sabía que no era una regla sino que era un factor psicológico más bien que creaba mi cuerpo para que no bajase sangre (Marina: JShUUni)*

En esta línea, participantes mayores, destacan que el beneficio de estos tratamientos sería fundamentalmente para la industria farmacéutica, apoyada por otras instituciones, porque las condiciones de vida de las mujeres han cambiado y serían un amplio mercado al que dirigirse a través de mensajes de liberación para las mujeres.

*Yo creo que lo que sí se han dado cuenta es que ahí hay un filón. Es decir, mujeres en el mundo somos más y, actualmente, en el mundo occidental incluso somos autónomas económicamente. Yo me imagino, porque yo trabajo y puedo parar, pero ¿te imaginas a un tipo de mujer en plan: no quiero ser madre, solo vivo para trabajar? Como el ajetreo que puede tener la Botín del Santander ahora; y, entonces, a esa gente le busquen una solución de que algo las retiene, que le quita un tiempo para seguir trabajando, pues para esa gente tiene que ser la leche que les eliminen la regla; porque si a mí me disturba, a alguien que lleve ese ritmo de vida, o sea, tiene que causar un estrés horroroso, porque además no es controlable, o sea, viene y viene (Carolina: MShUUni)*

*Yo estoy convencida de que quieren hacernos pasar por enfermas y eso, a nivel de la OMS, los farmacéuticos y todo, aquí hay un filón de gasto brutal por parte de las mujeres, vamos a darles de todo (Adela: MChRNoUni)*

*Ahora la línea que siguen las compañías es que esto no te pare. ¿Quieres dejar de tener este problema? No pasa nada, luego está la invitro, el afán de querer controlar lo incontrolable, pero como para darnos libertad, porque es lo que nos falta para ser totalmente libres. O sea, tengo mi sueldo, tengo mi trabajo, pero esto me sigue parando, creo que en el mundo occidental, más que por salud es por libertad de tiempo (Carolina: MShUUni)*

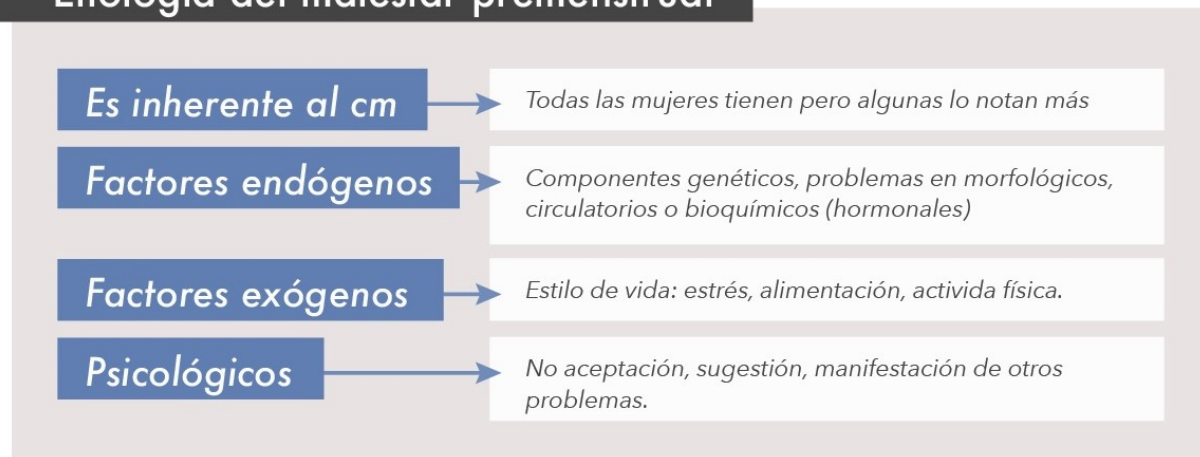


Por último, una participante consideraba que las mujeres eliminan la menstruación de sus vidas desde el momento que no la tienen en cuenta, no se paran a vivir la menstruación, toman analgésicos para continuar sus actividades y usan tampones para no ver la sangre.

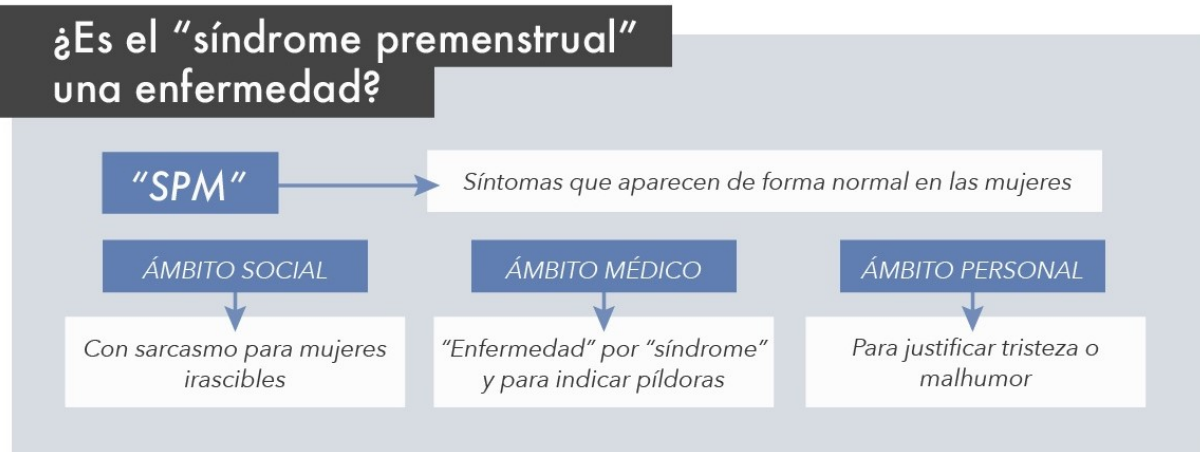
*Yo, y creo que muchísimas mujeres, estamos en un punto en que intentas eliminar la regla de tu vida. La sigues teniendo, te parece una barbaridad eliminarla físicamente, pero la eliminas de tu vida. Vas poniéndote trampas, tomando pastillas, no le echas cuentas... Es como que yo no puedo pararme a tener la regla, yo tengo que seguir currando, tengo que seguir subiéndome a una escalera, tengo que seguir cogiendo peso, tengo que seguir viajando. Entonces, la paras, tomas pastillas para que no te duela, te pones compresas, te pones Tampax, algo para que tú no te la notes... Entonces: ¿cómo me afecta a mí? Pues, intento que no me afecte (Anita: JShUUni)*

En definitiva, las consideraciones sobre supresión de la menstruación giran en torno a argumentos a favor: eliminar molestias, manchado, no querer hijos/as; y en contra: desconocer los efectos secundarios, especialmente en cuanto a fertilidad. Algunas proponen conocer e integrar el ciclo menstrual porque en la actualidad no forma parte de la vida de las mujeres, se elimina con la píldora anticonceptiva y se fomenta el negocio de la industria farmacéutica con mensajes de liberación de las mujeres.

## Etiología del malestar premenstrual

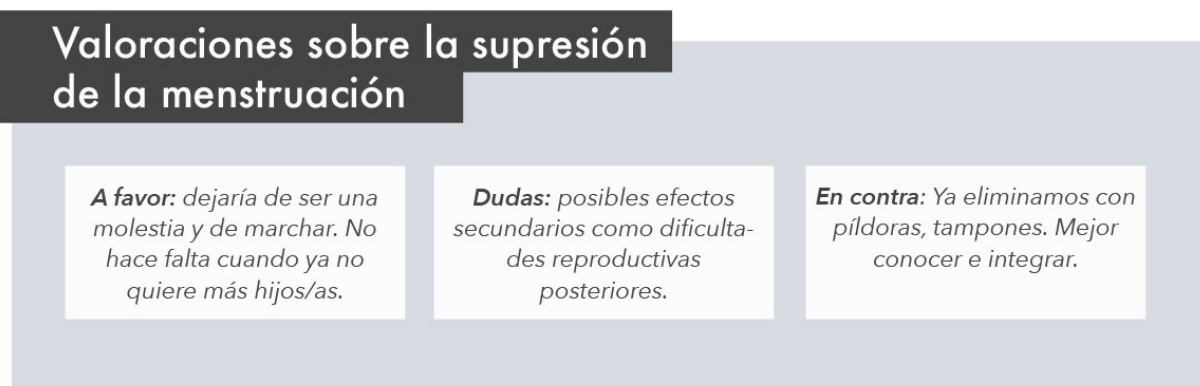


## ¿Es el "síndrome premenstrual" una enfermedad?



170

## Valoraciones sobre la supresión de la menstruación



Infografía 6. Medicalización de la fase premenstrual. Discurso de las mujeres

### 3.2 DISCURSO CIENTÍFICO

Hasta ahora, se ha profundizado en los discursos de las mujeres en torno a la menstruación y su ciclo y sobre la medicalización de la fase premenstrual, un resumen de estos resultados se encuentran en el Anexo 7. En este epígrafe se exponen los resultados de la *scoping review* sobre el “Trastorno disfórico premenstrual”, como parte del discurso científico sobre el malestar premenstrual de las mujeres. Contraponer ambas visiones servirá para determinar cómo se complementan.

Siguiendo el modelo de (Arksey & O’Malley, 2005), el procedimiento para la realización de la *scoping review* se dividió en 2 fases, en la primera se establecieron las etapas de obligado cumplimiento y en la segunda fase se llevó a cabo la consulta a personas expertas.

#### 3.2.1 FASE 1. Características y resultados de las investigaciones

Los resultados de esta fase abordan, por un lado, las características de los estudios analizados en base al análisis bibliométrico y, por otro lado, los resultados de estos estudios, en base al análisis de contenido.

La búsqueda inicial dio como resultado 687 referencias, de las que se eliminaron 320 duplicadas. En una primera lectura se eliminaron 50 por no cumplir los criterios. Finalmente, fueron revisados 317 artículos. Esta búsqueda fue revisada y actualizada en octubre de 2019.

En cuanto a las características, se tienen en cuenta las características de producción (quién investiga, cómo y qué) y las características de difusión (dónde y cuándo se publican las investigaciones). Los resultados de los estudios se exponen según los temas que abordan (diagnóstico, etiología, síntomas, tratamiento y consecuencias).

##### 3.2.1.1 Características de las investigaciones

El análisis bibliométrico permitió conocer las características de las investigaciones, los resultados se presentan en dos partes: características de producción y características de difusión.

## 3.2.1.1.1 Características de producción

Las características de producción abordan quiénes realizan los estudios analizados, cómo los realizan y qué temas abordan.

En cuanto a quiénes investigan sobre TDPM se consideró los nombres que aparecen como primer autor/a. En las 317 publicaciones aparecen 197 nombres diferentes. La media son 1,6 artículos por autor/a, por ello se determinó que aquellas personas que triplicaran este porcentaje (4,8) serían las más prolíficas. A continuación, se muestran quiénes aparecen como primer/a autor/a en cinco o más estudios, así como el lugar donde realizan sus investigaciones.

Tabla 12. Principales investigadoras

<i>Autor/a</i>	<i>n</i>	<i>Institución</i>	<i>País</i>	<i>Sexo</i>
1 Barbara L. Parry	11	Depart. Psiquiatría. Univ. California.	EEUU	♀
2 Ellen W. Freeman	10	D. Ginecol. y.Obst. H.U.Pennsylvania, Philadelphia.	EEUU	♀
3 Uriel Halbreich	10	Depart. Psiquiatría. SUNY, Buffalo, New York.	EEUU	♂
4 Teri B. Pearlstein	9	Butler Hospital.Providence, Rhode Island.	EEUU	♀
5 Andrea J. Rapkin	9	Depart. Ginecol. y.Obst. UCLA, L.A, California.	EEUU	♀
6 Meir Steiner	9	Depart.Psiquiatría, H. St.Joseph's.Hamilton,Ontario.	Canadá	♂
7 Kimberly A. Yonkers	9	D. Psiquiatría.Univ. Yale. New Haven, Conética.	EEUU	♀
8 Susan S. Girdler	5	D Psiquiatría Univ. Carolina del Norte.	EEUU	♀

Observamos que la mayoría (a excepción de una persona) realizan sus investigaciones en EEUU y lo hacen en departamentos de Psiquiatría (6) y de Ginecología y Obstetricia (2).



Figura 6. Localización de las principales investigadoras

La mayoría son mujeres, al igual que en la totalidad de los estudios analizados donde el 51% son mujeres y 27% hombres. El 22% no se pudo dilucidar, por no encontrar información al respecto. En todo caso, se puede afirmar que es un tema de interés para investigadoras.

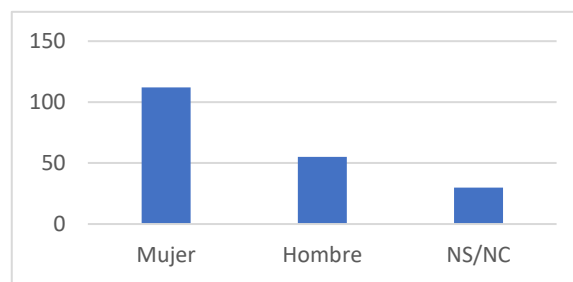


Gráfico 2. Investigadoras/es según sexo

El perfil típico de profesional que investiga sobre la menstruación es una mujer estadounidense que trabaja en el departamento de Psiquiatría o Ginecología en EEUU.

En relación a cómo hacen sus investigaciones, se tuvo en cuenta el marco teórico: biológico, psicológico, sociocultural o crítico-feminista, y la metodología utilizada: cuantitativa, cualitativa, revisión o estudios de caso.

En cuanto al Marco Teórico, la mayor parte de las investigaciones analizadas abordan el estudio del TDPM desde el Modelo Biológico (57%). Muy por debajo está el porcentaje de investigaciones que se adscriben al Modelo Psicológico (14,5%) y, aún menos, son las que se encuadran en el modelo Crítico-feminista (4%) y modelo Sociocultural

(4%). En el proceso de revisión se encontraron algunas investigaciones (22%) que no pudieron categorizarse en ninguno de estos modelos.

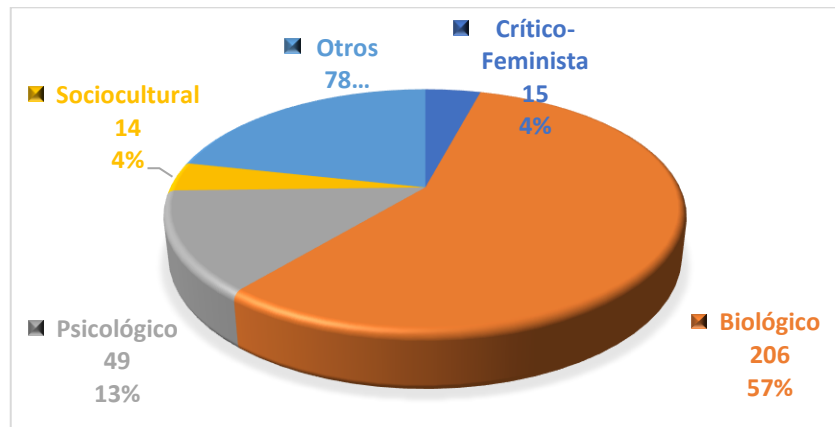


Gráfico 3. Investigaciones según marco teórico

Respecto a la metodología utilizada en las investigaciones revisadas, la mayor parte utiliza técnicas cuantitativas (61,5%), seguida de revisiones (17%), apenas se utilizan los estudios de caso (3%) y la metodología cualitativa (1%). Los datos obtenidos para otro tipo de metodologías (17%) y las investigaciones en las que no se especifica.

174

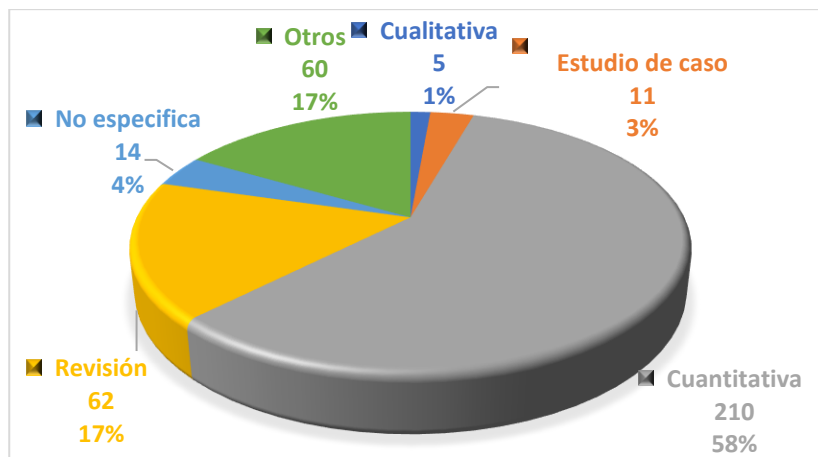


Gráfico 4. Investigaciones según metodología

Los estudios sobre TDMP se realizan mayoritariamente desde el modelo biológico con metodología cuantitativa.

En referencia a los temas que investigan, el más estudiado es Tratamiento del TDPM (37%), seguido de la Etiología (20,5%) y el Diagnóstico (20%). Con menor interés se abordan las Consecuencias (11%) y los Síntomas (6,5%). La categoría Miscelánea (4%) engloba estudios sobre Diagnóstico y Tratamiento.

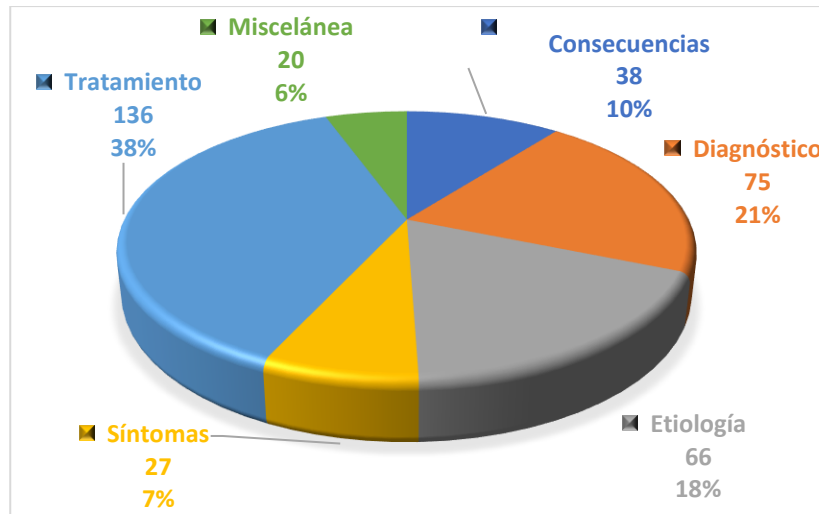


Gráfico 5. Investigaciones según tema estudiado

Sin embargo, estos resultados varían cuando se analiza la temática de las investigaciones en función del Marco teórico al que se adscribe el estudio. Es decir, cada marco teórico tiene temas prioritarios. Así, el modelo Biológico centra su interés en el tema Tratamiento (50%) y en la Etiología (28%).

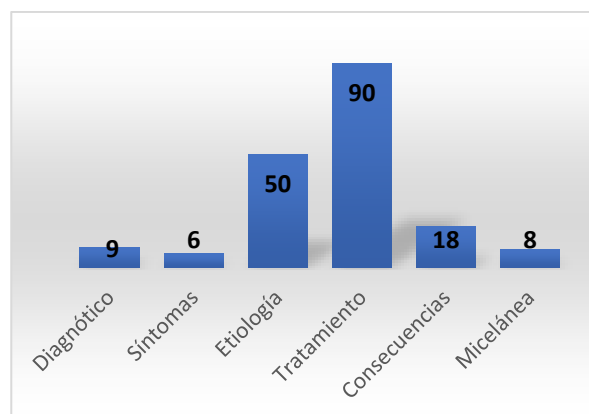


Gráfico 6. Investigaciones según tema en el modelo biológico

El modelo psicológico, no solo se interesan, como el modelo biológico, en el Tratamiento y la Etiología, también abordan otros temas con igual interés como las Consecuencias del TDPM (15%) y los Síntomas (13%).

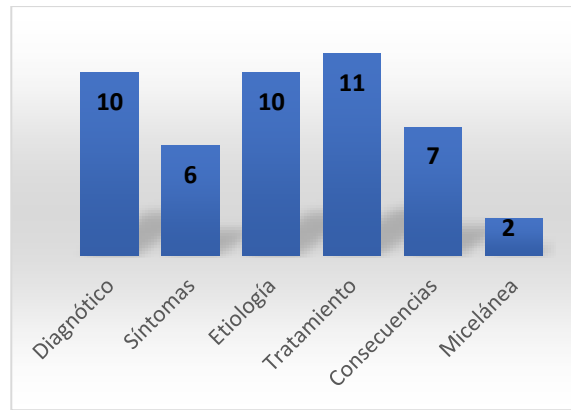


Gráfico 7. Investigaciones según tema en el modelo psicológico

Desde el Modelo Crítico-feminista se aborda mayoritariamente los criterios para el Diagnóstico TDPM (72%) y, en menor medida, por la Etiología (14%) y el posible Tratamiento (14%)

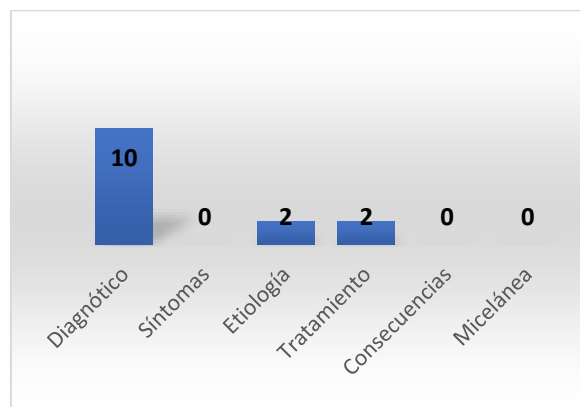


Gráfico 8. Investigaciones según tema en el modelo crítico feminista

En el modelo Sociocultural, el interés se distribuye entre las consecuencias (39%) y el Diagnóstico (31%) y, en menor medida, en la Etiología (15%) y el Tratamiento (7%)

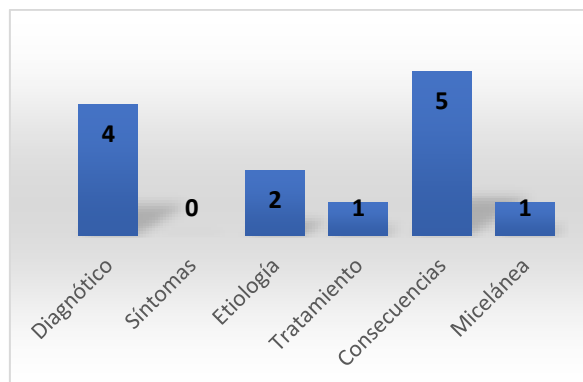


Gráfico 9. Investigaciones según tema en el modelo sociocultural



En resumen, del modelo biológico estudia principalmente el tema Tratamiento, el modelo psicológico aborda todos los temas, el modelo crítico-feminista estudia el diagnóstico y el modelo sociocultural las consecuencias y el diagnóstico, principalmente.

No solo existen diferencias respecto a los temas por cada marco teórico, también difieren en la metodología que utilizan. En el modelo biológico prima la metodología cuantitativa (64%), seguida de la revisión (16%), juntas suman el 80%. La metodología cualitativa (2%) y los estudios de caso (3%) son muy escasos.

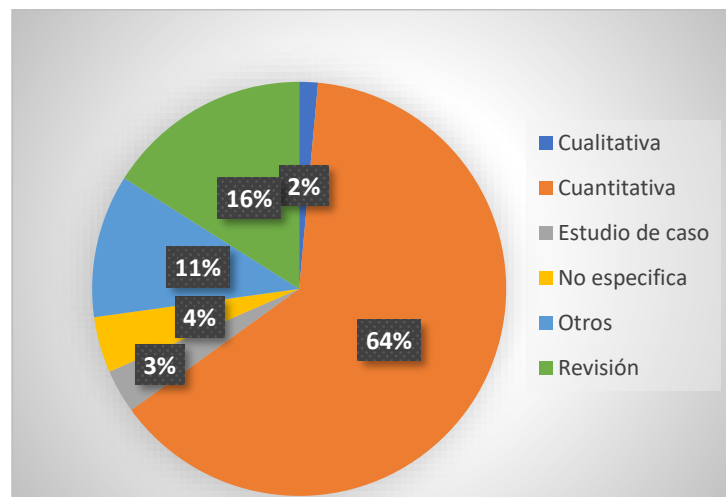


Gráfico 10. Investigaciones según metodología en el modelo biológico

En el modelo psicológico también es mayoritaria la metodología cuantitativa (70%), aunque tiene mayor número de estudios cualitativos (12%), mismo porcentaje que de revisiones (12%). Los estudios de caso son minoritarios (4%).

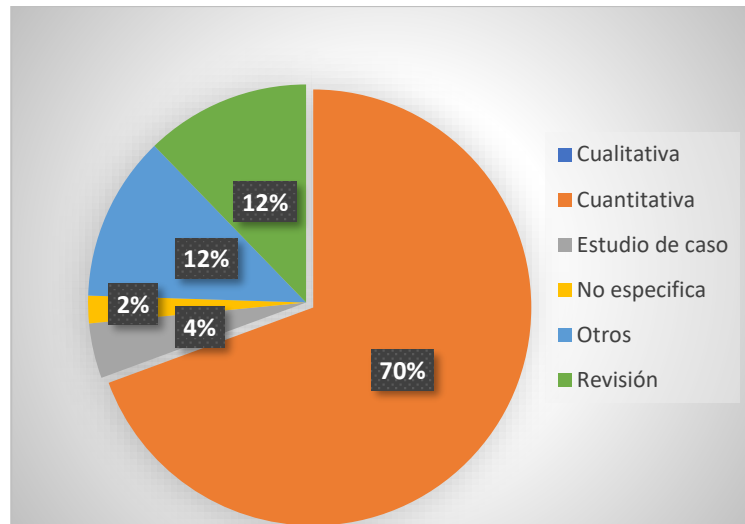


Gráfico 11. Investigaciones según metodología en el modelo psicológico

En el modelo crítico-feminista la metodología mayoritaria es la cualitativa (53%) respecto a la cuantitativa (33%) y la revisión (7%).

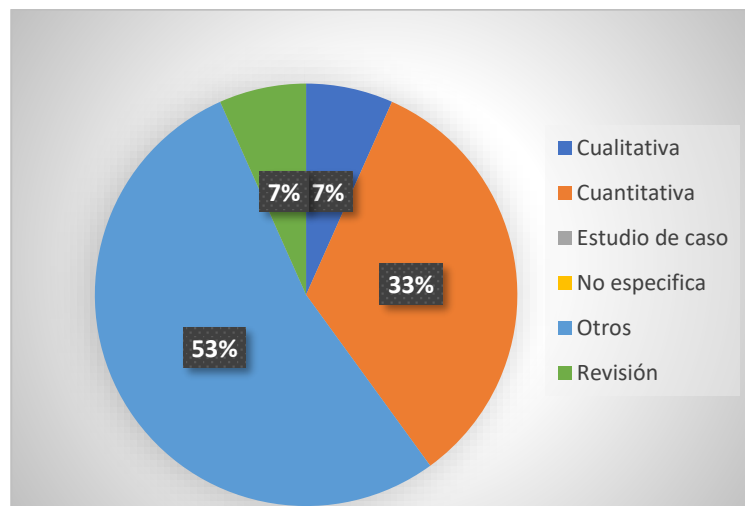


Gráfico 12. Investigaciones según metodología en el modelo crítico feminista

En el modelo sociocultural, las investigaciones son predominantemente cuantitativas (64%) respecto a las cualitativas (22%) y la revisión (14%).

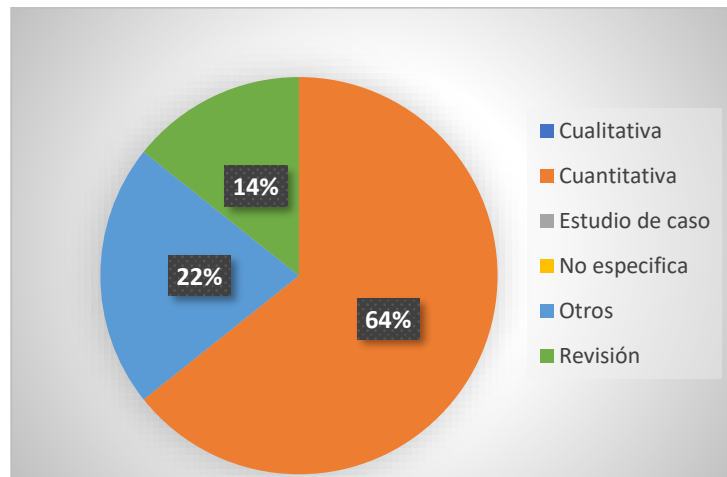


Gráfico 13. Investigaciones según metodología en el modelo sociocultural

Por tanto, los diversos temas de la investigación sobre TDPM se abordan mayoritariamente desde la metodología cuantitativa y, en menor medida las revisiones, siendo muy residual la investigación cualitativa y estudios de caso.

En el siguiente gráfico se observa que la metodología cuantitativa es la más utilizada, seguida de la revisión, para todos los temas, especialmente en lo referente a tratamiento.

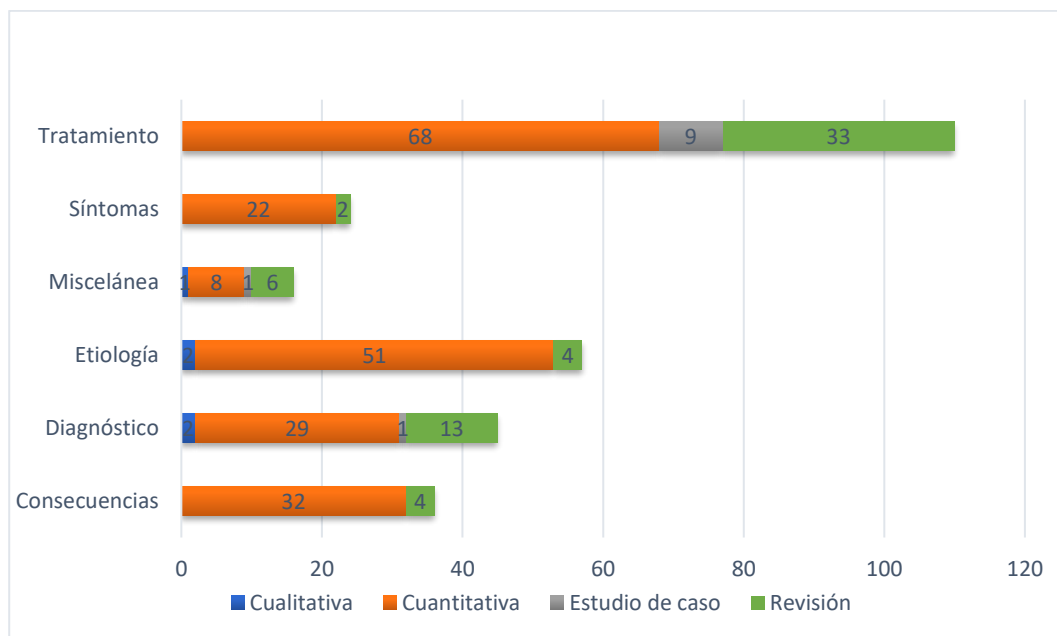


Gráfico 14. Investigaciones según tema estudiado y metodología

La siguiente tabla resume qué temas y metodologías usan principalmente los diferentes modelos teóricos:

Tabla 13. Temas y metodología según marco teórico

<i>Modelo</i>	<i>Tema</i>	<i>Metodología</i>
Biológico	Tratamiento	Cuantitativa y revisión
Psicológico	Todos	Cuantitativa, cualitativa y revisión
Crítico-Feminista	Diagnóstico	Cualitativa y cuantitativa
Sociocultural	Consecuencias y diagnóstico	Cuantitativa y cualitativa

## 3.2.1.1.2 Características de difusión

Las características de difusión abordan dónde (en qué revistas científicas) y cuándo (en qué año) se publican estas investigaciones.

Los estudios analizados fueron publicados en 163 revistas distintas. Se tuvieron en cuenta las revistas que, durante el periodo estudiado, hubieran publicado tres veces más que la media, es decir, seis o más artículos.

Los resultados se muestran en la siguiente tabla, junto al factor de impacto de la revista y el año desde el que está disponible.

180

Tabla 14. Revistas según número de publicaciones

<i>Revista</i>	<i>Factor impacto 2019</i>	<i>Disponible desde</i>	<i>n</i>
1. Archives of Women's Mental Health (Arch Womens Ment Health) <a href="https://www.springer.com/journal/737">https://www.springer.com/journal/737</a>	2,500	1998	21
2. American Journal of Psychiatry (Am J Psychiatry) <a href="https://ajp.psychiatryonline.org/">https://ajp.psychiatryonline.org/</a>	14,199	1940	10
3. Journal of Affective Disorders (J Affect Disord) <a href="https://www.journals.elsevier.com/journal-of-affective-disorders">https://www.journals.elsevier.com/journal-of-affective-disorders</a>	3,892	1979	10
4. Psychoneuroendocrinology <a href="https://www.journals.elsevier.com/psychoneuroendocrinology">https://www.journals.elsevier.com/psychoneuroendocrinology</a>	4,732	1975	9
5. Biological Psychiatry (Biol. Psychiatry) <a href="https://www.journals.elsevier.com/biological-psychiatry">https://www.journals.elsevier.com/biological-psychiatry</a>	12,095	1985	8
6. Obstetrics and Gynecology (Obstet Gynecol.) <a href="https://journals.lww.com/greenjournal/pages/default.aspx">https://journals.lww.com/greenjournal/pages/default.aspx</a>	5,524	1953	8
7. Journal of Clinical Psychopharmacology (J Clin Psychopharmacol) <a href="https://journals.lww.com/psychopharmacology/pages/default.aspx">https://journals.lww.com/psychopharmacology/pages/default.aspx</a>	2,700	1981	8
8. Psychiatry Research (Psychiatry Res) <a href="https://www.journals.elsevier.com/psychiatry-research">https://www.journals.elsevier.com/psychiatry-research</a>	2,118	1979	8

En primer lugar y de forma más destacada, con 21 artículos sobre TDPM, se encuentra “Archives of Women’s Mental Health”, revista oficial de la Sociedad Norteamericana de Obstetricia y Ginecología Psicosocial (NASPOG) y la Asociación Internacional para la Salud Mental de la Mujer (IAWMH), cuyo objetivo es el intercambio de conocimientos entre la psiquiatría y la obstetricia y ginecología.

A continuación, con 10 publicaciones “American Journal of Psychiatry”, revista de la Asociación Americana de Psiquiatría y “Journal of Affective Disorders”, con enfoque multidisciplinar sobre trastornos afectivos (depresión, manía, espectro del estado de ánimo, emociones y personalidad, ansiedad y estrés).

Con 9 publicaciones sobre TDPM, se encuentra “Psychoneuroendocrinology”: revista interesada en la interrelación de disciplinas como la psicología, la neurobiología, la endocrinología, la inmunología, la neurología y la psiquiatría.

Por último, cuatro revista publicaron 8 artículos en este periodo, se trata de:

- ∞ “Biological Psychiatry”, revista de la sociedad de psiquiatría biológica,
- ∞ “Obstetrics and Gynecology”, revista del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG),
- ∞ “Journal of Clinical Psychopharmacology”, sobre psicofarmacología, y
- ∞ “Psychiatry Research” que publica investigaciones y revisiones en el campo de la psiquiatría.

181

En cuanto al momento en que fueron publicados los estudios, se analizó, en primer lugar, el número total de publicaciones sobre TDPM en el periodo estudiado, dando como resultado el siguiente gráfico:

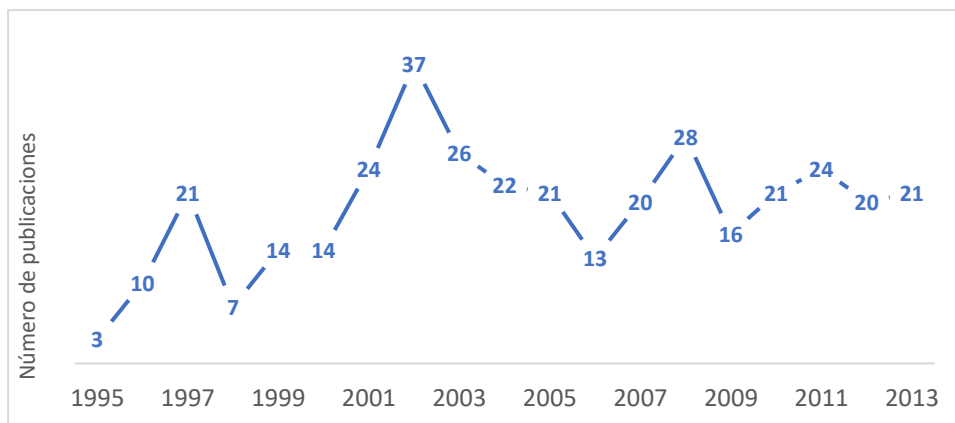


Gráfico 15. Evolución del número de publicaciones

En el gráfico se observa una tendencia ascendente inicial con un pico en 1997, una desescalada y el pico más fuerte en 2002, que posteriormente desciende para incrementarse a partir de 2007 hasta el fin del periodo estudiado, 2013 con una media de 21 artículos publicados por año.

A la vista de que las revistas que más publican sobre TDPM se encuentran en el contexto norteamericano, se quiso investigar si existían diferencias entre el número de publicaciones de investigaciones que se realizaron en EEUU y en el resto de países. Los resultados se muestran en el siguiente gráfico:

182

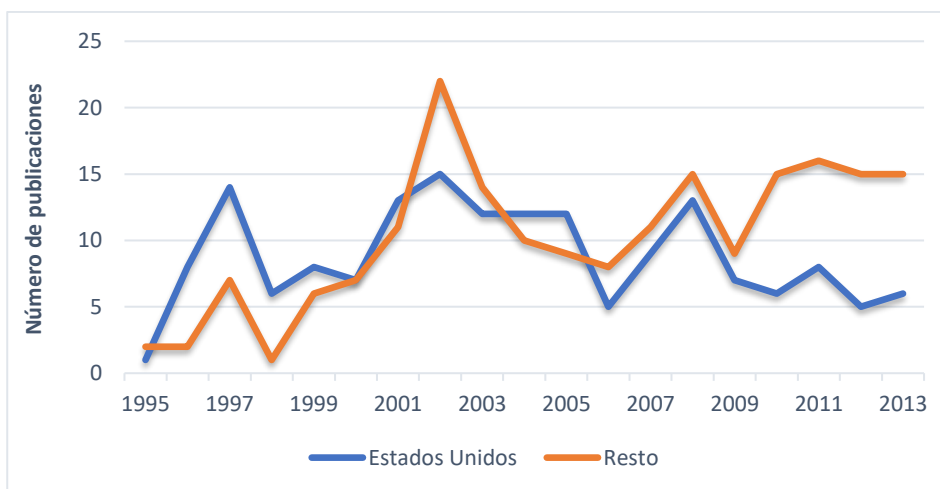


Gráfico 16. Evolución del número de publicaciones de EE. UU. frente a otros países

Resulta interesante destacar que, en los primeros años del período estudiado (1995-2001), las investigaciones publicadas provienen en su mayoría de EEUU, y se inicia de forma ascendente. La tendencia que siguen en todos los países es similar,

incluido el pico de 2002, hasta el año 2009, a partir del cual la investigación en EEUU desciende, pero aumenta en el resto de países, de modo que la tendencia es la inversa a la inicial.

Por tanto, las revistas que más publican sobre TDPM pertenecen al ámbito de la Psiquiatría y de la Ginecología y Obstetricia, también tienen interés revistas con enfoque biológico como la psiconeuroendocrinología y de estudios sobre patología como los trastornos afectivos.

La investigación comienza siendo más intensa en EEUU y, a partir del año 2001, se generaliza a otros países.

### 3.2.1.2 Resultados de los estudios

Se presenta el análisis de contenido por cada tema de investigación y, dentro de cada uno, las diferencias entre modelos teóricos.

183

#### 3.2.1.2.1 Diagnóstico

El diagnóstico “TDPM” Suscita gran interés en los primeros años del periodo estudiado. Varios artículos destacan la importancia de los criterios para fomentar la investigación sobre etiología y tratamientos.

*Los criterios diagnósticos recientes disponibles para el TDPM disminuyen los problemas metodológicos y podrían conducir a un mejor conocimiento sobre la etiología y tratamiento*

Guedj F. Premenstrual dysphoric disorder: diagnostic and therapeutic approach. Rev Prat. 1997;47(17):1907-12.

Los instrumentos de medida difieren entre investigaciones, usan, entre otros, “Premenstrual Assessment Form” (PAF), “Premenstrual Symptoms Screening Tool” (PSST) o “Menstrual Distress Questionnaire” (MDQ).

*Las estudiantes cumplieron el “Menstrual Distress Questionnaire” (MDQ) revisado que incluye criterios para TDPM*

Nash HC, Chrisler JC. Is a Little (Psychiatric) Knowledge a Dangerous Thing?: The Impact of Premenstrual Dysphoric Disorder on Perceptions of Premenstrual Women. *Psychol Women Q.* 1997;21(2):315-22.

En la primera década del s.XXI, la investigación se centra en demostrar que TDPM es una entidad propia, distinta a Depresión mayor y Ansiedad generalizada.

*Esta revisión examina cuidadosamente la literatura existente sobre la naturaleza de las relaciones entre el síndrome disfórico premenstrual y depresión mayor y trastornos de ansiedad*

Breaux C, Hartlage S, Gehlert S. Relationships of premenstrual dysphoric disorder to major depression and anxiety disorders: A re-examination. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2000;21(1):17-24.

184

Encuentra comorbilidad con otras patologías como Trastorno por estrés postraumático, trastornos de alimentación y alcoholismo. Por el contrario, algunas investigaciones indican que es una “enfermedad inventada”.

*TDPM es una "enfermedad mental inventada" que nunca se ha demostrado que exista*

Caplan PJ. The debate about PMDD and Sarafem: Suggestions for therapists. *Women Ther.* 2004;27(3-4):55-67.

Desde la perspectiva sociocultural y crítico-feminista, la validez y utilidad del diagnóstico se pone en duda. Postula que TDPM enmascara las quejas de las mujeres, que tendrían un origen social y serían fruto del conflicto de los roles.

*Algunos ven el esfuerzo como un intento político-social para minimizar o encapsular las quejas de las mujeres*

Gold JH. Premenstrual dysphoric disorder. What's that? *JAMA.* 1997;278(12):1024-25.



### 3.2.1.2.2 Síntomas

Los estudios epidemiológicos se realizan en EEUU durante los primeros años y más tarde en otros países como: India, Croacia, Nigeria, Japón, China, España y Canadá<sup>28</sup>. Los resultados indican prevalencias del 3-8%.

*La prevalencia general de TDPM fue de 4.1% (Maiduguri, Nigeria), 6.5% (Lagos, Nigeria) y 3% (Akron, Estados Unidos)*

Steiner M, Peer M, Palova E, Freeman EW, MacDougall M, Soares CN. The premenstrual symptoms screening tool revised for adolescents (PSST-A): Prevalence of severe PMS and premenstrual dysphoric disorder in adolescents. Arch Womens Ment Health. 2011;14(1):77-81.

*Actualmente se estima que entre el 3 y el 8% de las mujeres en edad reproductiva cumplen criterios estrictos para el TDPM*

Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, Kahn LS. The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). Psychoneuroendocrinology. 2003;28(3):1-23.

185

La tasa es menor en Asia oriental que en países occidentales. La prevalencia entre adolescentes es mayor y el síntoma que más refieren es la irritabilidad.

*Casi un tercio (29,6%) informó haber experimentado síndrome premenstrual grave o PMDD, siendo la irritabilidad el síntoma más comúnmente informado*

Nash HC, Chrisler JC. Is a Little (Psychiatric) Knowledge a Dangerous Thing?: The Impact of Premenstrual Dysphoric Disorder on Perceptions of Premenstrual Women. Psychol Women Q. 1997;21(2):315-22.

### 3.2.1.2.3 Etiología

Desconocida, aunque multifactorial. La investigación desde el modelo biológico es mayoritaria (77%) y se centra en los sistemas de neurotransmisión.

*La etiología de PMDD es, en gran medida, desconocida*

Endicott J. History, evolution, and diagnosis of premenstrual dysphoric disorder. J Clin Psychiatry. 2000;61(12):5-8.

*El trastorno disfórico premenstrual tiene múltiples determinantes en los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales.*

Skrzypulec-Plinta V, Drosdzol A, Nowosielski K, Plinta R. The complexity of premenstrual dysphoric disorder - risk factors in the population of Polish women. Reprod Biol Endocrinol. 2010;8:141.

*Los dos sistemas neurotransmisores relevantes y mejor estudiados implicados en la génesis de los síntomas son el sistema GABAérgico y el serotoninérgico*

Rapkin AJ, Akopians AL. Pathophysiology of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. Menopause Int. 2012;18(2):52-9.

A partir de 2004 se proponen otras causas, basadas en el uso de técnicas de neuroimagen, como disfunciones en la corteza cerebral, alteraciones de la materia gris o reactividad de la amígdala.

186

*Las mujeres con PMDD han aumentado la reactividad de la amígdala en la fase folicular*

Gingnell M, Morell A, Bannbers E, Wikström J, Sundström-Poromaa I. Menstrual cycle effects on amygdala reactivity to emotional stimulation in premenstrual dysphoric disorder. Horm Behav. 2012;62(4):400-6.

La investigación desde modelos psicosociales y culturales es minoritaria (4%) y pone el foco en los efectos del estrés de la vida diaria, abusos o problemas en la infancia y la socialización cultural como causantes de los síntomas.

*Aunque el TDPM se considera predominantemente como una enfermedad de base biológica, existe una fuerte evidencia de que variables como el estrés de la vida, el historial de abuso sexual y la socialización cultural son determinantes importantes de los síntomas premenstruales*

Ross LE, Steiner M. A biopsychosocial approach to premenstrual dysphoric disorder. Psychiatr Clin North Am. 2003;26(3):529-46.

Desde el modelo crítico-feminista se entiende el TDPM como legitimación del poder de la psiquiatría en la medicalización de las mujeres.

*Este artículo examina la forma en que la sintomatología premenstrual ha sido representada y regulada por la psicología y la psiquiatría [...] lleva a las mujeres a interpretar las experiencias premenstruales dentro de un marco patológico que merece tratamiento médico o psicológico*

Ussher JM. The role of premenstrual dysphoric disorder in the subjectification of women. *J Med Humanit.* 2003;24(1-2):131-46.

#### 3.2.1.2.4 Tratamiento

Se estudia mayoritariamente desde el modelo biológico (90%) y se ha centrado en dos fármacos: inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), y anticonceptivos orales (ACO).

*Los ISRS tienen una excelente eficacia y mínimos efectos adversos y se deben considerar el tratamiento de primera línea*

Steiner M, Born L. Diagnosis and treatment of premenstrual dysphoric disorder: an update. *Int Clin Psychopharmacol.* 2000;15(3):5-17.

187

La investigación de 1995 a 2002 pretende demostrar la eficacia de los ISRS. Posteriormente, estudia las ventajas de la administración intermitente para reducir los efectos adversos.

*El objetivo es evaluar la dosis diaria premenstrual con fluoxetina para el tratamiento del trastorno disfórico premenstrual*

Steiner M. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: Guidelines for management. *J Psychiatry Neurosci.* 2000;25:459-68.

*Arroja más luz sobre cómo los diferentes componentes de este síndrome están influenciados de manera diferente por la administración intermitente de un ISRS*

Eriksson E, Ekman A, Sinclair S, Sörvik K, Ysander C, Mattson UB, et al. Escitalopram administered in the luteal phase exerts a marked and dose-dependent effect in premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 2008;28(2):195-202.

Otros estudios sugieren que son factores socioculturales los que determinan la percepción, prevalencia y manejo del TDPM.

*Los factores socioculturales parecen determinar la prevalencia, la percepción y el manejo de PMDD*

Tschudin S, Berteau PC, Zemp E. Prevalence and predictors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample. Arch Womens Ment Health. 2010;13(6):485-94.

Investigaciones desde modelos psicosociales y culturales (4%) plantean intervenciones en el estilo de vida<sup>40</sup>. Las revisiones sugieren que, además de cambios hacia hábitos saludables de alimentación y actividad física, la terapia cognitivo-conductual, los suplementos de calcio y la fitoterapia, pueden resultar eficaces.

*Para la mayoría de las mujeres, los síntomas pueden aliviarse o reducirse mediante intervenciones en el estilo de vida, como cambios en la dieta y ejercicio*

Kelderhouse K, Taylor JS. A review of treatment and management modalities for premenstrual dysphoric disorder. Nurs Womens Health. 2013;17(4):294-305.

*La evidencia sugiere que un enfoque holístico, que incluye modificaciones del estilo de vida, farmacoterapia y terapia cognitiva conductual, es más beneficioso*

Frackiewicz EJ, Shiovitz TM. Evaluation and management of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. J Am Pharm Assoc (Wash). 2001;41(3):437-47.

Sin embargo, otros recomiendan ovariectomía, histerectomía y supresión de la menstruación, por procedimientos hormonales o quirúrgicos.

*Se ha demostrado que la ooforectomía (con histerectomía concomitante) seguida de una terapia con estrógenos en dosis bajas es una alternativa eficaz para tales casos de trastorno del estado de ánimo relacionado con el ciclo menstrual*

Reid RL. When should surgical treatment be considered for premenstrual dysphoric disorder? Menopause Int. 2012;18(2):77-81.

### 3.2.1.2.5 Consecuencias

Se estima que las mujeres experimentan unos 3000 días de síntomas graves a lo largo de su vida con efectos negativos sobre relaciones sociales, laborales y familiares. La investigación sobre aspectos económicos se centra en el detrimento de productividad y el gasto sanitario.

*La mayoría de las mujeres en sus años reproductivos experimentan una variedad de síntomas premenstruales que pueden alterar el comportamiento y el bienestar y afectar a la familia, las amistades y las relaciones laborales*

Matsumoto T, Asakura H, Hayashi T. Biopsychosocial aspects of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Gynecol Endocrinol.* 2013;29(1):67-73.

Los estudios que miden calidad de vida relacionada con salud (CVRS) demuestran que existe una carga, física y emocional, comparable a la osteoartritis o la artritis reumatoide.

*La CVRS del TDPM fue mayor que la del dolor de espalda crónico, la diabetes tipo 2 y la hipertensión en la escala de dolor corporal y comparable a la osteoartritis y la artritis reumatoide en todas las escalas. Se asocia con una carga sustancial en ambos aspectos, físicos y mentales, de la CVRS*

Yang M, Wallenstein G, Hagan M, Guo A, Chang J, Kornstein S. Burden of premenstrual dysphoric disorder on health-related quality of life. *J Women's Heal.* 2008;17(1):113-21

189

### 3.2.2 FASE 2. Consulta a personas expertas

En esta fase de la investigación se desarrolló la consulta a personas expertas.

En primer lugar, se preguntó a las personas expertas sobre su valoración general de los resultados obtenidos en la scoping review. Destacaron la posible patologización del ciclo menstrual, y la medicalización por el interés de administrar fármacos a mujeres con síntomas y problemas de salud que podrían tener un origen social. Coinciden en señalar que estas publicaciones, en revistas de alto impacto, legitiman y confieren credibilidad al diagnóstico TDPM. Sin embargo, destacan la escasez de estudios

cualitativos que den voz a las mujeres y la perspectiva de la Ginecología y Psiquiatría que aborden el tema sin prejuicios.

*Demuestra el interés, supuestamente científico, de la psiquiatría y especialidades afines por patologizar el ciclo reproductor femenino.*

*Demuestra que la publicación de los estudios realizados se ha hecho, fundamentalmente, en revistas de salud mental con elevado índice de impacto, lo que les concede una gran credibilidad en el ámbito de la salud mental.*

*Demuestra el énfasis que se pone en administrar fármacos para un problema de salud social, pero que se medicaliza para convertirlo en una enfermedad, pues sólo las enfermedades deben tratarse.*

*Pone de relieve la escasez de estudios cualitativos que pudieran visibilizar el problema en el lugar adecuado, dando voz a las mujeres que lo padecen.*

*Desde el punto de vista de la ginecología se adopta la misma perspectiva que desde la psiquiatría, siendo ambas ciencias cómplices en la falta de investigación fiable sobre el origen del TDPM y las formas de abordarlo sin prejuicios*

En cuanto a los aspectos que enfatizan de esta scoping review, se hace referencia a aspectos metodológicos y a los resultados obtenidos. En cuanto a los primeros, la estructuración del procedimiento y su realización en etapas, así como los estudios revisados y los análisis llevados a cabo, se valoraron de forma positiva ya que permiten un análisis “profundo y crítico”. También valoraron que se tuviera en cuenta el sexo como variable en el análisis de la autoría.

*Buena estructura y siguiendo todos los pasos.*

*Se han revisado numerosos estudios en un largo periodo de tiempo, su marco teórico (modelos de orientación) y mixto (cualitativo y cuantitativo). Destacando el análisis de contenido y las dimensiones y categorías que permiten hacer un análisis profundo y crítico de qué y cómo se ha abordado el TDPM en la ciencia médica.*

*Uno de los puntos fuertes es que se realiza un estudio mixto, por una parte, cuantitativo y por otra, otro cualitativo a través del análisis de contenido.*

*Es interesante estudiar a quien estudia*

En cuanto a los resultados obtenidos en esta scoping review, las personas expertas consultadas destacan el interés por el TDPM de la psiquiatría, por encima de la obstetricia y ginecología. También llama la atención el elevado porcentaje de mujeres investigadoras, y los “picos” (1997, 2002 y 2008), años en los que hubo un mayor número de publicaciones. Por último, se destacó la relación entre el marco teórico al que se adscribe la investigación y el tema que aborda.

*El TDPM es un trastorno que interesa más a los psiquiatras que a los ginecólogos.*

*Las publicaciones sobre el TDPM son aceptadas en revistas de psiquiatría/psicología con mejor IF respecto a las de ginecología.*

*El TDPM es un tema que parece interesar más a mujeres investigadoras que a hombres investigadores.*

*Los picos:*

*Las publicaciones científicas sobre el tema han tenido 3 picos (1997, 2002, 2008)*

*Los investigadores según el marco biológico (el más relevante por nº de publicaciones) están más interesados en tratar el TDPM que en entender su origen.*

*Los investigadores que usan el modelo Sociocultural y Critico feminista están más interesados en explicar su origen que en encontrar su tratamiento.*

*Las consecuencias del TDPM interesan más a los investigadores que estudian en el marco psicológico y sociocultural.*

En cuanto a las limitaciones que son identificadas en esta consulta experta se nombra la poca precisión del Factor de Impacto de la revista como indicador de la difusión de los resultados y la escasa implicación que tiene con la transferencia de esos datos a la práctica asistencial, ya que se trata de indicadores y posicionamientos del ámbito investigador. Este aspecto resulta relevante, ya que la transferencia del conocimiento y la evidencia a la práctica clínica y a la educación sanitaria en general, es la que puede incidir en la mejora de la detección y el tratamiento de los síntomas.

También ha generado interés un dato que no se recoge en el estudio y es cuánta investigación se ha realizado y de qué manera en el ámbito de las medicinas complementarias.

*Para valorar que una publicación tiene realmente impacto, más allá del ámbito académico, habría que analizar qué de esas publicaciones llegan a las y los profesionales de medicina centrados en la práctica médica y no tanto en la investigación médica. Ya que los primeros son los que realmente pueden incidir en abordar el TDPM de otra manera tanto en la detección de la etiología, como en el tratamiento.*

*Si se incluyen estudios realizados en el ámbito de las medicinas complementarias.*

Con el objetivo de valorar la aplicabilidad de los resultados obtenidos en esta scoping review se preguntó a las personas expertas si los resultados obtenidos tenían implicaciones tanto para la investigación sobre TDPM, como para la práctica clínica, los resultados se muestran en el siguiente capítulo: 4. Propuestas.

## Características de las investigaciones

### Producción

QUIÉN INVESTIGA

La mayoría son mujeres, las más prolíficas con 5 o más investigaciones en departamentos de psiquiatría y Ginecología y Obstetricia en EEUU.

CÓMO

Mayoritariamente desde el modelo biológico, con metodología cuantitativa.

QUÉ

Mayoritariamente tratamientos y desde el modelo biológico. El modelo crítico-feminista estudia el diagnóstico, el sociocultural también estudia consecuencias y el psicológico aborda todos ellos (tratamiento, diagnóstico, consecuencias, síntomas y etiología)

### Difusión

DÓNDE SE PUBLICAN

163 revistas. Principalmente de Psiquiatría y Ginecología y Obstetricia, también de psiconeuroendocrinología y trastornos afectivos.

CUANDO

En 2001-2002 se observa un pico de publicaciones, además, antes de esa fecha se publicaba más en EEUU que en otros países, después cambió.

## Resultados de las investigaciones

DIAGNÓSTICO

Criterios diagnósticos  
Instrumentos de medida

SÍNTOMAS

Epidemiología

ETIOLOGÍA

Desconocida y multifactorial

TRATAMIENTOS

ISRS / ACO  
Hábitos de vida  
Terapia CC  
Supresión de la menstruación

CONSECUENCIAS

Efectos negativos:  
calidad de vida, laboral,  
social y familiar

## Consulta experta

Valoración general

Posible medicalización  
Poca investigación cualitativa

Destacan positivamente

Estructura metodológica  
Tipos de análisis de resultados  
Aplicabilidad

Limitaciones

Valoración del impacto en la práctica clínica

Recomendaciones

Para la investigación  
Para la práctica clínica



## 4. RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA PARA LA SALUD MENSTRUAL

En este capítulo se exponen las recomendaciones de la consulta a profesionales de la scoping review (aproximación científica) y las propuestas de mejora expresadas por las participantes en las entrevistas (experiencia menstrual) para la promoción de la salud menstrual.

### 4.1 DESDE LA APROXIMACIÓN CIENTÍFICA

Las profesionales que participaron en la consulta experta propusieron una serie de recomendaciones, tanto en la investigación sobre el malestar premenstrual como en la práctica clínica.

#### 4.1.1 Recomendaciones para la investigación

- ∞ Fomentar la investigación donde existen lagunas.

*Desde lo que se estudia del TDPM, muestra que se estudia poco la etiología → abre la puerta a hacer más estudios sobre este aspecto.*

*Desde el marco teórico, muestra que se estudia en gran cantidad desde el modelo biológico → abre la puerta a la necesidad de estudios de otros puntos de vista o marco teórico.*

- ∞ Enfoque multidisciplinar, integrando los diversos modelos teóricos.

*A la hora de investigar y profundizar en los conocimientos sobre el Trastorno Disfórico Premenstrual, debe ser con un enfoque multidisciplinar, con diferentes profesionales de las ciencias de la salud que aporten su enfoque del TDP.*

- ∞ Promover estudios desde la perspectiva feminista y social.

*Promover estudios desde la perspectiva feminista y social, con técnicas cualitativas, en las que se potencie la investigación en los problemas socio culturales de las mujeres y la relación con unos cuerpos que durante algunos años de sus vidas se van a encontrar con una ciclicidad biológicamente establecida.*

- ∞ Uso de técnicas cualitativas que reflejen perspectiva de mujeres.

*También creo que los resultados muestran que se necesitan más estudios cualitativos, ya que los resultados muestran que son muy reducidos. Se necesitan estudios en los que se incluyan testimonios de las propias pacientes, sus historias de vida con respecto al TDPM o valoraciones de las pacientes ante los diversos tratamientos que se plantean, cómo las afecta a ellas el uso de antidepresivos, anticonceptivos hormonales, cambio de hábitos de vida más allá de la mejora del TDPM.*

∞ Desenmascarar la psiquiatrización.

*Desenmascarar con publicaciones, y en otros foros, la psiquiatrización de los síntomas vinculados al proceso cíclico vital femenino, para no victimizar doblemente a las mujeres por la ciencia y por la industria; ambas productos del patriarcado más opresor que se apropia del cuerpo y la mente de las mujeres.*

4.1.2 Recomendaciones para la práctica clínica

∞ Enfoque multidimensional.

*Para la práctica clínica de médicos alópatas, puede resultar interesante ampliar la mirada y entender que se trata de un síndrome complejo, donde los factores biológicos se entrelazan con factores psicológicos y sociales.*

*Plantear tratamientos desde enfoques holísticos psico-físicos sin descuidar factores relacionados con el estilo de vida, medioambiente, posibles factores de estrés que puedan estar agravando este cuadro.*

∞ Abordaje integral e individualizado.

*Al ser una patología de carácter multifactorial precisa un enfoque integral.*

*Necesidad de hacer un abordaje terapéutico integrativo, con un mayor nivel de investigación en el tratamiento de este cuadro.*

*Que haya un planteamiento de terapéuticas donde los diferentes profesionales hagan abordajes individualizados adecuados a las necesidades particulares de cada paciente.*

∞ Desmedicalización.

*Dejar de recomendar productos anticonceptivos hormonales, sin indicación anticonceptiva en este caso, cuando los estudios hace tiempo que demostraron que no mejoraban sus síntomas e, incluso, los empeoraban.*

*Creo que, para la práctica clínica, lo más importante de los resultados de esta investigación, es la luz que arrojan sobre otros posibles tratamientos más allá de los antidepresivos y anticonceptivos. Si los tratamientos se abordaran desde aquí no se asociaría el TDPM con un trastorno psicológico-psiquiátrico calificándola de enfermedad mental a este proceso, con todo el peso simbólico que tiene esto en las mujeres histórica y culturalmente. Por otra parte, no usar anticonceptivos hormonales haría que las mujeres no estuvieran expuestas a los efectos de los anticonceptivos en otros aspectos de su salud.*

∞ Despatologización.

*Desmontar el TDPM y así poder acercarnos a las mujeres que manifiestan síntomas de una forma más “feminizada”.*

∞ Educación e información desde una perspectiva biopsicosocial.

*Potenciar el conocimiento de las mujeres y de su ciclo reproductivo, para ver si una mejor conciencia de los acontecimientos mejoraría la sintomatología.*

*Educar e informar a las mujeres sobre la forma de mejorar sus problemas desde una perspectiva bio-psico-social, muchas veces olvidada en medicina.*

*Para la práctica clínica en el presente campo de estudio da una perspectiva multidimensional a la actuación en los casos de Trastorno Disfórico Premenstrual, no acotándolo solamente a un modelo biológico, psicológico, crítico feminista o sociocultural, sino a un conglomerado de todos los tipos de modelos o de varios de ellos.*

## 4.2 DESDE LA EXPERIENCIA MENSTRUAL

Las participantes de la entrevista realizaron propuestas para la mejora de la salud menstrual en referencia a:

- ∞ La representación social de la menstruación, con recomendaciones sobre la publicidad de productos menstruales.
- ∞ La vivencia del ciclo menstrual, con propuestas sobre la información y el conocimiento del ciclo antes de la menarquia.
- ∞ La medicalización de la fase premenstrual, con demandas sobre la atención sanitaria.

195

### 4.2.1 Recomendaciones sobre la publicidad de productos menstruales

Algunas participantes expresaron la dificultad de realizar propuestas de cambio.

*También es que pienso que ya está, que la publicidad está ahí y tienen ellos que dejar volar su mente, pero, ¿Qué van a decir?: Ponte esta compresa y no te mancharas el pantalón, no sé (Lola: JChRUni)*

Sin embargo, otras participantes expresaron ideas concretas para la mejora de la publicidad de productos menstruales y sugirieron:

- ∞ Que dejen de mitificar la apariencia de las mujeres “siempre perfectas”.
 

*Se tiene que tratar como una cosa, como algo que tenemos que consumir, pero no con esa parafernalia que parece que las mujeres tenemos que oler siempre súper bien y siempre la mujer perfecta (Fede: MShRNoUni)*
- ∞ Que gire en torno a criterios de salud: cuidado de la piel en vez de propiedades “antiolor”.

*No tengo por qué gastarme más porque venga perfumada o no; a lo mejor, eso me perjudica para mi piel o para mi PH o para lo que sea... Entonces, para mí se debe tener más en cuenta la salud, que no te perjudique porque a mí, por*

*ejemplo, a mi si me afectan determinados salvasilip, determinadas compresas que no puedo utilizar (Fede: MShRNoUni)*

- ∞ Que existan verdaderos mensajes de liberación de las mujeres con mensajes positivos, de conocimiento del propio cuerpo y sin ocultación.

*No tienen ningún mensaje positivo hacia la mujer, no le dicen nada positivo, nada más que: libérate, libérate de este rollo. Tendría que ser en plan conocimiento de tu cuerpo y de ese día: ¡vete a menstruar! y que se entere tó el mundo (Adela: MChRNoUni)*

- ∞ Que reflejen mejor la realidad: que aparezca un líquido rojo y no azul.

*Yo los haría de una manera un poco más natural ¿no?, que la sangre no sea un líquido azul por ejemplo (Anita: JShUUni)*

- ∞ Que se dirija hacia un público joven con el objetivo de eliminar la vergüenza e inseguridades que provoca.

*No me he planteado nunca como debería ser un anuncio de compresas o de Tampax, pero algo más directo; es decir, cuando tienes la regla, pues te pasa esto y te manchas y tal... Porque a nosotras ya nos da igual, nosotras venimos ya de vuelta, pero las niñas que están empezando, que les da vergüenza, tienen que verlo como algo natural (Miriam: MChRUni)*

- ∞ Que se reduzca el IVA, como productos de primera necesidad.

*Además es un producto de primera necesidad y tiene un IVA de producto de lujo, es algo que usa el 50% de la población, una semana al mes, durante veinte, treinta años, casi cuarenta años... (Anita: JShUUni)*

#### 4.2.2 Información y conocimiento antes de la menarquia

- ∞ Fomentar su normalización en el ámbito escolar y abordar aspectos relacionados con el desarrollo, las características de la menstruación y su manejo, en un lenguaje comprensible.

*En el colegio no se nos hablaba a nosotros de eso y me parece surrealista, o sea, cuando es algo que es natural. Yo no sé hoy en día en los colegios, porque no lo sé todavía. Eso sería muy interesante analizar porque es verdad que... (Miriam: MChRUni)*

*Que lo hablaran un poco más en los colegios como algo más normal (Sole: JChRNoUni)*

*Me hubiera gustado que me hubiese dicho: mira, pasa esto cuando eres niña y llegas a cierta edad, pues el cuerpo cambia, te viene la regla, la menstruación y eso te va a pasar todos los meses... No sé, que me lo hubiese explicado a su manera pero que me hubiese contado algo. (Lourdes: MChUNoUni)*

- ∞ Eliminar el estigma desde el ámbito familiar.

*A una prima mía le hicieron una fiesta, la organizó su madre y las dos hermanas mayores, una pedazo de fiesta toda la familia en plan bienvenida al club de las mujeres. Y ella lo contaba así guay, lo recuerda como algo guay, no un estigma. A mí me hubiera gustado hacer una celebración, con mujeres, incluso juntar mujeres de distintas generaciones y explicártelo todo bien y darte como una bienvenida al mundo de las mujeres y esto forma parte de tu cuerpo y conocerlo bien... Porque es que no conoces nada... Tampoco, yo tampoco sabía que era cada 28 días ni nada de eso, no tenía ni idea de cuando... O sea, mucha falta de información y de tacto, incluso (Adela: MChRNoUni)*

#### 4.2.3 Atención sanitaria

Algunas de las participantes expusieron sus expectativas respecto a la atención profesional que les gustaría recibir. Esperan de sus profesionales que:

- ∞ Estén formados/as y tengan conocimiento sobre este tema.

*O yo he tenido mala suerte con los médicos que he hablado, no solo no están formados para esto, ni para nada (Eva: JShUUni)*

- ∞ Investiguen el origen y causas de los síntomas y que no se considere “normal”.

*Yo iba a diferentes médicos, pero no me hacían caso (Marga: MShUUni)*

*El mundo de los médicos, cuando tú dices que tienes unos dolores impresionantes de la regla lo normal es que te digan: venga, que eso es una cosa normal (Fede: MShRNoUni)*

- ∞ Ofrezcan alternativas al tratamiento no farmacológico.

*El sistema sanitario no te conoce, te expende pastillas para remediar externamente cualquier cosa que te pase, con lo cual nunca, jamás, ataca el problema de raíz. Te elimina el síntoma y te lo elimina de manera que te crea otro síntoma, en este caso pues un pelotazo hormonal que puede traer otras consecuencias o con antiinflamatorios que te salga una úlcera... Ahora, ¿cómo deberían hacerlo? No lo sé, no tengo la respuesta (Anita: JShUUni)*

*Cuando tú ya dices que no es una cosa normal, me pasa con diarreas, con muchas cosas... A mí me costó mucho llegar a que me mandaran al ginecólogo... Entonces, ¿cómo lo tratan? Pues, evidentemente con hormonas, con lo cual, trastorno impresionante. Es la única alternativa, pero pienso que tendrían que buscar otra manera que no nos afectara así, otras soluciones (Fede: MShRNoUni)*

- ∞ Tengan capacidad de escucha, empatía y buen trato.

*Falta empatía, si va una chica de menos de 15 años y le dice al médico que su vida está siendo un sufrimiento, y vuelve al cabo de los años, algo falla... Y si es lo típico de la receta del ibuprofeno preparado para que lo tomes... no te*

*da ningún tipo de información ¿no?, como: léete esto o prueba con la alimentación o prueba con el remedio de no sé qué... Cuando fui con mi médico de cabecera pensé: es un hombre, no tiene ni idea, ¿sabes? Por mucho que esté rodeado de mujeres, como no lo padece... Pero, cuando fui a una ginecóloga, me dijo prácticamente lo mismo y con un trato bastante desagradable y muy distante (Eva: JShUUni)*

## De las profesionales consultadas en la "scoping review"

### Recomendaciones para investigación

- Fomentar investigación donde hay lagunas
- Enfoque multidisciplinar
- Perspectiva feminista y social
- Usar técnicas cualitativas, dar voz a las mujeres
- Desenmascarar la psiquiatrización

### Recomendaciones para práctica clínica

- Enfoque multidimensional
- Abordaje integral individualizado
- Desmedicalización y despatologización
- Educación e información desde el enfoque biopsicosocial

## De las mujeres participantes en las entrevistas

Vivencia en positivo con información de calidad

En contextos educativos: "enseñar a menstruar"  
En contextos laborales: permisos por su malestar.

### Propuestas sobre la publicidad de productos menstruales

- Que no mitifique a las mujeres.
- Que gire en torno a criterios de salud.
- Que existan mensajes positivos (conocimiento del cuerpo) y no ocultación.
  - Que reflejen mejor la realidad (líquido rojo y no azul).
  - Que no persista la vergüenza e inseguridad en jóvenes.
  - Que se reduzca el IVA.

### Propuestas para la atención sanitaria

Indagar en el origen de los síntomas, considerar dimensión psicoemocional para evitar medicalización, profesionales con formación, información actualizada y habilidades de comunicación.

Infografía 8. Propuestas para el abordaje del malestar premenstrual





# Discusión

*Este capítulo se divide en dos partes, la discusión metodológica y la discusión de resultados donde se contrastan los principales resultados obtenidos en este estudio con los de otras investigaciones.*



## 1. DISCUSIÓN METODOLÓGICA

A continuación, se discute sobre el procedimiento metodológico. En primer lugar, sobre las entrevistas en profundidad y, en segundo lugar, sobre la *scoping review*.

### 1.1 ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

Respecto al proceso metodológico llevado a cabo para la realización de las entrevistas, cabe destacar varios aspectos.

En primer lugar, se pusieron en marcha tres **estrategias para la captación de participantes**: a través de médicos/as de Atención primaria, mediante anuncios, mediante cartelería y también de forma virtual mediante redes sociales y, por último, con el muestreo en bola de nieve. Solo la última dio resultado y, aunque la técnica bola de nieve *per se*, es suficientemente consistente y adecuada para localizar poblaciones de estudio (Noy, 2008), cabe preguntarse por qué las demás no dieron resultado.

El **muestreo en bola de nieve** está especialmente indicado para localizar poblaciones ocultas o que no son fácilmente identificables. Sin embargo, según los datos epidemiológicos, en España, sobre la prevalencia de síntomas premenstruales en mujeres de 15 a 49 años, el porcentaje de mujeres con esta sintomatología supera el 70% (Dueñas et al., 2011). Por tanto, el universo poblacional de potenciales participantes resultaba muy amplio. Sin embargo, pocas mujeres estaban dispuestas a formar parte de una investigación sobre el ciclo menstrual. Así pues, se incorporó en el guion de entrevista una pregunta relacionada con la motivación para participar en el estudio. Respuestas como *“saber sobre qué ibas a preguntar y no entrar en tres preguntas de ¿te duele, te dura, qué cantidad tienes? Eso es lo que quiero yo saber, qué más cosas puedo yo contar de esto”*, son reveladoras en cuanto a la percepción limitada de las mujeres respecto a las dimensiones que abarca el ciclo menstrual.

En cuanto al fracaso de la **estrategia a través de profesionales del SSPA** pudo deberse a varios motivos. Probablemente, la falta de contacto previo, antes de recibir el correo electrónico informando de la investigación y pidiendo su colaboración, fue un importante hándicap. No existía una relación previa con las/os profesionales, por

tanto, su interés sobre este tema era desconocido. Además, existe una fuerte presión asistencial, cada vez mayor, sobre las/os profesionales y no existía compensación por la labor solicitada. Estos motivos pudieron ser razones para ignorar la propuesta en caso de recibir la invitación. También se valora que algunos de estos correos no hubiesen llegado a sus destinatarios/as debido a los continuos cambios de plantilla entre este tipo de profesionales en el SSPA.

Sobre la **estrategia de captación mediante anuncios**, ésta tenía dos modalidades: la difusión mediante cartelera en diversos espacios físicos y la estrategia en redes sociales.

Se valoró como posible explicación de su fracaso, el escaso tiempo que los carteles permanecían en ciertos espacios, como la calle y algunos tableros de anuncios. Además, el gran número de anuncios de otro tipo así como el contenido, poco habitual de éste.

Para la estrategia en redes sociales, se creó el blog “Rompe la regla” que explicaba los objetivos de estudio e invitaba a participar en la entrevista. Probablemente, la captación mediante mecanismos virtuales para una entrevista presencial restó eficacia a la estrategia. Tras el periodo en el que se desarrolló el trabajo de campo, el blog se convirtió en un cuaderno de bitácora sobre temas de interés que iban surgiendo a medida que avanzaba este estudio, convirtiéndose en una estrategia de difusión de contenidos y reflexiones que permanece activa hasta el día de hoy con más de 600 seguidores en su página de Facebook. En definitiva, la dificultad en la captación de mujeres para formar parte de este estudio, a pesar del alto porcentaje de potenciales participantes, puede ser un reflejo de la valoración social y personal del tema de estudio: el ciclo menstrual. El tabú menstrual, que dificulta el abordaje del tema y lo relega al ámbito íntimo y personal de las mujeres, así como la indiferencia, el desconocimiento y la infravaloración de su importancia sobre su salud, podrían estar mediando en esta dificultad para la identificación de participantes.

En cuanto al **desarrollo de las entrevistas**, tanto las características de esta técnica como su puesta en práctica, permitieron establecer un buen clima de confianza previo. Para facilitar este buen clima, la participante decidía el momento y lugar para que

se llevara a cabo. Durante las entrevistas se estableció un buen *rapport* (Díaz-Bravo et al., 2013), fundamental para abordar algunos de los temas delicados, sensibles e íntimos que se abordaban en el guion de entrevista. Las participantes informaron en detalle sobre sus experiencias, opiniones y propuestas y se obtuvo la información pertinente y suficiente para cubrir los objetivos del estudio.

Por otro lado, los diferentes perfiles en base a criterios de segmentación y características de heterogeneidad mostraron algunas diferencias destacables en los resultados, aunque su discurso, en general, fue similar.

Respecto a las **limitaciones** en esta parte de la investigación podemos identificar dos tipos de problemas: los posibles sesgos derivados del modo de captación de participantes y haber utilizado un único método de obtención de información, sin combinar con otras técnicas.

En relación a los sesgos del modo de captación, cabe destacar que la técnica bola de nieve contradice muchos de los supuestos que sustentan las nociones convencionales del muestro desde el enfoque cuantitativo, por los problemas de representatividad, especialmente, el sesgo de selección. Según este enfoque la validez se puede ver comprometida, ya que no existe una selección al azar de participantes y depende de elecciones subjetivas de las personas que entraron en primer lugar a formar parte del estudio. La representatividad como principio de generalización no supone un problema en la investigación cualitativa ya que su intención no es extrapolar los resultados a una población mayor, sino identificar aspectos y describir la realidad de un momento dado. Las personas que entraron en primer lugar a formar parte del estudio lo hicieron por contacto con diferentes personas, conocedoras de esta investigación, pero que no participaban en ella. En ese sentido, la interrelación inicial era muy limitada.

En lo que concierne a la limitación de la entrevista como única técnica para la obtención de datos, cabe destacar que “la subjetividad directa del producto informativo generado es su principal característica a la vez que su principal limitación” (Alonso Benito, 1998). La característica de la entrevista como técnica y el tipo de información a la que permite tener acceso, acorde con lo esperado en esta investigación,

compensaba las dificultades que conlleva como el tiempo que requiere su puesta en práctica y la necesidad de transcribir, organizar y analizar un gran volumen de información en detalle. La experiencia previa de la investigadora y la habilidad técnica en la preparación y el manejo de información permitieron solventar estas dificultades.

También podría considerarse como limitaciones el número de participantes en este estudio, así como que estén circunscritas a la provincia de Granada. Sin embargo, dado que la finalidad no es la generalización sino el conocimiento en un lugar y espacio concreto y que el contexto cultural de Granada podría asemejarse al de otras provincias españolas, en cuanto al tema que nos ocupa, no parece que reste calidad a este estudio.

## 1.2 SCOPING REVIEW

El proceso metodológico para *scoping review* se desarrolló según lo esperado. Sin embargo, cabe destacar algunos aspectos, en relación a los términos utilizados en la estrategia de búsqueda y las fuentes de información utilizadas.

En lo que se refiere a los **términos de búsqueda** utilizados fueron: “Premenstrual Dysphoric Disorder”, y sus siglas (PMDD) y su traducción al español “Trastorno disfórico premenstrual” (TDPM), tal como aparece y se traduce en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM). Sin embargo, en el tesoro de MeSH existe el término relacionado “Premenstrual Dysphoric Syndrome” vigente en el periodo acotado en el estudio ya que aparece en la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE) de la OMS. Los artículos con este término en su título no forman parte del material analizado. Esto es porque el término está en desuso, de hecho, ha sido sustituido en la última versión (CIE 11) por “Premenstrual Dysphoric Disorder”.

A este respecto, la literatura feminista aborda este asunto sin utilizar el término “Trastorno disfórico premenstrual”, por no estar de acuerdo con él. Sin embargo, el foco de este estudio está en el abordaje de la categoría diagnóstica definida en DSM-IV. Además, estas investigaciones se tienen en cuenta en el marco de este estudio.

En cuanto a las **fuentes de información**, se han utilizado las bases de datos de referencia en salud, y por ello están excluidas otras fuentes que pueden resultar relevantes, como la literatura gris. De nuevo, apelando al objetivo de esta parte del estudio, se trató de analizar la investigación que dio lugar a considerar el “Trastorno disfórico premenstrual” una enfermedad mental. La evidencia está directamente relacionada con el sistema de publicación de artículos científicos, y por ello el foco del análisis está en sus características.

Sobre las **limitaciones**, es conveniente recordar las propias de este tipo de revisiones, que no tienen como finalidad valorar la metodología de los estudios revisados sino mapear las investigaciones en un campo de interés. Por ello, el uso de este tipo de revisión fue apropiado para el objetivo de este estudio. Limitaciones como la selección de términos, de fuentes de información y las limitaciones idiomáticas, son comunes a las búsquedas en bases de datos (The Joanna Briggs Institute, 2015).

Por último, el apartado “Conflicto de intereses” de la investigaciones no ha sido analizado. Así se determinó porque sólo aparece en las publicaciones más recientes y no siempre expone el origen de la financiación (Bekelman et al., 2003).

207

## 2. DISCUSION DE RESULTADOS

En este apartado se describe el significado de los resultados más relevantes y se compara con las publicaciones previas, haciendo hincapié en los nuevos hallazgos e interpretaciones. La discusión se estructura en: el discurso de las mujeres, el discurso científico y el discurso medicalizador de la fase premenstrual.

### 2.1 EL DISCURSO DE LAS MUJERES

A continuación, se discuten los resultados en tres aspectos clave de la menstruación y su ciclo. En primer lugar, la forma de nombrar la menstruación y el conocimiento de sus características y los mitos asociados a ella. En segundo lugar, la vivencia de la menarquia como momento clave que supone el inicio del ciclo menstrual. Por último, se

abordan cuestiones referentes al malestar premenstrual de las mujeres y la atención sanitaria de profesionales.

### 2.1.1 Denominaciones, características y mitos

La relación entre lenguaje, el pensamiento y las actitudes humanas es clara. Siguiendo a Vigotsky, el lenguaje manifiesta las representaciones del entorno y surge de la interacción con el medio social. Por ello, es fundamental analizar cómo se refiere la menstruación en nuestra sociedad.

En los resultados obtenidos en este estudio, se encuentran multitud de eufemismos que las mujeres utilizan para referirse a la menstruación. Un eufemismo, en palabras de Marcela Lagarde es “una palabra o expresión que sustituye a otras, aceptadas en el uso normal, pero que, por alguna razón, se consideran tabús o, al menos, pueden ser rechazadas o molestas para una parte de la población” (Baralezo-López, 2012). Esto es, los eufemismos sobre la menstruación dan cuenta del tabú y del rechazo social. Los eufemismos identificados hacen referencia al color rojo, a la visita de familiares o a lugares como “te vine la roja”, “el tomate”, “mi prima”, “la bandera de Japón”. En España, el trabajo de Botello-Hermosa identifica expresiones similares como “ha venido mi primo”, “ponerse los pendientes rojos” (Botello Hermosa, 2020). De hecho, se estima que el mundo existen 60 billones de eufemismo para denominar la menstruación (Stein & Kim, 2009). Es una cuestión generalizada.

El trabajo de Balarezo describe la diversidad de nombres que recibe la menstruación según el país, algunos de ellos son: “estar indispueta/enferma/idiota intranquila o nerviosa”, “estar con la demostración”, “estar en esos días”, “el asunto”, “la cosa”, “la maldición”, “el dragón rojo”, “el invitado de cada mes”, “estoy con Andrés”, “los rusos están aquí”, “el inquilino comunista”, “la visita”, “visitando el planeta rojo”, “llegó el licenciado Rojas con su esposa Dolores”, “problemas técnicos”, “cerrado por reforma”, “el momento de la luna”, “la luna herida”, “el mar rojo se ha desbordado”, “la batalla de la sangre”, “el Chapolín Colorado”, “Bloody Mary”, “la temporada de la fresa”, “la flor roja de la vergüenza”, “la lata de tomate”, “reventaron los tomates”, “el ketchup en mi carne” y “estar seduciendo a los vampiros”. Estos nombres se han identificado en países tan diversos como



Alemania, Argentina, Bolivia, Canadá, Chile, China, Colombia, Croacia, Ecuador, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Holanda, India, Italia, Japón, México, Nueva Guinea, Perú, República Checa, Suecia, Uruguay, Vietnam y Zambia (Baralezo-López, 2012). Para Sau, este tipo de denominaciones peyorativas tienen como finalidad la discriminación, la segregación y el tabú sobre la suciedad, la impureza, el peligro y la amenaza (Sau, 2000).

Lejos de estar en desuso, nuestros resultados informan que, tanto mujeres mayores como jóvenes, conocen este tipo de expresiones y además le dan una significación negativa, usando expresiones como: “estar mala”, “la guarri”, “odio ser mujer”, “empezar a morir”, “coñazo”, “horrorosa”, “lo peor”, “fea”, “sufrimiento”, “maldita”, “tragedia”, “venganza de Dios” y “estar jodida”.

Sin embargo, el término más utilizado para denominar a la menstruación es “la regla”. De acuerdo con la ginecóloga Enriqueta Barranco, el término “regla” debería desaparecer ya que “la regla es la menos regla de las reglas”. La evidencia actual considera que la duración normal del ciclo oscila entre 22 y 35 días y, bajo de idea de un patrón fijo y uniformizante, se justifican numerosas intervenciones médicas sobre el cuerpo de las mujeres que no debieran tener lugar (Arrufat Gallén et al., 2021). “La regla” lleva implícito un acontecimiento previsible y uniforme, de ahí que, se espere que ocurra cada 28 días. Expresiones recogidas en este estudio como “yo es que siempre he sido muy puntual, cada 28 días” o “muy irregular, siempre muy irregular, porque también tuve varios quistes en el ovario”, dan cuenta de la asociación entre regularidad (cada 28 días) y la salud y, al contrario, la irregularidad como síntoma de problemas subyacentes. Como comenta Mari Luz Esteban “se ha hecho por parte de las mujeres, pero apoyadas en libros de ginecología, una teorización de que el ciclo, para ser perfecto, tiene que ser perfectamente regular y periódico: 28 días exactos; y muy pocas mujeres lo presentan así. De esta forma, se entiende que un ciclo que no es de 28 días está mal. “Al no cumplirse las condiciones teóricas, las mujeres perciben que sus ciclos y sus sangrados no son normales y sufren por ello, aunque no exista ninguna anomalía. Y, por tanto, tampoco tienen referencias claras de cuándo una regularidad es consultable y cuándo está dentro de los límites esperados” (Esteban, 2001).

Las primeras investigaciones sobre el ciclo normal de las mujeres (y no sobre algún aspecto patológico), datan de principios del s. XXI, y son realizadas en Suecia y Dinamarca, dando como resultados un intervalo entre de 26 a 32 días y duración de un día con fuerte pérdida y dos o tres días más con pérdidas menores. En Inglaterra, el estudio de Mihm sobre el ciclo normal de las mujeres, destaca la alta variabilidad en su duración, entre 26 y 35 días y obtienen como resultados una media de 5 días de menstruación. En España, Martos obtiene resultados entre 22 y 35 días, características que se corresponden con las expresadas por las participantes en este estudio. (Martos García, 2016; Mihm et al., 2011).

Según la evidencia actual, la cantidad de máxima de menstruación oscila entre 80cc-100cc. y su medición es fundamental en la identificación de metrorragias (sangrado abundante que provoca anemia, cansancio, fatiga) (Barranco-Castillo et al., 2016; Valls-Llobet, 2006). Sin embargo, las mujeres desconocen cuánta sangre pierden en cada ciclo, ya que valoran si tienen mucha o poca menstruación comparando con amigas, según los productos menstruales que necesitan. Valls también señala esta dificultad cuando se usan compresas y tampones, y lamenta la pérdida de esta valiosa información sobre el estado de salud de las mujeres (Valls-Llobet, Carme; Banqué & Fuentes, Mercè; Ojuel, 2008).

La única denominación de la menstruación manifestada como positiva es “Luna roja”, en una clara referencia a la obra de Gray que relaciona las fases de la luna con las diferentes energías que experimentan las mujeres a lo largo del ciclo (Gray & Gray, 1999). De clara orientación jungiana, esta propuesta identifica cuatro arquetipos de mujeres: la niña, la madre, la hechicera y la anciana; que relaciona con la fase preovulatoria, ovulatoria, premenstrual y menstrual del ciclo y las hace coincidir con las fases de la luna creciente, llena, menguante y nueva. Este planteamiento ha generado un extenso movimiento de “menstruación consciente” como forma de conocimiento personal a través del ciclo menstrual. Sin embargo, no existe evidencia científica sobre la relación entre el ciclo menstrual y las fases lunares (Ilias et al., 2013) y fomenta una noción esencialista de las mujeres, atribuyendo cualidades femeninas en relación a la naturaleza. De este modo, naturaliza, uniformiza y descontextualiza las experiencias menstruales de las mujeres. Uno

de los propósitos de la teoría feminista, desde sus orígenes, es contravenir la asociación mujer-naturaleza, estrategia con la que el orden patriarcal ha justificado el lugar subordinado de las mujeres en la sociedad.

Por último, en cuanto a la terminología, según nuestros resultados, “menstruación” es considerado, por mujeres de ámbito rural, sin hijos y sin estudios universitarios, un concepto técnico y propio del contexto médico. El mayor contacto con el sistema médico de las mujeres durante el embarazo-parto-puerperio y el manejo de terminología más específica entre mujeres universitarias puede dar cuenta de la apropiación del ámbito médico de este término. En cualquier caso, parece necesaria la reapropiación y resignificación del término “menstruación” por parte de las mujeres. A este respecto, el trabajo de Guillo aporta interesante información sobre los discursos y prácticas alternativas a la cultura menstrual médico-científica hegemónica de determinados colectivos, en los que el cuerpo y la menstruación se convierten en espacios de reflexión, discusión y acción sobre la salud, la reproducción y la condición de ser mujer (Guillo, 2014).

En lo referente a los mitos, éstos son resultado del tabú que se instaura por creencias mágico-religiosas sobre la menstruación, y reflejan el estigma sobre el cuerpo de las mujeres. Una mirada a las principales religiones del mundo muestra que, sin excepción, han impuesto restricciones a las mujeres que menstrúan. En los libros sagrados del cristianismo, el islam, el judaísmo, el hinduismo y el budismo se describen restricciones para las mujeres menstruantes, en relación al contacto con alimentos (se pudren), con seres vivos (las flores se marchitan, los animales se alteran) y justifican apartarla de la comunidad. Estas restricciones se basan en que la menstruación es una inmundicia, contaminación, suciedad o enfermedad que trastorna a las mujeres y se transmite a todo aquello que toca. La sangre de la menstruación se ha relacionado con el desecho y con la muerte, mientras la sangre de la guerra se ha significado como valor positivo. (Alarcón-Nivia, 2005; Kaundal & Thakur, 2014)

Los mitos identificados entre las participantes de este estudio están relacionados con prohibiciones a las mujeres durante su estado menstruante en la elaboración de alimentos, la higiene o lavado, el contacto con seres vivos, la actividad física, la práctica de sexo y la idea de que están irascibles y enfadadas durante ese periodo. Algunas

afirman su existencia en frases como “mi suegra me explicó que a mí nunca me sale la mahonesa porque siempre que lo intentaba me tocaba estar con la regla”, “a mí me decían que no te podías lavar, que se cortaba” o “mi cuñada las dos veces que ha entrado en mi casa con la regla y yo tenía un ramo de flores, las dos veces me las ha secado”. Estos resultados son coherentes con los mitos identificados en otras investigaciones, tanto nacionales (Blázquez Rodríguez & Bolaños Gallardo, 2017; Botello Hermosa, 2020) como internacionales (Newton, 2016).

Por tanto, estos mitos forman parte del folklore, entendido como “el conjunto de creencias, prácticas y costumbres que son tradicionales de un pueblo o cultura, tradiciones que comparte la población y se pasan de generación en generación”, y transmiten la idea de que la menstruación es tóxica (Botello Hermosa, 2020).

Así pues, ante la persistencia generalizada de estos mitos, cabe preguntarse por qué siguen vigentes, a pesar de que la menstruación es un proceso tan habitual en la vida de las mujeres. La menstruación comienza a ser habitual en las mujeres con los cambios sociales del s. XIX en las sociedades industrializadas y sus condiciones de vida: adelanto de la menarquia, reducción del número de hijos/as y del tiempo de lactancia y retraso de la menopausia (Sau, 2000); sin embargo, sigue siendo un tabú. Resulta de interés para abordar este aspecto acercarse a la publicidad de productos menstruales, principal fuente de representación social de la menstruación.

En concreto, los anuncios en televisión de estos productos (compresas y tampones) tienen un enorme potencial para crear y transmitir estas representaciones, dado su diverso y gran alcance poblacional. Es decir, no es una publicidad dirigida solo a mujeres, sino a la sociedad en general, ya que aparece en los mass media o medios de comunicación de masas (Hufnagel, 2012; Spadaro et al., 2018). Sobre ellos hablaron algunas participantes en este estudio. El discurso mayoritario es crítico, las participantes identificaron mensajes que incitan a la ocultación de la menstruación y evocan connotaciones de suciedad. Además, señalaron que esta publicidad está protagonizada por mujeres jóvenes y delgadas; en algunos casos, mujeres con ropa blanca que sugieren la realización de actividad frenética, mismo

resultado que obtiene Erchull en su análisis sobre este tipo de material (Erchull et al., 2002).

Las participantes en este estudio consideraban que los anuncios publicitarios “enmascaran lo que realmente pasa”; por tanto, favorecen la incongruencia entre lo que representan y la experiencia real. Sin embargo, a pesar de la posición crítica sobre estos mensajes, afirman que utilizan compresas por su capacidad y facilidad en su uso, y los tampones porque son cómodos, discretos e higiénicos; es decir, destacan las mismas características que la publicidad identifica como los principales valores de estos productos.

Cabe enfatizar la permanencia en el recuerdo de esta publicidad, posiblemente asociada al momento vital en el que estuvieron expuestas a ella, ya que destacaron dos anuncios con más de una década de antigüedad, y que denominaron “¿A qué huelen las nubes?” (Evax, 1999) y “Hola, soy tu menstruación” (Evax, 2001). Sin profundizar en un análisis audiovisual de estos contenidos que, sin duda, proporcionaría una valiosa información, cabe destacar varios aspectos en relación al tema que nos ocupa. El primer anuncio promociona un producto que “neutraliza el olor” y finaliza con el eslogan de la marca “te sentirás limpia, te sentirás bien”. El segundo anuncio, muestra a una mujer vestida de rojo, que se presenta como la menstruación y acaba como presidiaria, como consecuencia del uso del producto, finaliza con el eslogan “nueva Evax fina y segura, con Evax te sentirás libre”. Las connotaciones negativas sobre la menstruación como suciedad, hedor, peligro y condena son evidentes.

En este sentido, Eugenia Tarzibachi demuestra que los avances de las “tecnologías femeninas”, (compresas y tampones) mantienen el tabú y estigma ya que su finalidad es esconder de manera más eficiente el estado menstruante y reproducen el mandato de la ocultación. (Tarzibachi, 2017)

Por tanto, la representación social actual de la menstruación mantiene el mandato de la ocultación. Este mandato se sostiene en la idea de que la menstruación es sinónimo de impureza, suciedad y debilidad de las mujeres. La menstruación, como estigma sobre el cuerpo de las mujeres se manifiesta en las denominaciones peyorativas, a su vez, el tabú se refleja en el desconocimiento de las mujeres sobre su cuerpo. Este

desconocimiento conlleva importantes implicaciones psicológicas y emocionales en la vivencia del ciclo menstrual.

### 2.1.2 En torno a la menarquia

La menarquia es un acontecimiento fisiológico que supone el inicio del ciclo menstrual, también es un acontecimiento con fuertes implicaciones psicológicas, sociales y culturales. Para conocer el impacto de la menarquia sobre las mujeres, se exploraron sus expectativas y conocimientos previos, la experiencia de ese día y la vivencia posterior.

La pubertad es un período que marca el final de la niñez y el inicio del desarrollo adulto. En este período, se producen cambios en el cuerpo facilitados por el aumento de la producción de hormonas de las glándulas endocrinas. En el caso de las niñas, la producción de estrógeno (estradiol) de los ovarios estimula el crecimiento de las mamas y del útero. Algunas de las participantes en este estudio, principalmente del grupo de jóvenes, no se sintieron cómodas con el crecimiento del pecho o el ensanchamiento de sus caderas, y vivían con vergüenza los cambios que hacían visibles su maduración sexual. Muchas hacen referencia, en este periodo, a las miradas ajenas, tanto en positivo “te gusta que te miren”, como de forma negativa “no me gustaba que mi cuerpo fuera cambiando... que te miren”.

La Teoría de la objetivación da cuenta de las consecuencias psicológicas para las mujeres de internalizar la visión externa de sus cuerpos como la visión principal sobre ellas mismas. Así, se produce la auto-objetivación y comienza un proceso de separación y desconexión entre su cuerpo, como objeto, de ellas mismas. La auto-objetivación conlleva vergüenza, sentimientos de ansiedad y la disminución de la motivación y la conciencia de los estados corporales internos, así como un mayor control y monitorización del cuerpo visible, es decir, de autovigilancia (Fredrickson & Roberts, 1997). La auto-objetivación se ha relacionado con sentimientos negativos hacia la menstruación ya que se trata de un proceso fisiológico normal, pero socialmente estigmatizado, que debe ocultarse (Roberts, 2004). Solo recientemente se ha empezado a aplicar este marco en la comprensión y abordaje del malestar premenstrual (Ussher &

Perz, 2020), incorporando en el análisis la construcción del significado y la experiencia a los cambios corporales durante el ciclo menstrual (Ussher y Fritz, 2020).

En cuanto a las expectativas y conocimientos previos, cabe destacar, en consonancia con los resultados de Botello-Hermosa, que existen tres fuentes de información: el grupo de iguales, la familia y el colegio y que la información, de haberla, es incompleta y difusa, relacionada con manchar cada mes, con los productos menstruales, los síntomas asociados y la capacidad reproductiva (Botello Hermosa et al., 2017). A pesar de tener esta información, algunas mujeres no reconocieron la menstruación el día de su menarquía, porque esperaban que fuera roja y no marrón, vivían con angustia los meses hasta su segunda menstruación, pensando en un posible embarazo (a pesar de no haber realizado prácticas sexuales) y muchas relatan su *separación del ámbito de los chicos*. Tal como está documentado, quienes no tenían información vivieron la menarquía con mayores miedos y angustia (Beausang & Razor, 2000; Hermosa & Mejía, 2015; Marván & Chrisler, 2018).

En el colegio, la menstruación forma parte del contenido curricular de la asignatura de ciencias donde no cabe el abordaje de los aspectos psicosociales y culturales que la rodea. Una de las participantes, recibió información sobre la menstruación por parte de una compañía de productos menstruales en el aula. Esta práctica se ha generalizado en la actualidad y es común que empresas comerciales acudan a los colegios para explicar el ciclo menstrual, solucionar dudas y promocionar sus productos. Esto refleja, por un lado, el desinterés social y estructural por abordar el tema en la educación formal y, por otro lado, el oportunismo de las corporaciones. Estas empresas, como hemos visto, reproducen el discurso tradicional de la menstruación como estigma: es sucia, peligrosa y las mujeres deben librarse de ella. Parece que lo apropiado sería asumir, por parte del sistema educativo, la labor de desestigmatizar y normalizar un proceso fisiológico de las mujeres y presentarlo como un indicador de salud. La introducción de contenidos sobre salud sexual y reproductiva en la nueva Ley de educación, Lomloe (Ley orgánica de modificación de la LOU), supone una oportunidad para educar al alumnado y construir de forma afirmativa un nuevo discurso social sobre la menstruación.

Diversas investigaciones se han centrado en la relevancia de la información para mejorar la vivencia de la menarquia en las niñas y el rol de la madre y sus habilidades comunicativas (Chrisler & Johnston-Robledo, 2002; Gillooly, 2004). Sin embargo, tal como apunta Esteban, también sería interesante poner el foco en la vivencia y valores de ellas mismas. Argumenta, en base a las reacciones de madres cuyas hijas han tenido la menarquia muy jóvenes, que los temores y preocupaciones que estas madres expresan han sido observadas e interiorizadas por sus hijas e influyen en la percepción del proceso. Algunas intervenciones psicológicas se han centrado en la resignificación de la vivencia personal para hacer conscientes a las madres de los mensajes que transmiten a sus hijas (Esteban, 2001). Sin embargo, cabe preguntarse cuánta eficacia puede tener su discurso frente a la potencia del entramado socio-histórico que estigmatiza, oculta y patologiza la experiencia menstrual.

En esta línea, y de acuerdo con Sau, se ha querido relacionar la cantidad y calidad de la información y la relación madre-hija en relación al trauma que, para las niñas, puede suponer la menarquia. Sin embargo, estas variables pasan a un segundo plano cuando se tiene en cuenta que la división sexual de la sociedad, donde los hombres ostentan privilegios y las mujeres ocupan un lugar de subordinación, ha sido interiorizada por la niña desde el inicio de su socialización. Hasta el momento de la menarquia esta diferenciación era observada, pero no vivida; con la menarquia, se convierte en una experiencia existencial (Esteban, 2001).

“Enhorabuena, ya eres mujer”, es la respuesta que todas las mujeres recibieron al comunicar su primera menstruación. Este anuncio se hace a la madre, como un momento íntimo y personal. Cuando trasciende al resto de la familia se vive desde la vergüenza, especialmente, hacia el padre. La vergüenza es una emoción secundaria, esto es, se adquiere en base a la experiencia y, especialmente, en la interacción social. Esta emoción se desencadena cuando se pretende ocultar un defecto o acción, que pensamos que puede provocar rechazo si se hace visible. La vergüenza hacia la menstruación está ampliamente documentada en la literatura, y es la base de la ocultación (Kaundal & Thakur, 2014; Wilson et al., 2018).

Las participantes relataron que el anuncio de su menarquia desencadenó una serie de respuestas en su entorno familiar (“enhorabuena, ya eres mujer”, miradas tiernas,



complicidad entre mujeres), que vivieron con extrañeza, incompreensión, estupor y vergüenza. No se sintieron partícipes de un acontecimiento que ocurría en su propio cuerpo. Este hecho refuerza la desconexión e incrementa los efectos de la auto-objetivación (Bobel, 2019; Johnston-Robledo et al., 2008).

Como apunta González de Chaves Fernández (1999), la menarquia supone la inscripción social de “ser mujer” y conlleva el sincretismo de su definición cultural: de un lado, la sexualidad adulta y de otro, la maternidad que, en el orden simbólico de la sociedad patriarcal, es únicamente madre (asexuada); es el simbolismo antagónico del patriarcado sobre las mujeres: madre-puta. Este puede ser origen de las profundas contradicciones con las que las mujeres viven su ciclo menstrual (Botello Hermosa, 2020; Sau, 2000)

Tras la menarquia se instaura el ciclo menstrual en el cuerpo de las mujeres. Las participantes identificaron sentimientos de temor por mancharse, de pérdida de libertad, vergüenza y conductas de ocultación, que dan cuenta de la interiorización del estigma de la menstruación. El mandato de la ocultación obliga a abandonar algunas actividades (ir a la piscina, es la más señalada) e instaura la preocupación constante de “no manchar”. Algunas relataron la angustia experimentada cuando su menstruación se hizo visible en un contexto público -especialmente, el colegio- y las reacciones de los compañeros/as fueron insultos y aislamiento. La reacción social ante la imagen de la menstruación es de rechazo hacia la mujer, que no ha sabido controlar su cuerpo, tal como obliga el mandato de género. La angustia y preocupación son las emociones que rodean la vivencia del ciclo menstrual; especialmente, en la fase previa a la menstruación: la fase premenstrual, ya que intensifica la autovigilancia. En este contexto, aparecen síntomas asociados a la fase premenstrual, que bien podrían ser una respuesta fisiológica al estrés generado por la situación (Sau, 2000).

217

### 2.1.3 Malestar premenstrual y atención sanitaria

El malestar premenstrual de las participantes en este estudio se presenta como síntomas físicos: dolor, migraña, vértigo, vómito, diarrea, retención de líquidos, ojeras, antojos y resfriados, y como síntomas psicoemocionales: mal humor, hipersensibilidad, irascibilidad, ánimo bajo, tristeza, depresión, vulnerabilidad y cambio en la

energía, que tienen como principales consecuencias el abandono de actividades de ocio, el absentismo escolar y laboral. En consonancia con otras investigaciones, las mujeres se ven obligadas a desarrollar estrategias para convivir con los síntomas (Dean & Borenstein, 2004; Victor et al., 2019).

La primera opción que se les ofreció a las niñas para mitigar los síntomas fueron fármacos (antiinflamatorios principalmente), facilitados por su madre. Este resultado pone de manifiesto como el malestar asociado al ciclo menstrual supone la introducción en la medicalización de los cuerpos de las mujeres y la automedicación. Así como la normalización del uso de fármacos para el control del malestar (Blázquez Rodríguez & Bolaños Gallardo, 2017). La normalización del uso de fármacos, iniciando esta práctica a través del consejo materno, es una de las causas del alto porcentaje de mujeres que usan psicofármacos para paliar sus malestares, forma parte del proceso de medicalización y es fundamental abordarlos desde la perspectiva de género (Romo Avilés et al., 2003).

218

Posteriormente, a lo largo de su experiencia en los diversos ciclos menstruales, las mujeres desarrollan diversas estrategias no medicalizadoras que consisten en modificar sus rutinas (parar o reorganizar la agenda), pero que suponen una alteración en sus rutinas o quehaceres; lo cual refuerza la percepción negativa hacia la menstruación, que se generaliza a su cuerpo y afecta a su autoconcepto (Rodin, 1992). Así pues, parece no haber alternativa a la medicalización, ya que de otro modo no es posible continuar con sus obligaciones y se genera una autopercepción negativa.

A pesar de las dificultades para desarrollar las actividades diarias durante unos días, cada mes, y la necesidad de consumir fármacos, algunas mujeres consideraron que es “normal” e ineludible, aunque la mayoría consultó a profesionales de medicina.

En la consulta, lo habitual es que reciban la prescripción de píldoras anticonceptivas y relatan múltiples efectos secundarios. La prescripción de la píldora anticonceptiva para malestares relacionados con el ciclo menstrual es una práctica habitual y medicalizadora del cuerpo de las mujeres, ya que no es la finalidad con la que estos fármacos deberían ser indicados (Blázquez Rodríguez & Bolaños Gallardo, 2017; Lete et al., 2011). Además, esta práctica tan común, normaliza el malestar y, de este modo, no se

indaga en el origen de los síntomas. Este es un motivo del infradiagnóstico de otras alteraciones, que sí pueden dar cuenta de los síntomas, como alteraciones tiroideas o endometriosis. Se estima que el 10% de mujeres podrían tener endometriosis, una enfermedad altamente incapacitante, de la que solo el 1% obtiene diagnóstico, al que acceden tras varios años de consultas en diversas especialidades médicas (Ávalos Marfil et al., 2021; Gervás & Pérez-Fernández, 2016; Ministerios de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad, 2013)

Algunas mujeres reciben por parte de sus profesionales mensajes que pretenden ser tranquilizadores como: que los síntomas remitirán “cuando tengas relaciones” o “cuando seas madre”. Este tipo de respuestas, refuerzan, una vez más, las funciones sociales adscritas a las mujeres: sexualidad y maternidad, esta vez desde el poderoso discurso médico, legitimado para definir el cuerpo de las mujeres y sus procesos salud-enfermedad (Botello Hermosa, 2020).

Ante la respuesta de que los síntomas son “normales” las mujeres que consultan se sienten poco escuchadas e incomprendidas. Estudios similares demuestran que esta explicación añade estrés a quienes buscan ayuda (Browne, 2015)

En cuanto a las atribuciones que las mujeres hacen para explicar su malestar, algunas explican su etiología por “factores endógenos” como la genética, alteraciones hormonales o morfológicas, apoyadas por las argumentaciones de profesionales a quienes consultaron. Sin embargo, no se encuentra coherencia entre las causas esgrimidas, todas ellas de carácter biológico. La evidencia actual sostiene que no existe una única causa, y además, que la etiología de estos síntomas es multifactorial (Ryu & Kim, 2015; Zendejdel & Elyasi, 2018). Por tanto, desde el ámbito profesional se promulgan una serie de suposiciones poco acertadas para explicar a las mujeres el motivo de su malestar.

Sin embargo, las mujeres, a través de su experiencia, aportaban otras explicaciones. Las mujeres jóvenes hacían referencia a la influencia de la actividad física y la alimentación en la mejora de los síntomas, mientras las mujeres mayores consideraban la influencia del estrés y las preocupaciones. Para explicar esta diferencia intergeneracional, se podría argüir que las mujeres jóvenes en nuestra cultura tienen mayor

conciencia y conceptos complejos de la relación entre la salud y la actividad física, conciencia que probablemente no comparten con las mujeres mayores (Wright et al., 2006). También podría explicarse por un cambio de percepción a lo largo de los años, aunque no se puede asegurar por la ausencia de estudios longitudinales al respecto. En todo caso, diversas investigaciones apoyan que los estilos de vida son moduladores en la intensidad de los síntomas premenstruales, así como de la importancia de los autocuidados (Zendehdel & Elyasi, 2018).

Ante la imposibilidad de controlar los síntomas, algunas mujeres estarían dispuestas a suprimir el sangrado mediante el uso continuado de píldoras anticonceptivas; al igual que señalan otros estudios en el contexto español, los motivos son evitar el malestar y “despreocuparse” (Martínez San Andrés et al., 2018). En este estudio, las mujeres que manifestaron su acuerdo con la supresión de la menstruación son madres; por tanto, entiende la esencia de la menstruación como la capacidad reproductiva. En este sentido, el estudio de Blázquez y Bolaños concluye que “la menstruación es un claro ejemplo de la esencialización reproductiva de las mujeres, del reduccionismo biológico y de la medicalización de sus cuerpos” (Blázquez Rodríguez & Bolaños Gallardo, 2017)

Una propuesta alternativa es entender el ciclo menstrual como indicador de salud; de este modo, se fomenta su conocimiento, observación y análisis como fuente de información para el equilibrio personal de las mujeres (Valls Llobet, 2006).

En esta misma línea se encuentran las propuestas de las participantes para mejorar el abordaje del malestar premenstrual:

- ∞ *Fomentar el conocimiento del cuerpo, del ciclo menstrual y el autocuidado* (consejos de alimentación, actividad física, lecturas, etc.). Se trata de superar el “tabú menstrual” y otorgar nuevos significados a las experiencias premenstruales desde aspectos positivos (García Porta, 2006; Wilson et al., 2018).
- ∞ *Formación en grupo a diferentes perfiles (mujeres, niñas) en diferentes ámbitos (sanitario, educativo)*. El cambio de actitud hacia valoraciones positivas de la menstruación es posible con información de calidad en charlas de una hora. El intercambio de conocimientos y autoaprendizaje en talleres vivenciales, tal

como plantean las entrevistadas, ha demostrado gran eficacia en otros contextos (Botello Hermosa et al., 2017; Jáñez Domínguez et al., 2019; Pérez et al., 1995).

- ∞ Evitar el abordaje farmacológico (especialmente píldoras anticonceptivas) y considerar aspectos psicoemocionales y contextuales. Supondría cambiar el enfoque biomédico por el biopsicosocial. Estudios recientes demuestran que la gravedad de los síntomas se explica por variables psicosociales como la insatisfacción corporal o el auto-silenciamiento y que las intervenciones, como el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, son efectivas para reducir la gravedad de los síntomas (Han et al., 2019).
- ∞ Formación a profesionales en habilidades de comunicación, empatía y actualización de conocimientos, como parte de la competencia médica de los/as profesionales de salud (Prieto Rodríguez et al., 2012)

## 2.2 EL DISCURSO CIENTÍFICO

221

Para realizar el análisis del discurso científico sobre la sintomatología premenstrual, se prestó atención a la categoría diagnóstica “Trastorno disfórico premenstrual”. Esta categoría se encuentra descrita en las últimas ediciones de las dos nosologías de referencia a nivel mundial: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2013) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS, 2018).

Sin embargo, la incorporación de un nuevo trastorno mental relacionado con los estados psíquicos de las mujeres asociados a su ciclo menstrual, estuvo rodeada de una fuerte polémica durante los años ochenta y noventa del s. XX, de la mano de autoras y colectivos feministas que reivindicaban el abordaje del malestar premenstrual desde posturas no patologizantes. En la cuarta edición del DSM IV, vigente de 1994 a 2013, el “Trastorno disfórico premenstrual” permaneció en el Apéndice B: “Criterios y ejes con necesidad de nuevos estudios”. Este estudio hace una revisión para conocer las características de las investigaciones que llegaron a concluir la conveniencia de su incorporación en el DSM-5 como entidad psiquiátrica.

La *scoping review* que se ha llevado a cabo en este estudio, analiza los artículos publicados en revistas científicas, como la principal fuente de difusión del conocimiento científico, y tiene en cuenta las características de producción y difusión de las investigaciones -resultados del análisis bibliométrico-, así como los contenidos de las mismas -resultados del análisis de contenido-.

En cuanto a las características de producción y difusión, cabe señalar que un diagnóstico descrito desde el ámbito de la Psiquiatría es también objeto de estudio de la Ginecología. Este resultado pone de manifiesto la persistencia de la histórica idea que relaciona la biología de las mujeres con sus alteraciones psíquicas, de hecho, la CIE-11 adopta directamente el “Trastorno disfórico premenstrual” para incluirlo como enfermedad del aparato genitourinario; recordando la base de la histeria, descrita por Hipócrates y Geleno para dar cuenta de los comportamientos no aceptados de las mujeres, y actualizada por Freud en el s. XIX y principios del s. XX, donde los males de las mujeres se achacan al útero (Laqueur, 1994).

222

Por otro lado, merece la pena destacar, la evolución de la investigación, tanto por territorios como por nivel de productividad. Inicialmente, la investigación fue mayoritaria en Estados Unidos (1994-2000). A partir del año 2001 el número de investigaciones en otros países, en su conjunto, fue superior a la generada en Estados Unidos. Además, en el año 2002 se puede observar el mayor pico de producción científica sobre “Trastorno disfórico premenstrual”. Para dar cuenta de este dato, hay que señalar que en el año 2000 se publicó la edición revisada DSM-IV-TR, en la que el “Trastorno disfórico premenstrual” aparece no solo en el Apéndice de categorías con necesidad de nuevos estudios, sino también en el cuerpo del manual. Así pues, adquirió una mayor relevancia y visibilidad, aunque su duplicidad contraviene los principios éticos ¿por qué diagnosticar un trastorno aún en fase de estudio? Tal como se comentó en la introducción, todo indica a una estrategia de promoción de este trastorno para beneficio de la industria farmacéutica (Houppert, 2000; Matusevich & Pieczanski, 2008; Moynihan & Cassels, 2006).

En relación a la autoría de las investigaciones, se tuvo en cuenta a la personas que aparecían en primer lugar como firmantes de las publicaciones. El resultado es que la mayoría fueron mujeres. Por un lado, es probable que la inclusión de las mujeres en

el ámbito de la investigación haya dado lugar al interés sobre el tema. Por otro, esta incorporación no se traduce en un enfoque de género sobre los trabajos publicados. Aunque este resultado es parcial, ya que no tienen en cuenta al resto del equipo de investigación, sí apunta a la necesidad de incorporar la perspectiva de género en la formación, de investigadoras/es y profesionales (Díaz Martínez, 2013).

Antes de abordar los contenidos de las investigaciones analizadas, es destacable apuntar que la amplia mayoría se realiza desde el modelo biológico, con metodología cuantitativa y con interés en los tratamientos para el “Trastorno disfórico premensual”, con lo cual, generaron información para posibles tratamientos farmacológicos. Aunque el número de revisiones fue elevado, ninguna proviene de la base de datos de Cochrane, considerada la metodología de revisión que recoge la mejor evidencia científica.

Según el marco teórico al que se adscribe la investigación (biológico, psicológico, sociocultural o crítico-feminista), el interés temático es variable. Como se ha dicho, el modelo biológico prioriza el estudio de tratamientos y de la etiología del “Trastorno disfórico premensual”. El modelo crítico-feminista se centra en el diagnóstico. El modelo sociocultural, además del diagnóstico, aborda las consecuencias. Y el modelo psicológico investiga todos los temas: etiología, los síntomas, el tratamiento, el diagnóstico y las consecuencias. Merece la pena ahondar en los hallazgos de cada uno de estos temas.

Los *síntomas* que se describen para este diagnóstico han de ser al menos cinco de uno de estos dos grupos, 1) Cambios de humor, enfados, estado depresivo (autocrítica) y ansiedad y 2) falta de interés en actividades cotidianas, dificultad para concentrarse, fatiga, cambios en el apetito y/o patrones del sueño, sensación de estar abrumada y síntomas físicos de hinchazón. Es razonable pensar que, la mayor parte de los síntomas del segundo grupo, son consecuencia de los nombrados en el primero. Es decir, el estado depresivo, conlleva falta de interés en las actividades o sensación de estar abrumada. Igualmente, consecuencia de la ansiedad es la dificultad para concentrarse o los cambios en los patrones de sueño o alimentarios. Por tanto, teniendo como referencia los síntomas del primer grupo, tanto los estados depresivos como ansiosos tienen alta prevalencia entre las mujeres. La psicología feminista ha

demostrado, en la teoría y en la práctica clínica, que las condiciones sociales de las mujeres y los mandatos de género dan cuenta de estos estados disfuncionales, y de hecho, son resultado de las condiciones de opresión y discriminación de las mujeres en la sociedad patriarcal. (Muruaga López de Guereñu & Pascual Pastor, 2019). En este sentido, síntomas que se describen en el “Trastorno disfórico premenstrual”, como la ansiedad o la pérdida de motivación son parte de las consecuencias de los procesos de objetivación de las mujeres, un fenómeno que se produce en la interacción social (Fredrickson & Roberts, 1997).

Los estudios analizados, que se refieren a los síntomas, identifican y miden su prevalencia en diversas regiones, y describen que un 3-7% de las mujeres padecen “Trastorno disfórico premenstrual”, resultado similar a la prevalencia hallada en mujeres españolas (Dueñas et al., 2011). Así, concluyen que su universalidad demuestra que no se trata de una construcción cultural. Sin embargo, la presencia de estos síntomas a nivel global, en diferentes sociedades también puede indicar que el estigma menstrual, la objetivación y la opresión de las mujeres es universal.

224

En cuanto a la *etiología y tratamientos* son dos aspectos que van de la mano. La investigación de la etiología desde el modelo biológico propone, principalmente tratamientos farmacológicos (ISRS o ACO) o de supresión de la menstruación, ya sea por abolición química o por procedimientos invasivos como la histerectomía. Este enfoque ahonda en la idea de que el origen del problema está en el cuerpo de las mujeres (Gervás & Pérez-Fernández, 2016). Sin embargo, y de acuerdo con Valls “antes de abolir lo que existe sería mejor entenderlo, ya que la intervención agresiva sin el estudio de consecuencias a largo plazo puede causar más daños que beneficios” (Valls-Llobet, 2006).

Otras opciones de tratamiento investigadas están relacionadas con el cuidado de la salud: la actividad física frecuente y una dieta equilibrada. También se evidencian resultados positivos para el control de los síntomas con terapia cognitivo-conductual y suplementos alimenticios.

Los estudios sobre las *consecuencias* del “Trastorno disfórico premenstrual”, se centran en dos aspectos, por un lado, valoran la carga física y emocional que supone la



irrupción de los síntomas en las actividades cotidiana (relaciones familiares, sociales y productividad) y por otro, las consecuencias negativas en cuanto a la productividad de las mujeres y el gasto en servicios sanitarios (Williams, 2019).

El modelo crítico-feminista se centra en la escasa evidencia científica para la aplicación de este diagnóstico y en los intereses patriarcales de su aplicación por las consecuencias negativas para las mujeres en el ámbito sociopolítico: inestables, débiles y dominadas por su biología (Cortina, 2005; Ussher, 2003). Según las recomendaciones DSM, es necesario un registro sistemático y diario durante, al menos, tres ciclos menstruales consecutivos para realizar un diagnóstico correcto del “Trastorno disfórico premenstrual”. Esto dificulta la cumplimentación por parte de las mujeres y la valoración de profesionales. De hecho, Craner demuestra que menos del 12% de profesionales realizan el diagnóstico de modo correcto (Craner et al., 2014).

En este estudio se identificaron diferentes herramientas para el diagnóstico como el “Menstrual distress questionnaire” (MDQ), el “Premenstrual assessment form” (PAF) o el “Premenstrual symptoms screening tool” (PSST). Sin embargo, el “Daily Record of Severity of Problems” (DRSP) es el instrumento de medida que, actualmente, se considera adecuado, lo cual genera dudas en torno a la fiabilidad de los estudios que no lo han usado ya que los ítems que miden cada herramienta son diferentes. Sería interesante indagar no solo en las actitudes, también analizar los mitos, estereotipos de género, tabúes y conocimientos sobre la menstruación, para lo cual existe un instrumento de medida validado en España, la Escala METCON (Botello-Hermosa et al., 2019). Además, muchos de los instrumentos de medida son de carácter retrospectivo, en los que entran en juego otras variables (Matusevich & Pieczanski, 2008). Finalmente, Callaghan encuentran que en una muestra conformada por mujeres y varones, el 4% de varones cumplía los requisitos para el diagnóstico PMDD, lo cual supone un problema en la validez de constructo (Callaghan et al., 2009).

Estos resultados ponen de manifiesto que el procedimiento diagnóstico es poco sistemático, que hay una brecha entre los métodos en la investigación y la práctica clínica y que existe un problema en la validez del constructo “Trastorno disfórico premenstrual”.

Las consecuencias de que las experiencias premenstruales de las mujeres sean construidas como un trastorno mental desde el discurso médico son de carácter social, político, económico y legal. Refuerzan el estereotipo femenino de irracionalidad, donde las mujeres están dominadas por su biología (Sadler & Fulford, 2004).

En esta línea, los resultados obtenidos de la consulta a profesionales, cuyo objetivo fue valorar el proceso metodológico y la aplicabilidad de los resultados, apuntan que el “Trastorno disfórico premenstrual” es un proceso de psiquiatrización del malestar de las mujeres, que las investigaciones realizadas durante periodo estudiado adolecen de un enfoque multidisciplinar que integre los diversos modelos teóricos, y que es fundamental considerar una perspectiva de análisis biopsicosocial y feminista, con investigaciones basadas en técnica cualitativas que permitan dar voz y conocer la perspectiva de las mujeres.

Podemos concluir que la medicalización del malestar de las mujeres con el diagnóstico “Trastorno disfórico premenstrual”, el discurso médico, con su lenguaje y bajo sus parámetros, se apropia de las experiencias premenstruales y determina la subjetivación de las mujeres, ya que deben expresarse dentro de los parámetros del discurso hegemónico para ser reconocidas (Offman & Kleinplatz, 2004; Ussher, 2003).

### 2.3 MEDICALIZACIÓN DE LA FASE PREMENSTRUAL

En primer lugar, cabe señalar, como se hizo en la introducción, que la medicalización es un proceso social, en el que intervienen diversos agentes, no solo la industria farmacéutica, también implica a instituciones médicas, medios de comunicación y la propia población (con sus demandas al sistema sanitario), entre otros. Y que se inicia definiendo y problematizando alguna característica o situación como “anormal”, fuera de lo general. Esta catalogación es realizada por parte de colectivos poderosos que definen a los colectivos más débiles (Márquez & Meneu, 2003; Orueta-Sánchez et al., 2011).

Las mujeres no son un colectivo, suponen más de la mitad de la población. Sin embargo, la epistemología feminista y la perspectiva de género han demostrado que la ciencia es androcéntrica y que ignora o determina a las mujeres como seres inferiores. El androcentrismo en la ciencia supone, como vimos, que el varón es la norma, las mujeres, por tanto, en su conjunto, cumplen con la característica de “anormalidad”, por eso sus cuerpos son susceptibles en mayor medida de ser medicalizados, especialmente en lo que se refiere al ciclo menstrual. Esto se puede explicar en base a dos cuestiones. Una, la connotación negativa de la menstruación, construida históricamente como suciedad, impureza y símbolo de debilidad de las mujeres. Y otra, la variabilidad del ciclo menstrual. La ciencia busca entender las reglas de la naturaleza, observa, explica y predice. Sin embargo, la menstruación no es una regla, aunque se denomine así comúnmente. Es un ciclo cambiante, porque se ve afectado por múltiples aspectos (el estrés, la alimentación, la actividad) y porque afecta a otros sistemas y partes del cuerpo. Tal variabilidad es incómoda para la ciencia, que centra sus esfuerzos en invisibilizar o controlar el ciclo menstrual. Por ejemplo, las mujeres no están representadas en los ensayos clínicos de los fármacos, así, una vez que se aprueban y generalizan, muestran efectos secundarios no descritos, imprevistos y que afectan a su salud (Valls Llobet, 2020). Un ejemplo claro y actual son los importantes efectos secundarios sobre el ciclo menstrual que sufren las mujeres tras la vacunación contra la COVID19 (UGR, 2021)

227

El desarrollo técnico-científico es un elemento facilitador de los procesos de medicalización y se ha incrementado de forma espectacular durante la segunda mitad de s. XX. Así, el conocimiento sobre el ciclo menstrual se desarrolló con la intención de controlarlo.

Controlar el ciclo menstrual es beneficioso para el sistema capitalista, no solo por la ganancia económica que supone para la industria la venta de fármacos, también porque el control de la función reproductiva de las mujeres permite que permanezcan en el ámbito productivo. Así, se desarrollan diversas técnicas: supresión de la menstruación, retraso de la menopausia, reproducción asistida, congelación de óvulos, etc.. que son presentadas como grandes avances, pero comprometen la salud de las mujeres (Gervás & Pérez-Fernández, 2016).

El control del ciclo menstrual no solo genera beneficios económicos, es una estrategia patriarcal de dominio para supeditar a las mujeres y perpetuar la desigualdad. La tecnificación y control externo del ciclo menstrual aleja a las mujeres del conocimiento y la conexión con su propio cuerpo. Esta estrategia de desconexión y sus efectos perjudiciales sobre el autoconcepto y autoestima son la base, como se ha visto, de la auto-objetivación de las mujeres y les genera estados de ansiedad, depresión, pérdida de motivación, entre otros. (Fredrickson & Roberts, 1997). La objetivación deshumaniza y, por tanto, despoja a las mujeres de su condición de iguales ante los hombres.

Por tanto, la medicalización del ciclo menstrual de las mujeres es una estrategia que reporta beneficios económicos a grandes corporaciones, y que perpetúa el orden social patriarcal.

En el caso de la experiencia premenstrual, como se comentó en la introducción, se han llegado a describir casi 200 síntomas para el “síndrome premenstrual”, que se identifica en un 75-90 % de las mujeres (Dueñas et al., 2011), lo cual resulta una descripción poco operativa para un diagnóstico específico; más bien parece reflejar las dificultades de la experiencia premenstrual en las mujeres en esta sociedad. Señalamos de nuevo que los efectos de la objetivación y el estrés percibido ante la expectativa de que ocurra la menstruación, símbolo del estigma sobre sus cuerpos, podría dar cuenta de esta sintomatología. Tener en cuenta los aspectos psicosociales y culturales en el malestar premenstrual no es sinónimo de que no sea real, como alguna de las entrevistadas manifestó “debe de ser genética, porque esto no puede ser cultural, esto me duele mucho”, sino que es muestra de que las creencias, los valores sociales y los procesos psicológicos tienen un origen social y experiencial con un correlato fisiológico. Buscar el origen del malestar premenstrual en la biología de las mujeres, ahonda en la idea de que es un problema personal y general de todas ellas, “es que estamos muy mal hechas” y no una cuestión de dimensión sociocultural.

El “Trastorno disfórico premenstrual” supone la consideración por parte de la comunidad científica, de que un grupo de síntomas premenstruales, los referidos a los estados de ánimo, son una patología psiquiátrica. Los acontecimientos

ocurridos en los a 80, cuando el “síndrome premenstrual” fue considerado atenuante en procesos judiciales de mujeres juzgadas por conductas violentas, alertó a la comunidad científica, que hasta entonces, apenas lo había considerado relevante. Así surge la necesidad de diferenciar el “síndrome premenstrual”, con muy alta prevalencia y poca atención del estamento médico, a pesar de las consecuencias negativas para la vida de las mujeres, de un trastorno psiquiátrico que las hace violentas e incapaces de controlar su ira, aspecto que no contempla el rol social que se asigna a las mujeres.

La *scoping review* realizada en este estudio, sobre las investigaciones que confirmaron la idoneidad de que el “Trastorno disfórico premenstrual” fuera considerada una enfermedad mental, revela que las investigaciones cumplen las características de los procesos de medicalización: (Gervás & Pérez-Fernández, 2016; Márquez & Meneu, 2003; Orueta-Sánchez et al., 2011)

1. *El sector sanitario y sus profesionales aceptan el problema y quieren darle respuesta.* Tras la inclusión del “Trastorno disfórico premenstrual” en el DSM-IV comienza la producción científica y su difusión, llegando a profesionales, supone “un paso fundacional, ya que provoca un efecto de seriedad en la comunidad médica que empieza a prestarle atención”(Matusevich & Pieczanski, 2008).
2. *La búsqueda exclusivamente biológica del origen del problema.* Los resultados indican que la investigación sobre Etiología se hace mayoritariamente desde el modelo biológico (71%). Sin embargo, el consenso científico actual afirma que el “Trastorno disfórico premenstrual” tiene un origen multifactorial (Skrzypulec-Plinta et al., 2010). Por otra parte, los modelos psicosociales y feministas (23%) permiten valorar otras causas como el estrés, los abusos o las condiciones vitales de las mujeres, sin embargo este enfoque es marginal (Ross & Steiner, 2003).
3. *La discriminación de opciones de tratamiento no farmacológicas.* Según los resultados de este estudio, el tema Tratamiento es el más estudiado (37%) y se hace principalmente desde el modelo biológico (90%). Las revisiones recomiendan

como primera opción de tratamiento el control de la alimentación y la actividad física (Kelderhouse & Taylor, 2013). Sin embargo, existe una desconexión entre las recomendaciones y las indicaciones de profesionales. Durante el período estudiado, en España, solo el 12% de profesionales aconsejan el cambio de hábitos. En su lugar, indican fármacos de manera habitual (60%) (Craner et al., 2014; Lete et al., 2011)

4. El liderazgo de investigadores/as o sociedades profesionales que tienen estrechos lazos con las empresas farmacéuticas.

La reunión de personas expertas que determinó en 1998 que el “Trastorno disfórico premenstrual” es un diagnóstico con entidad propia, fue patrocinada por un importante laboratorio farmacéutico que dos años más tarde comercializaba Fluoxetina como tratamiento de elección en EEUU (Endicott, 2000; Moynihan & Cassels, 2006). Las investigaciones analizadas en este estudio, muestran que en el periodo 1999 a 2002 tienen como objetivo claro: demostrar la eficacia los ISRS, y en concreto la Fluoxetina, para tratar el “Trastorno disfórico premenstrual”<sup>36</sup>, lo que también da cuenta del pico de investigaciones más elevado en este periodo (Steiner, 2000).

De acuerdo con otros estudios, resulta fundamental conocer los aspectos coyunturales, sociales y culturales de los procesos salud-enfermedad, ya que el conocimiento científico se construye en base a ellos (Ortiz Gómez, 2002).

Por último, y poniendo en relación el “Trastorno disfórico premenstrual” con la experiencia de las mujeres y la atención sanitaria, cabe recordar que, a pesar de las inconsistencias respecto a la validez del diagnóstico y la promoción de la industria farmacéutica en su difusión, también se encuentra descrito en la nueva edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) que entra en vigor en 2022, este hecho incrementa la posibilidad de que profesionales hagan uso de esta categoría para etiquetar los malestares que presentan las mujeres en su fase premenstrual. Las mujeres también pueden recibir sin reparos el diagnóstico, ya que ponerle nombre a su malestar le da sentido y se la empieza a tener en cuenta. (Escudero-Carretero et al., 2010). Por otro lado, la similitud de los síntomas descritos en el “Trastorno disfórico

premenstrual” con los síntomas de la endometriosis, puede cronificar su infradiagnóstico.

Resulta fundamental, en un proceso fisiológico con dimensiones personales, socioculturales y políticas tan claras como es el ciclo menstrual, el abordaje desde el modelo biopsicosocial con perspectiva de género, tanto en la investigación como en la práctica clínica. Este modelo comprende las relaciones entre los diversos factores etiológicos y permite la interrelación entre el contexto y la persona. Es necesario abordar las creencias y opiniones de las mujeres, sus vivencias y expectativas, dar voz a la subjetividad, para que no sean otros discursos quienes definan, describan, modulen y controlen los cuerpos de las mujeres, con especial relevancia al ciclo menstrual, descrito como destino biológico de las mujeres (González Rey, 2013; Ross & Steiner, 2003; Valls Llobet, 2006; Velasco et al., 2006; Zendejdel & Elyasi, 2018).

En este sentido, es importante destacar, que el convenio de Estambul, ratificado por España en 2014, describe como Obligación, para prevenir la violencia simbólica contra las mujeres “promover cambios en los modos de comportamientos socioculturales de mujeres y hombres con vistas a erradicar los prejuicios, costumbres, tradiciones, y cualquier otra práctica basada en la inferioridad de la mujer o en un papel estereotipado de mujeres y hombres” y la importancia de la educación para realizar estas acciones (BOE, 2014).

En cuanto a los objetivos en salud, tanto el Gobierno español como diversas agencias internacionales han renovado su compromiso con la Declaración y la Plataforma de acción de Beijing (Beijing+25) (Declaración de Beijing, 1995). Entre sus objetivos se encuentra:

- ∞ El acceso de las mujeres a lo largo del ciclo de vida a una atención médica, información y servicios relacionados adecuados, asequibles y de calidad.
- ∞ Fortalecer los programas preventivos que promueven la salud de la mujer.
- ∞ Emprender iniciativas sensibles al género que aborden los problemas de salud sexual y reproductiva.
- ∞ Promover la investigación y difundir información sobre la salud de la mujer.

Así, para que la experiencia premenstrual y el ciclo en general, dejen de ser un elemento de discriminación de las mujeres y en aras de la igualdad, resulta imprescindible incluir en la agenda feminista esta cuestión, la promoción de la salud menstrual.

*Nuestro cuerpo de mujer está colonizado  
y responde a la ideología del colonizador*

Leonor Taboada



# Conclusiones

*Para finalizar, se exponen las conclusiones de este estudio y algunas recomendaciones.*



A la luz de los resultados obtenidos en este estudio se puede concluir que:

1. Se usan multitud de eufemismos para nombrar la menstruación, son el reflejo de que sigue siendo un tema tabú que genera rechazo en nuestra sociedad. Las expresiones utilizadas por las mujeres para referirse a su menstruación son negativas, lo que supone un rechazo hacia el propio cuerpo.
2. Los mensajes publicitarios de productos menstruales comerciales, transmiten y reproducen el tabú: identifican la menstruación como suciedad y peligro, y la necesidad de ocultación.
3. Los mitos descritos en la antigüedad sobre los efectos perjudiciales de la menstruación en las mujeres y en aquello que tocan (mata a las plantas, trastorna a los animales, estropea los alimentos) son parte de las creencias de las mujeres en la actualidad. También se identifican creencias falsas y desconocimiento de las condiciones normales del ciclo menstrual.
4. Entre las creencias más habituales se encuentra la idea de que el ciclo menstrual debe durar 28 días, al ritmo de las fases lunares, y que la irregularidad es síntoma de algún trastorno. Estas ideas reproducen el control patriarcal sobre el cuerpo de las mujeres, identificadas con la naturaleza y dominadas por ella.
5. La menarquia supone la adscripción de la niña a “ser mujer”, la información que recibe al respecto remarca las funciones tradicionales de la mujer en la sociedad patriarcal: la sexualidad y la reproducción. Ante este acontecimiento se sienten extrañas y experimentan vergüenza. La desconexión con el propio cuerpo es parte del proceso de objetivación.
6. Las consecuencias psicológicas para las mujeres de la objetivación de sus cuerpos (cambios de humor, depresión, falta de energía) son similares a la descripción que hace el discurso médico sobre los síntomas de los trastornos premenstruales.
7. Los síntomas premenstruales incapacitan a las mujeres para realizar sus tareas habituales y desarrollan estrategias basadas en su experiencia para sobrellevarlos. La principal es parar y estar tranquila.

8. Las mujeres normalizan y medicalizan la sintomatología premenstrual, desde el contexto familiar que incita a la automedicación, a la respuesta sanitaria, que normaliza el malestar, no indaga en las posibles causas y prescribe píldoras anticonceptivas.
9. Las mujeres que son madres muestran mayor predisposición a tratamientos hormonales para la supresión de la menstruación. Esto muestra la creencia de que el ciclo menstrual tiene una únicamente la función reproductiva y es prescindible.
10. 10. Las mujeres proponen:
  - ∞ En torno a la representación social: transmitir mensajes realistas, positivos y relativos a la salud, no fomentar la ocultación y diversificar los modelos de mujeres.
  - ∞ En torno a menarquia: eliminar el tabú en el ámbito familiar y normalizar en el ámbito escolar. Adquirir conocimiento y tener un buen manejo del ciclo menstrual.
  - ∞ En torno a la atención sanitaria: investigar el origen de los síntomas, alternativas no farmacológicas y empatía y buen trato por parte de profesionales.
11. El “Trastorno disfórico premenstrual” se construye en base a una sintomatología común en las mujeres, describe los estados anímicos y psicopatologiza su experiencia premenstrual con el diagnóstico.
12. El conocimiento científico sobre el “Trastorno disfórico premenstrual” se desarrolla desde una perspectiva biomédica, que busca en el cuerpo de las mujeres su origen y propone tratamientos farmacológicos. La investigación sobre las dimensiones psicológicas, sociales y culturales es minoritaria y no se pone en relación.
13. Aunque la investigación es desarrollada mayoritariamente por mujeres, no implica que se haga con perspectiva de género.

14. El desarrollo de la investigación sobre el “Trastorno disfórico premenstrual” tiene relación con las características de los procesos de medicalización.
15. El proceso de medicalización de la fase premenstrual puede ser una estrategia patriarcal para mantener el orden social y la subordinación de las mujeres.

En base a las conclusiones de este estudio se realizan una serie de PROPUESTAS:

1. El uso y resignificación del término “menstruación” por parte de las mujeres.
2. La promoción de productos menstruales en base a criterios de salud y relación positiva con la menstruación.
3. La sensibilización social e información con base en la evidencia científica para desmitificar la menstruación y conocer las características normales del ciclo menstrual y transmitir que se trata de un proceso fundamental para la salud, más allá de su función reproductiva.
4. Cuidar el momento de la menarquia de las niñas: el significado de su desarrollo corporal y madurez sexual, el ciclo menstrual como indicador de salud. Información adaptada y comprensible tanto en el ámbito familiar como el escolar.
5. Fomentar la conexión de las niñas y mujeres con su cuerpo para evitar los efectos de la objetivación.
6. Investigar en la clínica el origen de los síntomas premenstruales (diagnóstico diferencial con endometriosis y trastornos tiroideos) y promover abordajes no farmacológicos.
7. La formación a profesionales de salud, en el abordaje del malestar premenstrual y el habilidades de comunicación con pacientes.
8. Investigación independiente de la industria farmacéutica sobre la sintomatología premenstrual desde el enfoque biopsicosocial con perspectiva de género.
9. Aplicación del enfoque multidimensional, individualizado y despatologizante en la práctica clínica.
10. Promover la salud menstrual como parte de las políticas de igualdad.



# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abplanalp, J. M. (1983). Psychologic components of the premenstrual syndrome. Evaluating the research and choosing the treatment. *The Journal of Reproductive Medicine*, 28(8), 517-524.
- Alarcón-Nivia, M. Á. (2005). Algunas consideraciones antropológicas y religiosas alrededor de la menstruación. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 56(1), 35-45. <https://doi.org/10.18597/rcog.557>
- Alonso Benito, L. E. (1998). *La mirada cualitativa en sociología: Una aproximación interpretativa*. Fundamentos.
- Anson, O. (1999). Exploring the bio-psycho-social approach to premenstrual experiences. *Social Science & Medicine*, 49(1), 67-80. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00079-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00079-9)
- APA. (2013). *DSM-5*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Arrufat Gallén, V., Moltó Molina, A., & Barranco Castillo, E. (2021). *Cuaderno de Autoconocimiento*. Liceu de Dones de Castelló.
- Asamblea Mundial de la Salud, 34. (1981). *34a Asamblea Mundial de la Salud (WHA34/1981/REC/1)*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/197289>
- Atkinson, R., & Flint, J. (2001). Accessing Hidden and Hard-to-Reach Populations: Snowball Research Strategies. *Social Res Update*, 33.
- Ávalos Marfil, A., Barranco Castillo, E., Martos García, R., Mendoza Ladrón de Guevara, N., & Mazheika, M. (2021). Epidemiology of Endometriosis in Spain and Its Autonomous Communities: A Large, Nationwide Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 7861. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157861>
- Baralezo-López, G. (2012). Algunos aspectos sociales relacionados con la mensruación. *Científica*, 9(2), 145-154.

Barranco-Castillo, E., Ocón-Hernández, O., & Iribarne, L. M. (2016). *La copa menstrual y su papel en la detección de tóxicos en la regla* (pp. 13-14). *Mujer y Salud*.

Beausang, C. C., & Razor, A. G. (2000). Young western women's experiences of menarche and menstruation. *Health Care for Women International*, 21(6), 517-528.  
<https://doi.org/10.1080/07399330050130304>

Bekelman, J. E., Li, Y., & Gross, C. P. (2003). Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 289(4), 454-465. <https://doi.org/10.1001/jama.289.4.454>

Bigné-Alcañiz, E., & Royo-Vela, M. (2013). Metodología del Análisis de contenido. En *Métodos de Investigación Social y de la Empresa*. Pirámide.

Blázquez Rodríguez, M., & Bolaños Gallardo, E. (2017). Aportes a una antropología feminista de la salud: El estudio del ciclo menstrual. *Salud Colectiva*, 13(2), 253.  
<https://doi.org/10.18294/sc.2017.1204>

Bobel, C. (2019). The Managed Body. En *The Managed Body*.  
<https://doi.org/10.1007/978-3-319-89414-0>

240

Bobenrieth Astete, M. A. (2012). *Cómo investigar con éxito en ciencias de la salud*. Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP).

Bocchino, S. (2004). Salud mental de la mujer. Síntomas y trastornos premenstruales. Clínica y tratamiento. *Rev. Psiquiatría de Uruguay*, 68(1), 78-89.

Bolderston, A. (2012). Conducting a Research Interview. *J Med Imaging Radiat Sci.*, 43(1), 66-76.

Boletín Oficial del Estado. Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul, el 11 de mayo de 2011. (BOE Núm. 137, de 6 de junio de 2014, 42946-76).

Bordons, M., & Zulueta, M. Á. (1999). Evaluación de la actividad científica a través de indicadores bibliométricos. *Revista Española de Cardiología*, 52(10), 790-800.

Botello Hermosa, A. (2020). *¡Llegó la regla!. Una análisis antropológico y de género sobre la menstruación en España*. Universidad de Sevilla.

Botello Hermosa, A., & Casado Mejía, R. (2017). Significado cultural de la menstruación en mujeres españolas TT - Cultural meaning of menstruation among spanish women. *Cienc. enferm*, 23(3), 89-97.



- Botello Hermosa, A., Casado Mejía, R., Botello Hermosa, A., & Casado Mejía, R. (2017). SIGNIFICADO CULTURAL DE LA MENSTRUACIÓN EN MUJERES ESPAÑOLAS. *Ciencia y enfermería*, 23(3), 89-97. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532017000300089>
- Botello-Hermosa, A., García-Jiménez, M., Santana-Berlanga, N. del R., & Ruiz-Ferrón, C. (2019). Diseño y validación de un instrumento para medir los conocimientos y actitudes de las mujeres jóvenes ante la menstruación: Escala Metcon (Botello-Hermosa 2018). *Feminismo/s*, 33, 225-247. <https://doi.org/10.14198/fem.2019.33.09>
- Brantelid, I. E., Nilvér, H., & Alehagen, S. (2014). Menstruation during a lifespan: A qualitative study of women's experiences. *Health Care for Women International*, 35(6), 600-616. <https://doi.org/10.1080/07399332.2013.868465>
- Browne, T. K. (2015). Is Premenstrual Dysphoric Disorder Really a Disorder? *Journal of Bioethical Inquiry*, 12(2), 313-330. <https://doi.org/10.1007/s11673-014-9567-7>
- Burr, V. (2015). *Social Constructionism* (3.<sup>a</sup> ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315715421>
- Callaghan, G. M., Chacon, C., Coles, C., Botts, J., & Laraway, S. (2009). An empirical evaluation of the diagnostic criteria for premenstrual dysphoric disorder: Problems with sex specificity and validity. *Women and Therapy*, 32(1), 1-21. <https://doi.org/10.1080/02703140802402396>
- Campagne, D. M., & Campagne, G. (2006). Nuevos parámetros clínicos del síndrome premenstrual. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 49(9), 493-511. [https://doi.org/10.1016/S0304-5013\(06\)72643-7](https://doi.org/10.1016/S0304-5013(06)72643-7)
- Caplan, P. J. (2004). The debate about pmdd and sarafem: Suggestions for therapists. *Women and Therapy*, 27(3-4), 55-67. [https://doi.org/10.1300/J015v27n03\\_05](https://doi.org/10.1300/J015v27n03_05)
- Caplan, P. J., McCurdy-Myers, J., & Gans, M. (1992). Should 'Premenstrual Syndrome' be Called a Psychiatric Abnormality? *Feminism & Psychology*, 2(1), 27-44. <https://doi.org/10.1177/0959353592021003>
- Carrera, R. M. H. (2014). LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA A TR AVÉS DE ENTREVISTAS: SU ANÁLISIS MEDIANTE LA TEORÍA FUNDAMENTADA. En *Cuestiones Pedagógicas* (Vol. 23, pp. 187-210).
- Chandra-Mouli, V., & Patel, S. V. (2017). Mapping the knowledge and understanding of menarche, menstrual hygiene and menstrual health among adolescent girls in low- and middle-income countries. *Reproductive Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0293-6>

Chaturvedi, S. K., & Chandra, P. S. (1991). Sociocultural aspects of menstrual attitudes and premenstrual experiences in India. *Social Science & Medicine* (1982), 32(3), 349-351. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90114-r](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90114-r)

Chrisler, J. C. (2008). The Menstrual Cycle in a Biopsychosocial Context. *Psychology of Women Quarterly*, 400-439.

Chrisler, J. C. (2013). Teaching Taboo Topics: Menstruation, Menopause, and the Psychology of Women. *Psychology of Women Quarterly*, 37(1), 128-132. <https://doi.org/10.1177/0361684312471326>

Chrisler, J. C., & Caplan, P. (2002). The strange case of Dr. Jekyll and Ms. Hyde: How PMS became a cultural phenomenon and a psychiatric disorder. *Annual Review of Sex Research*, 13, 274-306.

Chrisler, J. C., & Johnston-Robledo, I. (2002). Motherhood and Reproductive Issues. En M. Biaggio & M. Hersen (Eds.), *Issues in the Psychology of Women* (pp. 199-226). Springer US. [https://doi.org/10.1007/0-306-47185-X\\_10](https://doi.org/10.1007/0-306-47185-X_10)

Christensen, A. P., & Oei, T. P. (1995). The efficacy of cognitive behaviour therapy in treating premenstrual dysphoric changes. *Journal of Affective Disorders*, 33(1), 57-63. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(94\)00073-i](https://doi.org/10.1016/0165-0327(94)00073-i)

Clark, J. (2014). Medicalization of global health 1: Has the global health agenda become too medicalized? *Global Health Action*, 7(SUPP.1). <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23998>

Clark, M. (1982, agosto 10). El síndrome premenstrual comienza a ser valorado como atenuante de varios delitos. *El País*.

Colegio Oficial de la Psicología. (2013, mayo 17). *El National Institute of Mental Health de EE.UU. abandona la clasificación DSM*. [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=4564](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4564)

Conde Gutiérrez del Álamo, F. (2009). *Análisis sociológico del sistema de discursos*. Centro de Investigaciones Sociológicas. <https://libreria.cis.es/libros/analisis-sociologico-del-sistema-de-discursos/9788474764772/>

Cortina, S. (2005). Advancing women's health care: Diagnostic, treatment, and social factors of PMDD. *Women and Therapy*, 28(2), 91-104. [https://doi.org/10.1300/J015v28n02\\_07](https://doi.org/10.1300/J015v28n02_07)

Coutinho, E. (1999). *Is Menstruation Obsolete? How Suppressing Menstruation Can Help Women Who Suffer From Anemia, Endometriosis, Or PMS*.

<https://axon.es/ficha/libros/9780195130218/is-menstruation-obsolete-how-suppressing-menstruation-can-help-women-who-suffer-from-anemia-endometriosis-or-pms>

Craner, J. R., Sigmon, S. T., & McGillicuddy, M. L. (2014). Does a Disconnect Occur Between Research and Practice for Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) Diagnostic Procedures? *Women and Health*, 54(3), 232-244.

<https://doi.org/10.1080/03630242.2014.883658>

Critchley, H. O. D., Babayev, E., Bulun, S. E., Clark, S., Garcia-Grau, I., Gregersen, P. K., Kilcoyne, A., Kim, J.-Y. J., Lavender, M., Marsh, E. E., Matteson, K. A., Maybin, J. A., Metz, C. N., Moreno, I., Silk, K., Sommer, M., Simon, C., Tariyal, R., Taylor, H. S., ... Griffith, L. G. (2020). Menstruation: Science and society. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(5), 624-664. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.06.004>

Dean, B. B., & Borenstein, J. E. (2004). A prospective assessment investigating the relationship between work productivity and impairment with premenstrual syndrome. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(7), 649-656.

<https://doi.org/10.1097/01.jom.0000131796.62115.84>

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. SAGE.

Díaz Martínez, C. (2013). Las mujeres y la ciencia. La escasez de mujeres en la academia. Un caso de histeresis social. *Vida científica*, 149-156.

Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Inv Ed Med*, 2(7), 162-167.

Doucet, A., & Mauthner, N. (2008). Qualitative Interviewing and Feminist Research” En (pag. 333), Ramazanoglu and Holland (2002). En *The SAGE Handbook of Social Research Methods* (Pertti Alasuutari, Leonard Bickman and Julia Brannen).

Dueñas, J. L., Lete, I., Bermejo, R., Arbat, A., Pérez-Campos, E., Martínez-Salmeán, J., Serrano, I., Doval, J. L., & Coll, C. (2011). Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a representative cohort of Spanish women of fertile age. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 156(1), 72-77. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2010.12.013>

Endicott, J. (2000). History, evolution, and diagnosis of premenstrual dysphoric disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(SUPPL. 12), 5-8.

Endicott, J., Amsterdam, J., Eriksson, E., Frank, E., Freeman, E., Hirschfeld, R., Ling, F., Parry, B., Pearlstein, T., Rosenbaum, J., Rubinow, D., Schmidt, P., Severino, S., Steiner, M., Stewart, D. E., & Thys-Jacobs, S. (1999). Is premenstrual dysphoric

disorder a distinct clinical entity? *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*, 8(5), 663-679. <https://doi.org/10.1089/jwh.1.1999.8.663>

Erchull, M. J., Chrisler, J. C., Gorman, J. A., & Johnston-Robledo, I. (2002). Education and Advertising: *The Journal of Early Adolescence*, 22(4), 455-474. <https://doi.org/10.1177/027243102237192>

Escudero-Carretero, M. J., García-Toyos, N., Prieto-Rodríguez, M. Á., Pérez-Corral, O., March-Cerdá, J. C., & López-Doblas, M. (2010). Fibromialgia: Percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud. Estudio de investigación cualitativa. *Reumatología Clínica*, 6(1), 16-22. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2009.04.008>

Esteban, M. L. (2001). *Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud*. Tercera Prensa-Hirugarren Prentsa S.L.

Evax. (1999). A qué huelen las nubes. En *Anuncio publicitario*.

Evax. (2001). *Hola, soy tu menstruación*.

Ferrando, M. G., Martín, F. R. A., Benito, L. E. A., & Mercado, M. E. (2016). *El análisis de la realidad social: Métodos y técnicas de investigación*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=574494>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2020). *Manual sobre salud e higiene menstrual para niñas, niños y adolescentes*.

Frank, R. T. (1931). THE HORMONAL CAUSES OF PREMENSTRUAL TENSION. *Archives of Neurology & Psychiatry*, 26(5), 1053-1057. <https://doi.org/10.1001/archneurpsyc.1931.02230110151009>

Fredrickson, B., & Roberts, T.-A. (1997). Objectification Theory: Toward Understanding Women's Lived Experiences and Mental Health Risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 173-206. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x>

Galicia Alarcón, L. A., Balderrama Trápaga, J. A., Edel Navarro, R., Galicia Alarcón, L. A., Balderrama Trápaga, J. A., & Edel Navarro, R. (2017). Validez de contenido por juicio de expertos: Propuesta de una herramienta virtual. *Apertura (Guadalajara, Jal.)*, 9(2), 42-53. <https://doi.org/10.32870/ap.v9n2.993>

García Porta, M. (2006). Síndrome Premenstrual (SPM): Aproximación crítica. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 1(1), 80-102.

García-Calvente, M. del M., Jimenez Rodrigo, M. L., & Morante, E. (2010). *Guía para incorporar la perspectiva de género en la investigación en salud*.

García-Toyos, N., March-Cerdá, J. C., Chillón-Martínez, R., & Escudero-Carretero, M. J. (2021). Atención sanitaria al malestar premenstrual. La perspectiva de las mujeres. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 47(1), 12-27. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.05.019>

Gergen, K. J. (1999). Agency: Social Construction and Relational Action. *Theory & Psychology*, 9(1), 113-115. <https://doi.org/10.1177/0959354399091007>

Gervás, J., & Pérez-Fernández, M. (2016). *El encarnizamiento médico con las mujeres* (L. libros del Lince, Ed.).

Gillooly, J. B. (2004). Making Menarche Positive and Powerful for Both Mother and Daughter. *Women & Therapy*, 27(3-4), 23-35. [https://doi.org/10.1300/J015v27n03\\_03](https://doi.org/10.1300/J015v27n03_03)

González Rey, F. (2013). Subjetividad, cultura e investigación cualitativa en psicología: La ciencia como producción culturalmente situada. *Liminares. Escritos sobre Psicología y Sociedad*, 2(4), 13-36.

Gray, M., & Gray, R. (1999). *Los dones del ciclo menstrual*. Gaia.

Guillo, M. (2014). Mujeres jóvenes y menstruación: Conntracultura y resignificación del ciclo mesntrual en el País Vasco. En *Jóvenes, desigualdades y salud. Vulnerabilidad y políticas públicas* (pp. 143-165). Publicacions de la Universitat Rovira y Virgili.

Guirao-Goris, S. (2015). Utilidad y tipos de revisión de la literatura. *ENE Revista de Enfermería*, 9. <https://doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200002>

Gutiérrez, A. B. (2004). Poder, hábitos y representaciones: Recorrido por el concepto de violencia simbólica en Pierre Bourdieu. *Revista Complutense de Educación*, 15, 289-300.

Han, J., Cha, Y., & Kim, S. (2019). Effect of psychosocial interventions on the severity of premenstrual syndrome: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 40(3), 176-184. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2018.1480606>

Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: La reinención de la naturaleza*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=220939>

Harding, S. (1987). The Method Question. *Hypatia*, 2(3), 19-35. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.1987.tb01339.x>

Hennegan, J., Shannon, A. K., Rubli, J., Schwab, K. J., & Melendez-Torres, G. J. (2019a). Women's and girls' experiences of menstruation in low-and middle-income countries: A systematic review and qualitative metasynthesis. En *PLoS Medicine* (Vol. 16, Número 5). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002803>

Hennegan, J., Shannon, A. K., Rubli, J., Schwab, K. J., & Melendez-Torres, G. J. (2019b). Women's and girls' experiences of menstruation in low-and middle-income

countries: A systematic review and qualitative metasynthesis. *PLoS Medicine*, 16(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002803>

Hermosa, A. B., & Mejía, R. C. (2015). *Miedos Y Temores Relacionados Con La Menstruación: Medos E Receios Relacionados Com a Menstruação: Estudo Fears and Worries Associated With Menstruation: A Qualitative Study From the Gender Perspective*. 24(1), 13-21.

Houppert, K. (2000). *La menstruación, desmontando el último tabú femenino*. 2000. Barcelona: Juventud.

Hufnagel, G. L. (2012). *A History of Women's Menstruation from Ancient Greece to the Twenty-first: Psychological, Social, Medical, Religious, and Educational Issues* (Edwin Ellen Press). [https://books.google.es/books/about/A\\_History\\_of\\_Women\\_s\\_Menstruation\\_from\\_A.html?id=Ts6EtgAACAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.es/books/about/A_History_of_Women_s_Menstruation_from_A.html?id=Ts6EtgAACAAJ&redir_esc=y)

Iáñez Domínguez, A., Álvarez Pérez, R., García-Cubillana de la Cruz, P., Luque Ribelles, V., Morales Marente, E., & Palacios Gálvez, M. S. (2019). La desmedicalización de la vida cotidiana de las mujeres: Los grupos socioeducativos en el Sistema Sanitario Público Andaluz. *Gaceta Sanitaria*, 33(4), 398-400. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.014>

246

Ibáñez, T. (2004). El por qué y el cómo de la psicología social. En *Introducción a la Psicología Social* (pp. 53-91). UOC.

Ilias, I., Spanoudi, F., Koukkou, E., Adamopoulos, D. A., & Nikopoulou, S. C. (2013). Do lunar phases influence menstruation? A year-long retrospective study. *Endocrine Regulations*, 47(3), 121-122. [https://doi.org/10.4149/endo\\_2013\\_03\\_121](https://doi.org/10.4149/endo_2013_03_121)

Israel, S. L. (1938). PREMENSTRUAL TENSION. *Journal of the American Medical Association*, 110(21), 1721-1723. <https://doi.org/10.1001/jama.1938.02790210001001>

Declaración de Beijing, (1995).

Jacobson, J. C., Likis, F. E., & Murphy, P. A. (2012). Extended and continuous combined contraceptive regimens for menstrual suppression. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(6), 585-592. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2012.00250.x>

Jiménez-Díaz, I., Iribarne-Durán, L. M., Ocón, O., Salamanca, E., Fernández, M. F., Olea, N., & Barranco, E. (2016). Determination of personal care products –benzophenones and parabens– in human menstrual blood. *Journal of Chromatography B: Analytical Technologies in the Biomedical and Life Sciences*, 1035, 57-66. <https://doi.org/10.1016/j.jchromb.2016.09.035>

- Johnston-Robledo, I., & Chrisler, J. C. (2013). The Menstrual Mark: Menstruation as Social Stigma. *Sex Roles*, 68(1-2), 9-18. <https://doi.org/10.1007/s11199-011-0052-z>
- Johnston-Robledo, I., Sheffield, K., Voigt, J., & Wilcox-Constantine, J. (2008). Reproductive Shame: Self-Objectification and Young Women's Attitudes Towards their Reproductive Functioning. *Women and Health*, 46(1), 7-23. <https://doi.org/10.1300/J013v46n01>
- Jonson, T. (1987). Premenstrual syndrome as a Western culture-specific disorder. *Culture, Medicine and psychiatry*, 11, 337-356.
- Kaczmarek, E. (2019). How to distinguish medicalization from over-medicalization? *Medicine, Health Care and Philosophy*, 22(1), 119-128. <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9850-1>
- Kaundal, M., & Thakur, B. (2014). A Dialogue on Menstrual Taboo. *Indian Journal of Community Health*, 26(2), 192-195.
- Kelderhouse, K., & Taylor, J. S. (2013). A review of treatment and management modalities for premenstrual dysphoric disorder. *Nursing for Women's Health*, 17(4), 294-305. <https://doi.org/10.1111/1751-486X.12048>
- Lahiri-Dutt, K. (2014). Medicalising menstruation: A feminist critique of the political economy of menstrual hygiene management in South Asia. *Gender, Place and Culture*, 22(8), 1158-1176. <https://doi.org/10.1080/0966369X.2014.939156>
- Laqueur, T. (1994). *La construcción del sexo: Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. (Feminismos). Cátedra.
- Laws, S. (1990a). Issues of Blood. En *Issues of Blood*. Palgrave Macmillan UK. <https://doi.org/10.1007/978-1-349-21176-0>
- Laws, S. (1990b). Issues of Blood: The Politics Of Menstruation. En *The MacMillan Press*.
- Lete, I., Dueñas, J. L., Serrano, I., Doval, J. L., Martínez-Salmeán, J., Coll, C., Pérez-Campos, E., & Arbat, A. (2011). Attitudes of Spanish women toward premenstrual symptoms, premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: Results of a nationwide survey. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 159(1), 115-118. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.06.041>
- Marco Hernández, M., Benítez, R., Mendranda, I., Pizarro, C., & Méndez, J. (2008). Variaciones fisiológicas normales del desarrollo puberal: Edad del inicio puberal, edad de la menarquia y talla. *An Pediatr (Barc)*, 69(2), 147-153.
- Márquez, S., & Meneu, R. (2003). La medicalización de la vida sus protagonistas. *Gestión Clínica y Sanitaria*, 5(2), 47-54.

Martínez, L. M., Biglia, B., Luxán, M., Fernández, C., Azpiazu, J., & Bonet, J. (2014). Experiencias de investigación feminista: Propuestas y reflexiones metodológicas. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 14(4), 3-16. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1513>

Martínez San Andrés, F., Parera Junyent, N., & Rius Tarruella, J. (2018). Características e impacto de la menstruación en la mujer española: El porqué del interés de la posibilidad de supresión de la menstruación. *Medicina Reproductiva y Embriología Clínica*, 5(2), 71-79. <https://doi.org/10.1016/J.MEDRE.2017.10.002>

Martos García, R. (2016). *Aplicación de un cuestionario sobre el ciclo menstrual y usos anticonceptivos no hormonales en mujeres andaluzas*. [Universidad de Granada]. <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarSeleccion.do>

Marván, M. L., Vázquez-Toboada, R., & Chrisler, J. C. (2014). Ambivalent sexism, attitudes towards menstruation and menstrual cycle-related symptoms. *International Journal of Psychology: Journal International De Psychologie*, 49(4), 280-287. <https://doi.org/10.1002/ijop.12028>

Marván, Ma. L., & Chrisler, J. C. (2018). Menarcheal timing, memories of menarche, and later attitudes toward menstruation. *Cogent Psychology*, 5(1), 1-12. <https://doi.org/10.1080/23311908.2018.1525840>

Matusevich, D., & Pieczanski, P. (2008). La medicalización del sufrimiento femenino: El Trastorno Disfórico Premenstrual. *Vertex rev. argent. psiquiatr*, 280-291.

Mihm, M., Gangooly, S., & Muttukrishna, S. (2011). The normal menstrual cycle in women. *Animal Reproduction Science*, 124(3-4), 229-236. <https://doi.org/10.1016/j.anireprosci.2010.08.030>

Ministerios de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad. (2013). *Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS)*.

Modroño-Blanco, A; Ruiz-Nepote, S; Pérez-Dettoma, J; Ezcurdia-Gurpegui, M. (2002). Alteraciones del ciclo menstrual. *Medicine*, 8(81), 4340-4348.

Mondragon, N. I., & Txertudi, M. B. (2019). Understanding menstruation: Influence of gender and ideological factors. A study of young people's social representations. *Feminism & Psychology*, 29(3), 357-373. <https://doi.org/10.1177/0959353519836445>

Moynihan, R., & Cassels, A. (2006). *Medicamentos que nos enferman*. Terapias Verdes.

Muruaga López de Guereñu, S., & Pascual Pastor, P. (2019). *La salud mental de las mujeres*. *La psicoterapia de Equidad Feminista*. AMS. Asociación de Mujeres para la Salud.



- Newton, V. L. (2016). Everyday Discourses of Menstruation. Cultural and Social Perspectives. En *Everyday Discourses of Menstruation*. <https://doi.org/10.1057/978-1-137-48775-9>
- Nimnuan, C., Rabe-Hesketh, S., Wessely, S., & Hotopf, M. (2001). How many functional somatic syndromes? *Journal of Psychosomatic Research*, 51(4), 549-557. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00224-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00224-0)
- Noreña, A. L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. G., & Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274.
- Noy, C. (2008). Sampling knowledge: The hermeneutics of snowball sampling in qualitative research. *International Journal of Social Research Methodology*, 11(4), 327-344. <https://doi.org/10.1080/13645570701401305>
- Offman, A., & Kleinplatz, P. J. (2004). Does PMDD belong in the DSM? Challenging the medicalization of women's bodies. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 13(1), 17-27.
- Oinas, E. (1998). Medicalisation by Whom? Accounts of Menstruation Conveyed by Young Women and Medical Experts in Medical Advisory Columns. *Sociology of Health & Illness*, 20(1), 52-70.
- OMS, (Organización Mundial de la Salud). (2018). *CIE-11*. <https://icd.who.int/es>
- Oransky, I. (2004). Katharina Dorothea Dalton. *Lancet*, 364(9445), 1576. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17300-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17300-5)
- Ortiz Gómez, T. (2002). *El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer*.
- Ortiz Gómez, T. (2018). *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*. KRK. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/64039>
- Orueta-Sánchez, R., Santos-Rodríguez, C., González-Hidalgo, E., Fagundo-Becerra, E. M., Alejandro-Lázaro, G., Carmona de la Morena, Javier, Rodríguez-Alcalá, J., del Campo-del Campo, J. M., Díez-Andrés, M. L., Vallés-Fernández, N., & Butrón-Gómez, T. (2011). Medicalización de la vida (I). *Rev Clin Med Fam*, 4(2). [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2011000200011](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000200011)
- Pérez, R., Ferreres, A., González, E., Hernández, A., & Navarro, N. (1995). Efectos de la información acerca del ciclo menstrual sobre las actitudes hacia la menstruación. *Psicothema*, 7(2), 297-308.

Perez-Lopez, F. R., Chedraui, P., Perez-Roncero, G., Lopez-Baena, M. T., & Cuadros-Lopez, J. L. (2009). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: Symptoms and Cluster Influences. *The Open Psychiatry Journal*, 3(1), 39-49. <https://doi.org/10.2174/1874354400903010039>

Peters, M., Godfrey, C., Khalil, H., Mcinerney, P., Soares, C., & Parker, D. (2017). Guidance for the Conduct of JBI Scoping Reviews. En *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*.

Prieto Rodríguez, M. ángeles, Danet Danet, A., Escudero Carretero, M. J., Ruiz Azarola, A., Pérez Corral, O., & García Toyos, N. (2012). Definición de competencia médica según pacientes crónicos del sistema sanitario público de Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, 26(5), 450-456. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.02.007>

Qiao, M., Zhang, H., Liu, H., Luo, S., Wang, T., Zhang, J., & Ji, L. (2012). Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample in China. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 162(1), 83-86. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.01.017>

Rapkin, A. (2003). A review of treatment of premenstrual syndrome & premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 39-53. [https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(03\)00096-9](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(03)00096-9)

Reid, R. L., & Yen, S. S. (1981). Premenstrual syndrome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 139(1), 85-104. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(81\)90417-8](https://doi.org/10.1016/0002-9378(81)90417-8)

Ritchie, J., & Spencer, L. (1994). Qualitative Data Analysis for Applied Policy Research. En *Analysis Qualitative Data* (A. and Burgess, R., Eds., pp. 173-194). Routledge. [https://doi.org/10.4324/9780203413081\\_chapter\\_9](https://doi.org/10.4324/9780203413081_chapter_9)

Rizkia, S., & Ungsianik, M. (2019). Improving Female Adolescents' Knowledge, Emotional Response, and Attitude toward Menarche following Implementation of Menarcheal Preparation Reproductive Health Education. *Asian / Pacific Island Nursing Journal*, 4(2). <https://doi.org/10.31372/20190402.1041>

Roberts, T.-A. (2004). Female Trouble: The Menstrual Self-Evaluation Scale and Women's Self-Objectification. *Psychology of Women Quarterly*, 28(1), 22-26. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2004.00119.x>

Rodin, M. (1992). The social construction of premenstrual syndrome. *Social Science & Medicine*, 35(1), 49-56. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90118-A](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90118-A)

Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., & García Jiménez, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Algibe.

Rodríguez Yunta, E. (2004). Comités de evaluación ética y científica para la investigación en seres humanos y las pautas CIOMS 2002. *Acta bioethica*, 10(1), 37-48.  
<https://doi.org/10.4067/S1726-569X2004000100005>

Romain, J. (1957). *Knock o el triunfo de la medicina*. Editorial Losada Sa.

Romo Avilés, N., Vega Fuente, A., Meneses Falcón, C., Gil, E., Markez, I., & Poo, M. (2003). Sobre el malestar y la prescripción: Un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres. Romo Avilés, Nuria ; Amando Vega Fuentes ; Carmen Meneses ; Eugenia Gil ; Iñaki Markez ; Mónica Poo. *Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres*. En: *Revista Española de Drogodependencias*, 2003, Vol. 28, no. 4. <https://roderic.uv.es/handle/10550/22239>

Ross, L. E., & Steiner, M. (2003). A biopsychosocial approach to premenstrual dysphoric disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 26(3), 529-546.  
[https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(03\)00035-2](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(03)00035-2)

Ruiz Cantero, M. T. (2009). *Sesgos de género en la atención sanitaria*. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Ruiz, I., & Bermejo, M. J. (2004). Conocimientos de las mujeres menopáusicas respecto a la terapia hormonal sustitutiva. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 32-37.  
[https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(04\)71996-2](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(04)71996-2)

Ryu, A., & Kim, T. H. (2015). Premenstrual syndrome: A mini review. *Maturitas*, 82(4), 436-440. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.08.010>

Sadler, J. Z. (2005). Bug-eyed and breathless: Emerging crises involving values. *World Psychiatry*, 4(2), 87.

Sadler, J. Z., & Fulford, B. (2004). Should Patients and Their Families Contribute to the DSM-V Process? *Psychiatric Services*, 55(2), 133-138.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.2.133>

Sala, V. V. V. (2020). "La enfermedad normal": Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 90-107.  
<https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.34.06.a>

Sau, Victoria. (2000). *Reflexiones feministas para principios de siglo*. Horas y Horas.  
<https://www.casadellibro.com/libro-reflexiones-feministas-para-principios-de-siglo/9788487715808/746037>

Simes, M. R., & Berg, D. H. (2001). Surreptitious learning: Menarche and menstrual product advertisements. *Health Care for Woman International*, 22(5), 455-469.  
<https://doi.org/10.1080/073993301317094281>

Sixto, M. E., Martínez González, C., & Gómez, J. L. (2009). Disease mongering: El lucrativo negocio de la promoción de enfermedades. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, ISSN 1139-7632, null 11, N.º. 43, 2009, pags. 491-512, 11.

<https://doi.org/10.4321/S1139-76322009000400011>

Skrzypulec-Plinta, V., Drosdzol, A., Nowosielski, K., & Plinta, R. (2010). The complexity of premenstrual dysphoric disorder—Risk factors in the population of Polish women. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 8, 141. <https://doi.org/10.1186/1477-7827-8-141>

Smith, V., Devance, D., Begley, C., & Clarke, M. (2011). Methodology in conducting a systematic review of systematic reviews of healthcare interventions. *BMC Medical Research Methodology*, 11(15). <https://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-11-15>

Sommer, M., Hirsch, J. S., Nathanson, C., & Parker, R. G. (2015). Comfortably, safely, and without shame: Defining menstrual hygiene management as a public health issue. *American Journal of Public Health*, 105(7), 1302-1311.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302525>

252

Spadaro, G., d'Elia, S. R. G., & Mosso, C. O. (2018). Menstrual Knowledge and Taboo TV Commercials: Effects on Self-Objectification among Italian and Swedish Women. *Sex Roles*, 78(9-10), 685-696. <https://doi.org/10.1007/s11199-017-0825-0>

Stein, E., & Kim, S. (2009). *Flow: The Cultural story of menstruation*. St. Martin's Grifins.

Steiner, M. (2000). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: Guidelines for management. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 25(5), 459-468.

Steiner, M., Peer, M., Palova, E., Freeman, E. W., MacDougall, M., & Soares, C. N. (2011). The premenstrual symptoms screening tool revised for adolescents (PSST-A): Prevalence of severe PMS and premenstrual dysphoric disorder in adolescents. *Archives of Women's Mental Health*, 14(1), 77-81. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0202-2>

Takeda, T., Koga, S., & Yaegashi, N. (2010). Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in Japanese high school students. *Archives of Women's Mental Health*, 13(6), 535-537. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0181-3>

Tarzibachi, E. (2017). *Cosa de mujeres: Menstruación, género y poder*.

The Joanna Briggs Institute. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual. Methodology for JBI Scoping Reviews*. [www.joannabriggs.org](http://www.joannabriggs.org)

UGR. (2021). Canal UGR. <https://canal.ugr.es/ugrcomunica/estudio-de-los-efectos-de-la-vacunacion-del-covid-19-en-el-ciclo-menstrual-de-las-mujeres/>

Umme Busra Fateha, S. (2011). The Imageries of Menstruation in Sanitary Napkin Ads: Representation and the Practice of Discourse as a Marketing Strategy. *Advertising & Society Review*, 11(4), 1-27.

Urgellés Carrera, S. A., Reyes Guerrero, E., Figueroa Mendoza, M., & Palazón Rodríguez, A. (2012). Infertilidad en pacientes mayores de 35 años. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(4), 530-537.

Ussher, J. M. (2003). The role of premenstrual dysphoric disorder in the subjectification of women. *Journal of Medical Humanities*, 24(1-2), 131-146. <https://doi.org/10.1023/A:1021366001305>

Ussher, J. M. (2004). Premenstrual Syndrome and Self-Policing: Ruptures in Self-Silencing Leading to Increased Self-Surveillance and Blaming of the Body. *Social Theory & Health*, 2(3), 254-272.

Ussher, J. M., & Perz, J. (2020). “I feel fat and ugly and hate myself”: Self-objectification through negative constructions of premenstrual embodiment. *Feminism & Psychology*, 30(2), 185-205. <https://doi.org/10.1177/0959353519900196>

Valls Llobet, C. (2006). *La menstruación como indicador del estado de salud*.

Valls Llobet, C. (2020). *Mujeres invisibles para la medicina*. Txalaparta.

Valls Llobet Marta Banqué Mercè Fuentes Julia Ojuel, C. (2008). *Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres*. 39, 9-22.

Valls-Llobet, C. (2006). La menstruación: De la invisibilidad a la abolición. *Duoda: Revista d'estudis feministes*, 31, 71-84.

Valls-Llobet, C. (2018). *Medio ambiente y salud: Mujeres y hombres en un mundo de nuevos riesgos*. Cátedra. [https://www.amazon.es/Medio-ambiente-y-salud-Feminismos-ebook/dp/B078JH3T5B/ref=sr\\_1\\_2?dchild=1&keywords=Carme+Valls-Llobet&qid=1595743426&s=books&sr=1-2](https://www.amazon.es/Medio-ambiente-y-salud-Feminismos-ebook/dp/B078JH3T5B/ref=sr_1_2?dchild=1&keywords=Carme+Valls-Llobet&qid=1595743426&s=books&sr=1-2)

Valls-Llobet, Carme; Banqué, M., & Fuentes, Mercè; Ojuel, J. (2008). Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Anuario de Psicología*, 39(1), 9-22.

Velasco, S., Ruiz, T., & Álvarez-Dardet, C. (2006). Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. de los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. Attention Models to Somatic Symptoms Without Organic Cause: From Physiopathologic Disorders to Malaise of Women COLABORACIÓN ESPECIAL. En *Rev Esp Salud Pública* (Vol. 80, pp. 317-333).

Víctor, F. F., Souza, A. I., Barreiros, C. D. T., Barros, J. L. N. de, Silva, F. A. C. da, & Ferreira, A. L. C. G. (2019). Quality of Life among University Students with Premenstrual Syndrome. *Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetricia: Revista Da Federacao Brasileira Das Sociedades De Ginecologia E Obstetricia*, 41(5), 312-317.

<https://doi.org/10.1055/s-0039-1688709>

Weisz, G., & Knaapen, L. (2009). Diagnosing and treating premenstrual syndrome in five western nations. *Social Science & Medicine*, 68(8), 1498-1505.

<https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2009.01.036>

Whittemore, R., Chao, A., Jang, M., Mingos, K. E., & Park, C. (2014). Methods for knowledge synthesis: An overview. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 43(5), 453-461. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.05.014>

Williams, L. (2019). *Premenstrual Dysphoric Disorder: Is There an Economic Burden of Illness?* Author (s): Anita Chawla , Ralph Swindle , Stacey Long , Sean Kennedy and Barbara Sternfeld Published by: Lippincott Williams & Wilkins Stable URL :

[https://www.jstor.org/stable.40\(11\),1101-1112.](https://www.jstor.org/stable.40(11),1101-1112)

<https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000032191.26152.90>

254

Wilson, E., Haver, J., Torondel, B., Rubli, J., & Caruso, B. A. (2018). Dismantling menstrual taboos to overcome gender inequality. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 2(8), e17. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30209-8](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30209-8)

Winkler, I. T., & Roaf, V. (2015). Taking the Bloody Linen Out of the Closet: Menstrual Hygiene As a Priority for Achieving Gender Equality. *Cardozo Journal of Law & Gender*, 21(1), 1.

Wright, J., O'Flynn, G., & Macdonald, D. (2006). Being Fit and Looking Healthy: Young Women's and Men's Constructions of Health and Fitness. *Sex Roles*, 54(9-10), 707-716. <https://doi.org/10.1007/s11199-006-9036-9>

Yagnik, A. S. (2012). Construction of Negative Images of Menstruation in Indian TV Commercials. *Health Care for Women International*, 33(8), 756-771.

<https://doi.org/10.1080/07399332.2012.684814>

Zabaleta, O. G. (2018). Los problemas y limitaciones del DSM-5. *Dilemata*, 27, 367-391.

Zendehdel, M., & Elyasi, F. (2018). Biopsychosocial etiology of premenstrual syndrome: A narrative review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(2), 346.

[https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc\\_336\\_17](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_336_17)

# Anexos





## Anexo 1. Formulario de consentimiento informado para entrevistas



Escuela Andaluza de Salud Pública  
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es Noelia García y estoy realizando una investigación en el **marco del programa de doctorado "Ciencias de la Salud"** (Universidad de Sevilla, Universidad de Jaén y Escuela Andaluza de Salud Pública) para la obtención del título de doctora.

Uno de los objetivos de esta investigación es **conocer la vivencia y experiencias de las mujeres con su ciclo menstrual**. Para ello se realizarán entrevistas a mujeres en período fértil y de diferentes edades. **Me gustaría contar con usted para realizar una de esas entrevistas.**

Se trata de una entrevista individual, en la que hablaremos de su vivencia del ciclo menstrual, por tanto no hay información correcta ni incorrecta, se trata de hablar de su experiencia. **La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y será grabada en audio** para facilitar el análisis de la información.

En esta investigación se garantiza la **confidencialidad sobre sus aportaciones**. Se utilizará o publicará la información que proporcione, pero no sus datos identificativos, cumpliendo con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de protección de datos de carácter personal.

**Agradezco muchísimo su colaboración. Es imprescindible.**

Por favor, **firmé más abajo si acepta ser entrevistada**. Esta carta sólo es una garantía ética de la investigación, significa que la información que proporcione será usada con responsabilidad y confidencialidad.

Fecha:

Espacio para firma:

## Anexo 2. Breve biografía de las participantes y transcurrir de la entrevista

### Entrevista con Andrea

Andrea nació en 1991, en el momento de la entrevista tiene 23 años. Hace un año aproximadamente finalizó sus estudios universitarios, es diplomada en turismo, trabaja desde entonces en un hotel rural cerca de su domicilio, un pueblo de la Vega a 20 kilómetros de Granada capital. Tiene dos hermanos y dos hermanas y vive en el domicilio familiar. No tiene hijos/as. Hace años que tiene novio y su intención es vivir juntos cuando su situación económica se lo permita.

El contacto con Andrea proviene de una asociación de mujeres a la que pertenece y que conocen este estudio por haber participado con la investigadora en otro proyecto. En la asociación son conocidas las molestias que tiene Andrea con su ciclo menstrual, ya que a veces le impiden asistir a las reuniones. Así pues, por iniciativa de la investigadora, una de las asociadas pidió a Andrea participar en el estudio, invitación que ella aceptó encantada.

La entrevista se realizó el 8/10/2014 en la terraza de una cafetería de Granada, en un ambiente distendido y de confianza, su duración fue de 39:28.

### Entrevista con Sole

Sole tiene 23 años en el momento que se realiza la entrevista, por tanto nace en 1991. Tiene un hijo que pronto cumplirá 5 años. Se quedó embarazado siendo menor de edad y explica que ha tenido que luchar mucho para salir adelante ya que no contaba con el apoyo del padre de su hijo. Su familia sí estuvo a su lado y actualmente vive con una nueva pareja en un pueblo cercano al suyo, en la Sierra de Granada. Tiene estudios básicos (ESO), y echa en falta no haberse preparado profesionalmente porque es muy difícil para ella encontrar un empleo, aunque no descarta seguir estudiando más adelante. Actualmente es ama de casa.

El contacto con Sole proviene de la técnica de bola de nieve, es conocida de una persona a la que se le comentó la existencia de este investigación y la necesidad de

entrevistar a mujeres con un perfil determinado. Para ella, su ciclo menstrual es un lastre por los dolores que sufre con la menstruación.

La entrevista se realizó el 13/10/2014 en la terraza de una cafetería del pueblo donde vive, un lugar muy tranquilo y poco transitado. La entrevista fue muy agradable y relajada, su duración fue de 46:58.

### **Entrevista con Marina**

Marina tiene 24 años en el momento en que hacemos la entrevista, nació en 1990. Su familia es de Canarias, es la mayor de dos hermanas. Acaba de finalizar sus estudios y es Licenciada en Sociología. No tiene hijos/as aunque sí le gustaría tener más adelante, cuando tenga una vida más estable. En la actualidad vive con su novio y su perra en un pequeño apartamento del centro de Granada. Trabaja de teleoperadora con la esperanza de encontrar pronto un empleo “de lo suyo”.

El contacto con Marina proviene de una amiga común con la investigadora. En relación a su ciclo menstrual Marina opina que no interfiere en su vida aunque reconoce que deja de hacer actividades porque no se encuentra bien los días cercanos a la menstruación.

La entrevista se realizó el 11/11/2014 en una cafetería del centro de Granada. El ambiente durante la entrevista fue muy cómodo y afable. La duración de la entrevista fue 47:53.

### **Entrevista con Lorena**

Lorena nació en 1986, por tanto tiene 28 años en momento de la entrevista. Trabaja en una tienda de alimentación “desde siempre” afirma, porque se trata del negocio familiar. Aunque estudió formación profesional en hostelería nunca llegó a ejercer esta profesión. Se casó hace siete años y tiene una hija de tres años, la familia vive en un piso en un barrio de Granada. Le gustaría tener más hijos/as, aunque la situación económica, explica, no es la más adecuada, su marido y ella trabajan en la tienda desde que él perdió su empleo de albañil y el negocio “no da para más”.

El contacto con Lorena proviene de la técnica bola de nieve, es vecina y amiga de una persona que conocía la existencia de esta investigación. Reconoce que su ciclo

menstrual le provoca cambios a nivel físico y anímico que no le gustan, se siente triste antes de la menstruación.

La entrevista se realizó el 4/12/2014 en un parque de su barrio, mientras su hija jugaba. La entrevista resultó interesante y se creó un ambiente de intimidad, a pesar de realizarse al aire libre, eso sí, hubo alguna interrupción por el cuidado de la niña. La entrevista duró 45:54.

### **Entrevista con Anita**

Anita tiene 32 años en el momento de la entrevista, nació en 1982. Es técnica de luces, profesión que ejerce desde hace cinco años y que describe como “un mundo de hombres” porque pocas mujeres se dedican a ello. Su familia es de Sevilla y tiene un hermano menor. Le gusta viajar, ya sea por motivos laborales o en su tiempo libre. No tiene hijos/as y actualmente no tiene pareja. Comparte piso con dos amigos en el centro de Granada.

El contacto con Anita proviene de un amigo común que conoce la existencia de esta investigación y le comentó si le interesaba participar, a lo que ella se mostró muy dispuesta. Muchas personas de su entorno conocen las molestias que sufre Anita con su ciclo menstrual ya que ha cambiado ciertos hábitos en su alimentación y estilo de vida como forma de paliar el dolor, aunque, dice, no siempre lo tiene “bajo control”.

La entrevista se realizó el 2/10/2014 en una cafetería de Granada. El ambiente fue agradable y distendido. La duración fue de 38:45.

### **Entrevista con Eva**

Eva tiene 32 años cuando se realiza la entrevista, nació en 1982. Estudió Bellas Artes y trabaja haciendo arreglos de costura y diseñando ropa y complementos, espera montar pronto un taller junto con una amiga. Es hija única y su familia vive en Extremadura. En la actualidad vive en una casa de un barrio de Granada junto con dos amigas. No tiene hijos/as y en estos momentos no tiene pareja.

El contacto con Eva proviene de una amiga común con la investigadora. Eva siempre ha tenido fuertes dolores menstruales, hasta el punto de “sentirse anulada” una semana al mes durante largas temporadas.

La entrevista se realizó el 18/9/2014 en la casa de Eva, fue una entrevista muy fluida en un clima íntimo y agradable. La entrevista tuvo una duración de 52:37.

### **Entrevista con Estefanía**

Estefanía nació en 1981, en el momento de la entrevista tiene 33 años. Se dedica al mundo del espectáculo, es cantante y tiene varios proyectos propios con los que quiere “expresar sus inquietudes y experiencias”. Tiene un hermano menor, su familia vive en la Comunidad Valenciana. En la actualidad, y desde hace tres años vive en un pueblo de la Sierra de Granada junto a su pareja, su perra y dos gatos.

El contacto con Estefanía proviene de una de las entrevistadas siguiendo la técnica de bola de nieve. Su relación con el ciclo menstrual, explica, es de “amor odio”, porque le ha enseñado mucho sobre ella misma pero también ha “sufrido bastante”.

La entrevista se realizó el 14/11/2014 en casa de la entrevistada. Pronto se creó un clima de confianza y se habló de los temas de la entrevista con una profunda carga emocional. Su duración fue 47:28.

261

### **Entrevista con Lola**

Lola tiene 33 años cuando hacemos la entrevista, así que nació en 1981. Estudió educación especial y trabaja como educadora en un colegio desde hace años. Tiene una hija de 2 años y dos hijos de 4 y 7 años respectivamente. Vive junto a su marido y los/a niños/a en una casa, en un pueblo de la Vega de Granada.

El contacto con Lola proviene de una amiga común que además es vecina de Lola y conoce los efectos negativos relacionados con su ciclo menstrual, como el dolor y el desánimo.

La entrevista se realizó el 24/11/2014 en casa de nuestra amiga común, ya que se trataba de un lugar tranquilo, sin su/s hija/os pero cercano por su ocurría alguna incidencia. La entrevista duró 42:55.

### **Entrevista con Carolina**

Carolina nació en 1979, cuando se realiza la entrevista tiene 35 años. Ha cursado dos carreras universitarias y trabaja de administrativa. Es la menor de tres hermanas, la familia se trasladó a Granada desde Madrid cuando ella tenía nueve años. En la

actualidad vive con su marido en un piso en Granada y no tienen hijos/as, aunque le gustaría.

El contacto con Carolina se hace mediante una compañera de trabajo de la investigadora, conociendo el tema de este estudio se ofrece voluntariamente a contar su experiencia porque ella, dice, lo pasa muy mal cada mes.

La entrevista se realizó el 22/9/2014 en su lugar de trabajo, aprovechando un tiempo libre del que disponía. La entrevista discurrió de manera muy fluida y en un clima de confianza, tuvo una duración de 74:14.

### **Entrevista con Miriam**

Miriam tiene 36 años en el momento que hacemos la entrevista, por tanto nació en 1978. Estudió psicología y trabaja desde hace años como estadística. Es la menor de tres, tiene una hermana mayor y su hermano es el mediano. Vive con su marido en un pueblo a menos de 20 kilómetros de Granada y tienen un hijo de cinco años.

262 El contacto con Miriam proviene de otra de las mujeres entrevistadas siguiendo la técnica bola de nieve. Las personas que la rodean conocen el malestar que le supone su ciclo menstrual ya que le afecta hasta el punto de no poder salir de casa ni ir a trabajar.

La entrevista se realizó el 27/9/2014 en un despacho de su lugar de trabajo. El clima de la entrevista fue muy agradable y a veces gracioso por su forma de expresarse mediante la ironía. La entrevista duró 36:41.

### **Entrevista con Violeta**

Violeta nació en 1976, cuando realizamos la entrevista cuenta con 38 años. Pasó su infancia en Francia, de donde es su familia y a los 8 años se trasladó junto a su madre a Granada, desde entonces pasa largas temporadas en cada uno de estos dos lugares. Trabaja como traductora y actualmente no tiene pareja. Vive en un pueblo de la Sierra de Granada. No tiene hijos aunque le gustaría y es consciente de que “el tiempo pasa y las oportunidades se reducen” para la maternidad.

El contacto con Violeta proviene de una amiga común que vive en el mismo pueblo y conocía tanto este estudio como las dolencias que Violeta tiene cada mes con el ciclo menstrual.

La entrevista se realizó el 7/12/2014 en casa de la entrevistadora, aprovechando una visita que Violeta tenía que hacer en Granada. La entrevista discurrió de manera fluida y en un ambiente agradable, su duración fue de 54:15.

### **Entrevista con Lourdes**

Lourdes tiene 39 años en el momento de la entrevista, nació en 1975. Tiene un hermano menor. Cursó estudios básicos (EGB). Su familia es de un pueblo a 50 kilómetros de Granada. Se casó hace doce años y tiene dos hijos de 10 y 8 años. La familia vive en un piso en un barrio de Granada. Cuando tuvo a sus hijos dejó de trabajar en el videoclub que regentaba para dedicarse a la crianza y desde entonces no ha vuelto a trabajar fuera de casa.

El contacto con Lourdes proviene de la técnica de bola de nieve que se llevó a cabo ya que la persona que le informó sobre la existencia del estudio no se encuentra dentro de las personas conocidas por el equipo de investigación. En relación a su ciclo menstrual explica que antes y durante la menstruación siente un dolor que no le permite “ni estar de pie”.

La entrevista se realizó el 27/11/2014 en su casa, trascurrió en un ambiente agradable y duró 46:23.

### **Entrevista con Fede**

Fede nació en 1970, cuando realizamos la entrevista tiene 44 años. Su familia es de Granada, ella no tiene hijos aunque sí muchos sobrinos/as. Trabaja en una inmobiliaria de Granada y vive en un pueblo de la Vega.

El contacto con Fede proviene de una de las entrevistadas mediante la técnica bola de nieve. Respecto a su ciclo menstrual, Fede considera que está enferma cuando menstrúa por los síntomas que le provoca.

La entrevista se realizó el 9/12/2014 en una cafetería concurrida de Granada, donde habíamos quedado, por falta de tiempo no nos pudimos desplazar a un sitio más

tranquilo. Aun así, la entrevista fue muy rica en información y existió un buen entendimiento. La entrevista duró 31:17.

### **Entrevista con Adela**

Adela tiene 44 años cuando realizamos la entrevista, nació en 1970. Su familia es de un pueblo a 80 kilómetros de Granada, es la mediana de cinco hermanas. Estudió EGB y formación profesional. Tiene un hijo de 21 años. Tiene pareja y cambia a menudo de domicilio por cuestiones laborales, es temporera. En la actualidad vive en un pueblo de la alpujarra granadina.

El contacto con Adela proviene de una amiga común con la directora de esta tesis la cual conoce el malestar de Adela en relación a su ciclo menstrual, en ocasiones, el dolor que sufre antes y durante su menstruación le impide salir a la calle, quedar con otras personas y realizar las tareas que tenía planificadas.

La entrevista se realizó el 2/9/2014 en la terraza tranquila de una cafetería de Granada. Se creó un ambiente de confianza y agradable durante la entrevista que duró 82:43.

### **Entrevista con Marga**

Marga tiene 49 años, nació en 1965. Su familia es de Granada y tiene un hermano y una hermana. Se casó hace 22 años, el matrimonio vive en Granada y no tiene hijos. Estudió magisterio y actualmente trabaja como profesora en varios centros.

El contacto con Marga proviene de la técnica de bola de nieve, de modo que no se puede identificar a la persona que le comentó la existencia del estudio. Las dolencias relacionadas con su ciclo menstrual, en sus palabras, “han marcado su vida”.

La entrevista se realizó el 17/11/2014 en una terraza tranquila de una cafetería en Granada. A pesar de que tenía poco tiempo para ser entrevistada, hablamos en confianza sobre todos los temas del guion. La duración fue de 32:38.

### **Entrevista con Mónica**

Mónica nació en 1963, tiene 51 años en el momento en que realizamos la entrevista. Su familia es de Barcelona y en esta ciudad pasó su infancia y parte de su juventud, es la pequeña de dos hermanas. Realizó el primer curso en la Facultad de Medicina y lo dejó para irse a Mallorca, donde vivió hasta que sus hijos se emanciparon, tiene dos



de 24 y 27 años. Tuvo una larga relación con el padre de sus hijos pero hace mucho tiempo que no tiene pareja “estoy sola, mejor sola que mal acompañada”. No trabaja en estos momentos, no lo necesita porque recibe una pensión. En la actualidad vive en un pequeño apartamento en el centro de Granada.

El contacto con Mónica proviene de una amiga común. Hace más de un año que se le ha retirado la menstruación, aunque dice recordar perfectamente “lo mal que se pasa con el ciclo menstrual”.

La entrevista se realizó el 19/11/2014 en un bar, a puerta cerrada, propiedad de nuestra amiga común porque determinamos que era un lugar de fácil acceso para ambas y tranquilo. La entrevista discurrió de forma agradable y duró 71:43.

Anexo 3. Artículos seleccionados para el análisis en *scoping review*

1. Accortt EE, Bismark A, Schneider TR, Allen JJB. Diagnosing premenstrual dysphoric disorder: The reliability of a structured clinical interview. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14(3):265-267. doi:10.1007/s00737-011-0209-3
2. Adewuya AO, Loto OM, Adewumi TA. Premenstrual dysphoric disorder amongst Nigerian university students: Prevalence, comorbid conditions, and correlates. *Arch Womens Ment Health*. 2008;11(1):13-18. doi:10.1007/s00737-008-0213-4
3. Alpay FB, Turhan NO. Intermittent versus continuous sertraline therapy in the treatment of premenstrual dysphoric disorders. *Int J Fertil Womens Med*. 46(4):228-231. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11563834>.
4. Atmaca M, Kumru S, Tezcan E. Fluoxetine versus Vitex agnus castus extract in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Hum Psychopharmacol*. 2003;18(3):191-195. doi:10.1002/hup.470
5. Baehr E, Miller L, Rosenfeld JP, Baehr R. Changes in frontal brain asymmetry associated with Premenstrual Dysphoric Disorders: A single case study. *J Neurother*. 2004;8(1):29-42. doi:10.1300/J184v08n01\_03
6. Baehr E, Rosenfeld P, Miller L, Baehr R. Premenstrual dysphoric disorder and changes in frontal alpha asymmetry. *Int J Psychophysiol*. 2004;52(2):159-167. doi:10.1016/j.ijpsycho.2003.06.002
7. Bahamondes L, Córdova-Egüez S, Pons JE, Shulman L. Perspectives on premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder: Outcomes from a meeting of the Latin America experts group. *Dis Manag Heal Outcomes*. 2007;15(5):263-277. doi:10.2165/00115677-200715050-00001
8. Baller EB, Wei SM, Kohn PD, et al. Abnormalities of dorsolateral prefrontal function in women with premenstrual dysphoric disorder: A multimodal neuroimaging study. *Am J Psychiatry*. 2013;170(3):305-314. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12030385

9. Banerjee N, Roy KK, Takkar D. Premenstrual dysphoric disorder--a study from India. *Int J Fertil Womens Med.* 45(5):342-344.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11092706>.
10. Bannbers E et al. The effect of premenstrual dysphoric disorder and menstrual cycle phase on brain activity during response inhibition. *J Affect Disord.* 2012;15(142):347-50. doi: 10.1016/j.jad.2012.04.006.
11. Bannbers E, Kask K, Wikström J, Risbrough V, Sundström Poromaa I. Patients with premenstrual dysphoric disorder have increased startle modulation during anticipation in the late luteal phase period in comparison to control subjects. *Psychoneuroendocrinology.* 2011;36(8):1184-1192.  
doi:10.1016/j.psyneuen.2011.02.011
12. Batra NA, Seres-Mailo J, Hanstock C, et al. Proton Magnetic Resonance Spectroscopy Measurement of Brain Glutamate Levels in Premenstrual Dysphoric Disorder. *Biol Psychiatry.* 2008;63(12):1178-1184. doi:10.1016/j.biopsych.2007.10.007
13. Berman SM, London ED, Morgan M, Rapkin AJ. Elevated gray matter volume of the emotional cerebellum in women with premenstrual dysphoric disorder. *J Affect Disord.* 2013;146(2):266-271. doi:10.1016/j.jad.2012.06.038
14. Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Johnson SR, Manson JAE. Timing of alcohol use and the incidence of premenstrual syndrome and probable premenstrual dysphoric disorder. *J Womens Health (Larchmt).* 2009;18(12):1945-1953.  
doi:10.1089/jwh.2009.1468
15. Bhatia SC. Diagnosis and Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder. *Am Fam Physician.* 2002;66(7):1239-1248. [www.aafp.org/afp](http://www.aafp.org/afp)AMERICANFAMILYPHYSICIAN1239.
16. Bianchi-Demicheli F, Lüdicke F, Campana A. Trouble dysphorique prémenstruel: Approche et traitement. *Gynecol Obstet Fertil.* 2003;31(1):49-54.  
doi:10.1016/S1297-9589(02)00007-3

17. Bianchi-Demicheli F, Lüdicke F, Lucas H, Chardonens D. Premenstrual dysphoric disorder: current status of treatment. *Swiss Med Wkly*. 2002;132(39-40):574-578. doi:2002/39/smw-10055
18. Bianchi-Demicheli F. Premenstrual dysphoric disorder: diagnosis and therapeutic strategy. *Swiss Med J*. 2006;2(52):393-394, 397-399. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16523546>.
19. Biggs WS, Demuth RH. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Am Fam Physician*. 2011;84(8):918-924. doi:10.4135/9781452232607.n30
20. Bixo M, Allard P, Bäckström T, et al. Binding of [<sup>3</sup>H]paroxetine to serotonin uptake sites and of [<sup>3</sup>H]lysergic acid diethylamide to 5-HT<sub>2A</sub> receptors in platelets from women with premenstrual dysphoric disorder during gonadotropin releasing hormone treatment. *Psychoneuroendocrinology*. 2001;26(6):551-564. doi:10.1016/s0306-4530(01)00010-5
21. Born L, Steiner M. Current management of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2001;3(6):463-469. doi:10.1007/s11920-001-0039-5
22. Braverman P, Lesley L. Breech, MD. Safety, efficacy, actions, and patient acceptability of drospirenone/ethinyl estradiol contraceptive pills in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Int J Womens Health*. August 2009;85. doi:10.2147/ijwh.s4338
23. Breaux C, Hartlage S, Gehlert S. Relationships of premenstrual dysphoric disorder to major depression and anxiety disorders: A re-examination. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2000;21(1):17-24. doi:10.3109/01674820009075604
24. Brechin S, Owen P. Management of premenstrual dysphoric disorder. *Hosp Med*. 2003;64(6):348-351. doi:10.12968/hosp.2003.64.6.348
25. Bunevicius R, Hinderliter AL, Light KC, Leserman J, Pedersen CA, Girdler SS. Histories of sexual abuse are associated with differential effects of clonidine

- on autonomic function in women with premenstrual dysphoric disorder. *Biol Psychol.* 2005;69(3):281-296. doi:10.1016/j.biopsycho.2004.08.002
26. Bunevicius R, Hinderliter AL, Light KC, Pedersen CA, Girdler SS. Lack of beneficial effects of clonidine in the treatment of premenstrual dysphoric disorder: results of a double-blind, randomized study. *Hum Psychopharmacol Clin Exp.* 2005;20(1):33-39. doi:10.1002/hup.652
27. Callaghan GM, Chacon C, Coles C, Botts J, Laraway S. An empirical evaluation of the diagnostic criteria for premenstrual dysphoric disorder: Problems with sex specificity and validity. *Women Ther.* 2009;32(1):1-21. doi:10.1080/02703140802402396
28. Caplan PJ. The debate about pmdd and sarafem: Suggestions for therapists. *Women Ther.* 2004;27(3-4):55-67. doi:10.1300/J015v27n03\_05
29. Carlomagno G, Unfer V, Buffo S, D'Ambrosio F. Myo-inositol in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Hum Psychopharmacol Clin Exp.* 2011;26(7):526-530. doi:10.1002/hup.1241
30. Carson SA. Premenstrual Dysphoric Disorder: An OC Offers Some Relief. *Women's Health.* 2005; doi:10.1056/WH200511010000007
31. Carvalho F, Weires K, Ebling M, De Souza Rabbo Padilha M, Ferrão YA, Vercelino R. Effects of acupuncture on the symptoms of anxiety and depression caused by premenstrual dysphoric disorder. *Acupunct Med.* 2013;31(4):358-363. doi:10.1136/acupmed-2013-010394
32. Cascade E, Kalali AH, Halbreich U. Antidepressant prescribing by specialty and treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Psychiatry (Edgmont).* 2008;5(12):14-15. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19724771>.
33. Ciotta L, Pagano I, Stracquadanio M, Di Leo S, Andò A, Formuso C. Psychic aspects of the premenstrual dysphoric disorders. New therapeutic strategies: our experience with Vitex agnus castus. *Minerva Ginecológica.* 2011;63(3):237-45. <https://www.minervamedica.it/en/journals/minerva-ginecologica/article.php?cod=R09Y2011N03A0237>.

34. Cirillo PC, Passos RBF, Bevilaqua MC do N, López JRRA, Nardi AE. Bipolar disorder and premenstrual syndrome or premenstrual dysphoric disorder comorbidity: A systematic review. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34(4):467-479. doi:10.1016/j.rbp.2012.04.010
35. Claman F, Miller T. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder in Adolescence. *J Pediatr Heal Care.* 2006;20(5):329-333. doi:10.1016/j.pedhc.2006.06.001
36. Clayton A.H. Premenstrual Dysphoric Disorder: Diagnosis and Interventions. *Prim Psychiatr.* 2003;10(8):33-35.
37. [https://www.researchgate.net/publication/289889921\\_Premenstrual\\_Dysphoric\\_Disorder\\_Diagnosis\\_and\\_Interventions](https://www.researchgate.net/publication/289889921_Premenstrual_Dysphoric_Disorder_Diagnosis_and_Interventions). Accessed November 22, 2019.
38. Cohen LS, Miner C, Brown E, et al. Premenstrual daily fluoxetine for premenstrual dysphoric disorder: A placebo-controlled, clinical trial using computerized diaries. *Obstet Gynecol.* 2002;100(3):435-444. doi:10.1016/S0029-7844(02)02166-X
39. Cohen LS, Soares CN, Otto MW, Sweeney BH, Liberman RF, Harlow BL. Prevalence and predictors of premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in older premenopausal women: The Harvard study of moods and cycles. *J Affect Disord.* 2002;70(2):125-132. doi:10.1016/S0165-0327(01)00458-X
40. Cohen LS, Soares CN, Yonkers KA, Bellew KM, Bridges IM, Steiner M. Paroxetine controlled release for premenstrual dysphoric disorder: A double-blind, placebo-controlled trial. *Psychosom Med.* 2004;66(5):707-713. doi:10.1097/01.psy.0000140005.94790.9c
41. Cortina S. Advancing women's health care: Diagnostic, treatment, and social factors of PMDD. *Women Ther.* 2005;28(2):91-104. doi:10.1300/J015v28n02\_07
42. Cowley D. Luteal-Phase Dosing of SSRIs for Premenstrual Dysphoric Disorder. *Journal of Psychiatry & Neuroscience.* 2005; doi:10.1056/JP200507060000004
43. Craner J, Sigmon S, Martinson A, McGillicuddy M. Perceptions of health and somatic sensations in women reporting premenstrual syndrome and

- premenstrual dysphoric disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2013;201(9):780-785.  
doi:10.1097/NMD.ob013e3182a213f1
44. Critchlow DG, Bond AJ, Wingrove J. Mood disorder history and personality assessment in premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychiatry.* 2001;62(9):688-693. doi:10.4088/jcp.v62n0905
45. Critchlow DG, Bond AJ, Wingrove J. Women with premenstrual dysphoric disorder do not recall aberrant parenting. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2002;23(3):143-146. doi:10.3109/01674820209074666
46. Cunningham J, Yonkers KA, O'Brien S, Eriksson E. Update on research and treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Harv Rev Psychiatry.* 2009;17(2):120-137. doi:10.1080/10673220902891836
47. Damberg M, Westberg L, Berggård C, et al. Investigation of transcription factor AP-2beta genotype in women with premenstrual dysphoric disorder. *Neurosci Lett.* 2005;377(1):49-52. doi:10.1016/j.neulet.2004.11.068
48. Davis L, Yonkers KA. Diagnosis and treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 1997;1(3):149-156.  
doi:10.3109/13651509709024721
49. De Berardis D, Campanella D, Gambi F, et al. Alexithymia and body image disturbances in women with Premenstrual Dysphoric Disorder. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2005;26(4):257-264. doi:10.1080/01674820500109081
50. De Berardis D, Serroni N, Salerno RM, Ferro FM. Treatment of premenstrual dysphoric disorder (PMDD) with a novel formulation of drospirenone and ethinyl estradiol. *Ther Clin Risk Manag.* 2007;3(4):585-590.
51. de la Gándara Martín JJ, de Diego Herrero E. Premenstrual dysphoric disorder: an epidemiological study. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines.* 24(3):111-117. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8766446>.
52. de la Gandara Martin JJ. Premenstrual dysphoric disorder: long-term treatment with fluoxetine and discontinuation. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines.* 1997;25(4):235-242.

53. Dhingra V, Magnay JL, O'Brien PMS, Chapman G, Fryer AA, Ismail KMK. Serotonin receptor 1A C(-1019)G polymorphism associated with premenstrual dysphoric disorder. *Obstet Gynecol.* 2007;110(4):788-792.
54. doi:10.1097/01.AOG.0000284448.73490.ac
55. Di Giulio G, Reissing ED. Premenstrual dysphoric disorder: Prevalence, diagnostic considerations, and controversies. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2006;27(4):201-210. doi:10.1080/01674820600747269
56. Diane E. Judge MRCF. Drospirenone OC May Relieve Some PMDD Symptoms. *Womens Health.* 2001;2001. doi:10.1056/Jp200112200000016
57. Dueñas JL, Lete I, Bermejo R, et al. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a representative cohort of Spanish women of fertile age. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011;156(1):72-77. doi:10.1016/j.ejogrb.2010.12.013
58. Elliott H. Premenstrual dysphoric disorder. A guide for the treating clinician. *N C Med J.* 2002;63(2):72-75. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12063908>.
59. Endicott J, Amsterdam J, Eriksson E, et al. Is premenstrual dysphoric disorder a distinct clinical entity? *J Women's Heal Gender-Based Med.* 1999;8(5):663-679. doi:10.1089/jwh.1.1999.8.663
60. Endicott J, McLaughlin TP, Grudzinski AN. Comparison of managed care charges among patients treated with selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychiatry.* 2003;64(12):1511-1516. doi:10.4088/jcp.v64n1216
61. Endicott J. History, evolution, and diagnosis of premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychiatry.* 2000;61(SUPPL. 12):5-8.
62. Epperson CN, Haga K, Mason GF, et al. Cortical  $\gamma$ -Aminobutyric Acid Levels Across the Menstrual Cycle in Healthy Women and Those With Premenstrual Dysphoric Disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2002;59(9):851. doi:10.1001/archpsyc.59.9.851



63. Epperson CN, Pittman B, Czarkowski KA, Stiklus S, Krystal JH, Grillon C. Luteal-phase accentuation of acoustic startle response in women with premenstrual dysphoric disorder. *Neuropsychopharmacology*. 2007;32(10):2190-2198. doi:10.1038/sj.npp.1301351
64. Epperson CN, Steiner M, Hartlage SA, et al. Premenstrual Dysphoric Disorder: Evidence for a New Category for DSM-5. *Am J Psychiatry*. 2012;169(5):465-475. doi:10.1176/appi.ajp.2012.11081302
65. Epperson CN. Premenstrual dysphoric disorder and the brain. *Am J Psychiatry*. 2013;170(3):248-252. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12121555
66. Eriksson E, Ekman A, Sinclair S, et al. Escitalopram administered in the luteal phase exerts a marked and dose-dependent effect in premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2008;28(2):195-202. doi:10.1097/JCP.0b013e3181678a28
67. Eriksson E, Endicott J, Andersch B, et al. New perspectives on the treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Arch Womens Ment Health*. 2002;4(4):111-119. doi:10.1007/s007370200009
68. Evans SM, Foltin RW, Fischman MW. Food “cravings” and the acute effects of alprazolam on food intake in women with premenstrual dysphoric disorder. *Appetite*. 1999;32(3):331-349. doi:10.1006/appe.1998.0222
69. Fenton C, Wellington K, Moen MD, Robinson DM. Drospirenone/ethinylestradiol 3mg/20µg (24/4 day regimen): A review of its use in contraception, premenstrual dysphoric disorder and moderate acne vulgaris. *Drugs*. 2007;67(12):1749-1765. doi:10.2165/00003495-200767120-00007
70. Fingeld DL. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder. *Perspect Psychiatr Care*. 2009;38(2):50-60. doi:10.1111/j.1744-6163.2002.tb00657.x
71. FitzGerald M, Malone KM, Li S, et al. Blunted serotonin response to fenfluramine challenge in premenstrual dysphoric disorder. *Am J Psychiatry*. 1997;154(4):556-558. doi:10.1176/ajp.154.4.556

72. Fogelson DL. Nefazodone- and/or sodium tetradecyl sulfate-associated leukopenia, fever, and shaking chills in a patient with premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 1997;17(3):222-223.
73. Frackiewicz EJ, Shiovitz TM. Evaluation and management of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 2001;41(3):437-447. doi:10.1016/S1086-5802(16)31257-8
74. Freeman EW, Halbreich U, Grubb GS, et al. An overview of four studies of a continuous oral contraceptive (levonorgestrel 90 mcg/ethinyl estradiol 20 mcg) on premenstrual dysphoric disorder and premenstrual syndrome. *Contraception*. 2012;85(5):437-445. doi:10.1016/j.contraception.2011.09.010
75. Freeman EW, Kroll R, Rapkin A, et al. Evaluation of a unique oral contraceptive in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *J Women's Heal Gender-Based Med*. 2001;10(6):561-569. doi:10.1089/15246090152543148
76. Freeman EW, Rickels K, Sondheimer SJ, Polansky M, Xiao S. Continuous or Intermittent Dosing with Sertraline for Patients with Severe Premenstrual Syndrome or Premenstrual Dysphoric Disorder. *Am J Psychiatry*. 2004;161(2):343-351. doi:10.1176/appi.ajp.161.2.343
77. Freeman EW, Rickels K, Sondheimer SJ, Polansky M. Differential response to antidepressants in women with premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder: A randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(10):932-939. doi:10.1001/archpsyc.56.10.932
78. Freeman EW, Rickels K, Sondheimer SJ. Fluvoxamine for premenstrual dysphoric disorder: a pilot study. *J Clin Psychiatry*. 1996;57 Suppl 8:56-9; discussion 60. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8698682>.
79. Freeman EW, Rickels K, Yonkers KA, Kunz NR, McPherson MK, Upton GV. Venlafaxine in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Obstet Gynecol*. 2001;98(5):737-744. doi:10.1016/S0029-7844(01)01530-7

80. Freeman EW. Current update of hormonal and psychotropic drug treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2002;4(6):435-440. doi:10.1007/s11920-002-0071-0
81. Freeman EW. Effects of antidepressants on quality of life in women with premenstrual dysphoric disorder. *Pharmacoeconomics.* 2005;23(5):433-444. doi:10.2165/00019053-200523050-00003
82. Freeman EW. Evaluation of a unique oral contraceptive (Yasmin) in the management of premenstrual dysphoric disorder. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2002;7 Suppl 3:27-34-3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12659404>.
83. Freeman EW. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: definitions and diagnosis. *Psychoneuroendocrinology.* 2003;28 Suppl 3:25-37. doi:10.1016/s0306-4530(03)00099-4
84. Frey BN, Minuzzi L. Comorbid bipolar disorder and premenstrual dysphoric disorder: Real patients, unanswered questions. *Arch Womens Ment Health.* 2013;16(1):79-81. doi:10.1007/s00737-012-0313-z
85. Fryer CP, Kaspi SP, Fallon SK, Moline ML, Severino SK. Premenstrual dysphoric disorder: Literature review. *Arch Womens Ment Health.* 1999;2(1):1-27. doi:10.1007/s007370050031
86. Gabriel M. The application of hypnosis in the long-term treatment of a woman who presented with premenstrual dysphoric disorder. *AJCEH.* 2009;37:37-48.
87. Gehlert S, Chang CH, Hartlage S. Establishing the diagnostic validity of premenstrual dysphoric disorder using rasch analysis. *J Outcome Meas.* 1997;1(1):2-18. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9661712>. Accessed November 30, 2019.
88. Gehlert S, Chang CH, Hartlage S. Symptom Patterns of Premenstrual Dysphoric Disorder as Defined in the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -IV.* *J Women's Heal.* 1999;8(1):75-85. doi:10.1089/jwh.1999.8.75

89. Gehlert S, Hartlage S. A design for studying the DSM-IV research criteria of premenstrual dysphoric disorder. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1997;18(1):36-44. doi:10.3109/01674829709085567
90. Gehlert S, Song IH, Chang CH, Hartlage SA. The prevalence of premenstrual dysphoric disorder in a randomly selected group of urban and rural women. *Psychol Med.* 2009;39(1):129-136. doi:10.1017/S003329170800322X
91. Gingnell M, Bannbers E, Wikström J, Fredrikson M, Sundström-Poromaa I. Premenstrual dysphoric disorder and prefrontal reactivity during anticipation of emotional stimuli. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2013;23(11):1474-1483.
92. Gingnell M, Comasco E, Orelund L, Fredrikson M, Sundström-Poromaa I. Neuroticism-related personality traits are related to symptom severity in patients with premenstrual dysphoric disorder and to the serotonin transporter gene-linked polymorphism 5-HTTLPR. *Arch Womens Ment Health.* 2010;13(5):417-423. doi:10.1007/s00737-010-0164-4
93. Gingnell M, Morell A, Bannbers E, Wikström J, Sundström Poromaa I. Menstrual cycle effects on amygdala reactivity to emotional stimulation in premenstrual dysphoric disorder. *Horm Behav.* 2012;62(4):400-406. doi:10.1016/j.yhbeh.2012.07.005
94. Girdler SS, Leserman J, Bunevicius R, Klatzkin R, Pedersen CA, Light KC. Persistent alterations in biological profiles in women with abuse histories: Influence of premenstrual dysphoric disorder. *Heal Psychol.* 2007;26(2):201-213. doi:10.1037/0278-6133.26.2.201
95. Girdler SS, Pedersen CA, Straneva PA, et al. Dysregulation of cardiovascular and neuroendocrine responses to stress in premenstrual dysphoric disorder. *Psychiatry Res.* 1998;81(2):163-178. doi:10.1016/s0165-1781(98)00074-2
96. Girdler SS, Sherwood A, Hinderliter AL, et al. Biological correlates of abuse in women with premenstrual dysphoric disorder and healthy controls. *Psychosom Med.* 65(5):849-856. doi:10.1097/01.psy.0000088593.38201.cd

97. Girdler SS, Straneva PA, Light KC, Pedersen CA, Morrow AL. Allopregnanolone levels and reactivity to mental stress in premenstrual dysphoric disorder. *Biol Psychiatry*. 2001;49(9):788-797. doi:10.1016/S0006-3223(00)01044-1
98. Girdler SS, Thompson KS, Light KC, Leserman J, Pedersen CA, Prange AJ. Historical sexual abuse and current thyroid axis profiles in women with premenstrual dysphoric disorder. *Psychosom Med*. 2004;66(3):403-410. doi:10.1097/01.psy.0000127690.38525.ab
99. Gise LH. The PMDD Phenomenon: Breakthrough Treatments for Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) and Extreme Premenstrual Syndrome (PMS). *Psychiatr Serv*. 2003;54(9):1294-1294. doi:10.1176/appi.ps.54.9.1294
100. Gold JH. Premenstrual dysphoric disorder. What's that? *JAMA*. 1997;278(12):1024-1025. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9307354>.
101. Gonda X, Telek T, Juhász G, Lazary J, Vargha A, Bagdy G. Patterns of mood changes throughout the reproductive cycle in healthy women without premenstrual dysphoric disorders. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry*. 2008;32(8):1782-1788. doi:10.1016/j.pnpbp.2008.07.016
102. Gorman JM, Kent J, Martinez J, Browne S, Coplan J, Papp LA. Physiological changes during carbon dioxide inhalation in patients with panic disorder, major depression, and premenstrual dysphoric disorder: Evidence for a central fear mechanism. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(2):125-131. doi:10.1001/archpsyc.58.2.125
103. Grady-Weliky TA. Premenstrual dysphoric disorder. *N Engl J Med*. 2003;348(5):433-438. doi:10.1056/NEJMc012067
104. Gruber AJ, Hudson JI, Pope HG. The management of treatment-resistant depression in disorders on the interface of psychiatry and medicine: Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, migraine, irritable bowel syndrome, atypical facial pain, and premenstrual dysphoric disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1996;19(2):351-369. doi:10.1016/S0193-953X(05)70292-6

105. Guedj F. Premenstrual dysphoric disorder: diagnostic and therapeutic approach. *Rev Prat.* 1997;47(17):1907-1912.
106. Guille C, Spencer S, Cavus I, Epperson CN. The role of sex steroids in catamenial epilepsy and premenstrual dysphoric disorder: Implications for diagnosis and treatment. *Epilepsy Behav.* 2008;13(1):12-24.  
doi:10.1016/j.yebeh.2008.02.004
107. Gurguis GN, Yonkers KA, Blakeley JE, Phan SP, Williams A, Rush AJ. Adrenergic receptors in premenstrual dysphoric disorder. II. Neutrophil beta2-adrenergic receptors: Gs protein coupling, phase of menstrual cycle and prediction of luteal phase symptom severity. *Psychiatry Res.* 1998;79(1):31-42.  
doi:10.1016/S0165-1781(98)00025-0
108. Halbreich JT, Halbreich U, Smail N. Screening of patients for clinical trials of premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder: Methodological issues. *Psychiatry Res.* 2006;141(3):349-352. doi:10.1016/j.psychres.2005.08.003
109. Halbreich U, Bergeron R, Yonkers KA, Freeman E, Stout AL, Cohen L. Efficacy of intermittent, luteal phase sertraline treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Obstet Gynecol.* 2002;100(6):1219-1229. doi:10.1016/S0029-7844(02)02326-8
110. Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, Kahn LS. The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology.* 2003;28(SUPPL. 3):1-23. doi:10.1016/S0306-4530(03)00098-2
111. Halbreich U, Freeman EW, Rapkin AJ, et al. Continuous oral levonorgestrel/ethinyl estradiol for treating premenstrual dysphoric disorder. *Contraception.* 2012;85(1):19-27. doi:10.1016/j.contraception.2011.05.008
112. Halbreich U, Kahn LS. Are women with premenstrual dysphoric disorder prone to osteoporosis? *Psychosom Med.* 2001;63(3):361-364. doi:10.1097/00006842-200105000-00005

113. Halbreich U, Kahn LS. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with luteal phase dosing of sertraline. *Expert Opin Pharmacother*. 2003;4(11):2065-2078. doi:10.1517/14656566.4.11.2065
114. Halbreich U, Monacelli E. Some clues to the etiology of premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder. *Prim Psychiatr*. 2004;11(12):33-40.
115. Halbreich U, Petty F, Yonkers K, Kramer GL, Rush AJ, Bibi KW. Low plasma  $\gamma$ -aminobutyric acid levels during the late luteal phase of women with premenstrual dysphoric disorder. *Am J Psychiatry*. 1996;153(5):718-720. doi:10.1176/ajp.153.5.718
116. Halbreich U. Premenstrual dysphoric disorders: A diversified cluster of vulnerability traits to depression. *Acta Psychiatr Scand*. 1997;95(3):169-176. doi:10.1111/j.1600-0447.1997.tb09616.x
117. Halbreich U. Selective serotonin reuptake inhibitors and initial oral contraceptives for the treatment of PMDD: effective but not enough. *CNS Spectr*. 2008;13(7):566-572. doi:10.1017/s1092852900016849
118. Halbreich U. The diagnosis of premenstrual syndromes and premenstrual dysphoric disorder - Clinical procedures and research perspectives. *Gynecol Endocrinol*. 2004;19(6):320-334. doi:10.1080/0951590400018215
119. Hartlage SA, Arduino KE, Gehlert S. Premenstrual dysphoric disorder and risk for major depressive disorder: A preliminary study. *J Clin Psychol*. 2001;57(12):1571-1578. doi:10.1002/jclp.1119
120. Hartlage SA, Arduino KE. Toward the content validity of premenstrual dysphoric disorder: Do anger and irritability more than depressed mood represent treatment-seekers' experiences? *Psychol Rep*. 2002;90(1):189-202. doi:10.2466/pro.2002.90.1.189
121. Hartlage SA, Freels S, Gotman N, Yonkers K. Criteria for premenstrual dysphoric disorder: Secondary analyses of relevant data sets. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(3):300-305. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.1368

122. Hartlage SA, Gehlert S. Differentiating Premenstrual Dysphoric Disorder From Premenstrual Exacerbations of Other Disorders: A Methods Dilemma. *Clin Psychol Sci Pract.* 2006;8(2):242-253. doi:10.1093/clipsy.8.2.242
123. Hartman EE, Daley J. A 45-year-old woman with premenstrual dysphoric disorder, 1 year later. *J Am Med Assoc.* 1999;282(8):770. doi:10.1001/jama.282.8.770
124. Herzog AG, Smithson SD, Fowler KM, et al. Premenstrual dysphoric disorder in women with epilepsy: Relationships to potential epileptic, antiepileptic drug, and reproductive endocrine factors. *Epilepsy Behav.* 2011;21(4):391-396. doi:10.1016/j.yebeh.2011.05.024
125. Hill LD, Gray JJ, Carter MM, Schulkin J. Obstetrician-gynecologists' decision making about the diagnosis of major depressive disorder and premenstrual dysphoric disorder. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2005;26(1):41-51. doi:10.1080/01443610400023023
126. Hill LD, Greenberg BD, Holzman GB, Schulkin J. Obstetrician-gynecologists' attitudes towards premenstrual dysphoric disorder and major depressive disorder. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2001;22(4):241-250. doi:10.3109/01674820109049979
127. Hong JP, Park S, Wang HR, et al. Prevalence, correlates, comorbidities, and suicidal tendencies of premenstrual dysphoric disorder in a nationwide sample of Korean women. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012;47(12):1937-1945. doi:10.1007/s00127-012-0509-6
128. Hsiao CC, Liu CY, Hsiao MC. No correlation of depression and anxiety to plasma estrogen and progesterone levels in patients with premenstrual dysphoric disorder. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2004;58(6):593-599. doi:10.1111/j.1440-1819.2004.01308.x
129. Hsiao MC, Liu CY, Hsu SC, Hsiao CC, Lin YH, Hsieh TTA. Elevated serum cholesterol levels in women with premenstrual dysphoric disorder. *Int J Psychiatry Med.* 2011;42(1):85-92. doi:10.2190/PM.42.1.f



130. Hsiao MC, Liu CY. Antidepressant-related hypomania in a patient with premenstrual dysphoric disorder [6]. *J Clin Psychopharmacol*. 2002;22(5):534-535. doi:10.1097/00004714-200210000-00021
131. Hsiao MC, Liu CY. Effective open-label treatment of premenstrual dysphoric disorder with venlafaxine. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2003;57(3):317-321. doi:10.1046/j.1440-1819.2003.01123.x
132. Hsu SC, Liu CY, Hsiao MC. A comparison of the Tridimensional Personality Questionnaire in premenstrual dysphoric disorder and major depressive disorder. *Compr Psychiatry*. 2007;48(4):366-370. doi:10.1016/j.comppsy.2007.02.006
133. Huang KL, Tsai SJ. St. John's Wort (*hypericum perforatum*) as a treatment for premenstrual dysphoric disorder: Case report. *Int J Psychiatry Med*. 2003;33(3):295-297. doi:10.2190/RERY-N6AC-NADC-EHY4
134. Hunter MS, Ussher JM, Browne SJ, Cariss M, Jelley R, Katz M. A randomized comparison of psychological (cognitive behavior therapy), medical (fluoxetine) and combined treatment for women with premenstrual dysphoric disorder. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2002;23(3):193-199. doi:10.3109/01674820209074672
135. Hunter MS, Ussher JM, Cariss M, Browne S, Jelley R, Katz M. Medical (fluoxetine) and psychological (cognitive-behavioural therapy) treatment for premenstrual dysphoric disorder: a study of treatment processes. *J Psychosom Res*. 2002;53(3):811-817.
136. Huo L, Straub RE, Roca C, et al. Risk for Premenstrual Dysphoric Disorder Is Associated with Genetic Variation in ESR1, the Estrogen Receptor Alpha Gene. *Biol Psychiatry*. 2007;62(8):925-933. doi:10.1016/j.biopsych.2006.12.019
137. Inoue Y, Terao T, Iwata N, et al. Fluctuating serotonergic function in premenstrual dysphoric disorder and premenstrual syndrome: Findings from neuroendocrine challenge tests. *Psychopharmacology (Berl)*. 2007;190(2):213-219. doi:10.1007/s00213-006-0607-9

138. Issa BA, Yussuf AD, Olatinwo AWO, Ighodalo M. Premenstrual dysphoric disorder among medical students of a Nigerian university. *Ann Afr Med.* 2010;9(3):118-122. doi:10.4103/1596-3519.68354
139. Jarvis CI, Lynch AM, Morin AK. Management Strategies for Premenstrual Syndrome/Premenstrual Dysphoric Disorder. *Ann Pharmacother.* 2008;42(7-8):967-978. doi:10.1345/aph.1K673
140. Jeong HG, Ham BJ, Yeo H Bin, Jung IK, Joe SH. Gray matter abnormalities in patients with premenstrual dysphoric disorder: An optimized voxel-based morphometry. *J Affect Disord.* 2012;140(3):260-267. doi:10.1016/j.jad.2012.02.010
141. Johnson SR. Premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder, and beyond: A clinical primer for practitioners. *Obstet Gynecol.* 2004;104(4):845-859. doi:10.1097/01.AOG.0000140686.66212.1e
142. Kask K, Bäckström T, Lundgren P, Sundström Poromaa I. Allopregnanolone has no effect on startle response and prepulse inhibition of startle response in patients with premenstrual dysphoric disorder or healthy controls. *Pharmacol Biochem Behav.* 2009;92(4):608-613. doi:10.1016/j.pbb.2009.02.014
143. Kask K, Gulinello M, Bäckström T, Geyer MA, Sundström-Poromaa I. Patients with premenstrual dysphoric disorder have increased startle response across both cycle phases and lower levels of prepulse inhibition during the late luteal phase of the menstrual cycle. *Neuropsychopharmacology.* 2008;33(9):2283-2290. doi:10.1038/sj.npp.1301599
144. Kaur G, Gonsalves L, Thacker HL. Premenstrual dysphoric disorder: A review for the treating practitioner. *Cleve Clin J Med.* 2004;71(4):303-321. doi:10.3949/ccjm.71.4.303
145. Kayatekin ZE, Sabo AN, Halbreich U. Levetiracetam for treatment of premenstrual dysphoric disorder: A pilot, open-label study. *Arch Womens Ment Health.* 2008;11(3):207-211. doi:10.1007/s00737-008-0014-9

146. Kelderhouse K, Taylor JS. A review of treatment and management modalities for premenstrual dysphoric disorder. *Nurs Womens Health*. 2013;17(4):294-305. doi:10.1111/1751-486X.12048
147. Kent JM, Papp LA, Martinez JM, et al. Specificity of panic response to CO<sub>2</sub> inhalation in panic disorder: A comparison with major depression and premenstrual dysphoric disorder. *Am J Psychiatry*. 2001;158(1):58-67. doi:10.1176/appi.ajp.158.1.58
148. Kim DR, Gyulai L, Freeman EW, Morrison MF, Baldassano C, Dubé B. Premenstrual dysphoric disorder and psychiatric co-morbidity. *Arch Womens Ment Health*. 2004;7(1):37-47. doi:10.1007/s00737-003-0027-3
149. Klatzkin RR, Leslie Morrow A, Light KC, Pedersen CA, Girdler SS. Associations of histories of depression and PMDD diagnosis with allopregnanolone concentrations following the oral administration of micronized progesterone. *Psychoneuroendocrinology*. 2006;31(10):1208-1219. doi:10.1016/j.psyneuen.2006.09.002
150. Klatzkin RR, Lindgren ME, Forneris CA, Girdler SS. Histories of major depression and premenstrual dysphoric disorder: Evidence for phenotypic differences. *Biol Psychol*. 2010;84(2):235-247. doi:10.1016/j.biopsycho.2010.01.018
151. Kleinstäuber M, Witthöft M, Hiller W. Cognitive-behavioral and pharmacological interventions for premenstrual syndrome or premenstrual dysphoric disorder: A meta-analysis. *J Clin Psychol Med Settings*. 2012;19(3):308-319. doi:10.1007/s10880-012-9299-y
152. Ko C-H, Long C-Y, Chen S-YCI-J, Huang T-H, Yen J-Y. Depression, Irritability, and Anxiety in Women with Premenstrual Dysphoric Disorder. *Int J Psychiatry Med*. 2013;46(1):39-55. doi:10.2190/PM.46.1.d
153. Kodesh A, Katz S, Lerner AG, Finkel B, Sigal M. Intermittent, luteal phase nefazodone treatment of premenstrual dysphoric disorder. *J Psychopharmacol*. 2001;15(1):58-60. doi:10.1177/026988110101500110

154. Krasnik C, Montori VM, Guyatt GH, Heels-Ansdell D, Busse JW. The effect of bright light therapy on depression associated with premenstrual dysphoric disorder. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(3):658-661. doi:10.1016/j.ajog.2005.01.055
155. Kratz K, Anderson S, Poppen B. Premenstrual dysphoric disorder: treatment with sertraline, neuropsychological effects, and flight status. *Aviat Space Environ Med.* 2007;78(5 Suppl):B138-43. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17547314>.
156. Kuan AJ, Carter DMG, Ott FJ. Distress levels in patients with premenstrual dysphoric disorder [5]. *Can J Psychiatry.* 2002;47(9):888-889. doi:10.1177/070674370204700920
157. Landén M, Nissbrandt H, Allgulander C, Sörvik K, Ysander C, Eriksson E. Placebo-controlled trial comparing intermittent and continuous paroxetine in premenstrual dysphoric disorder. *Neuropsychopharmacology.* 2007;32(1):153-161. doi:10.1038/sj.npp.1301216
158. Landén M, Wennerblom B, Tygesen H, et al. Heart rate variability in premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology.* 2004;29(6):733-740. doi:10.1016/S0306-4530(03)00117-3
159. Le Mellédo JM, Merani S, Koszycki D, et al. Sensitivity to CCK-4 in women with and without premenstrual dysphoric disorder (PMDD) during their follicular and luteal phases. *Neuropsychopharmacology.* 1999;20(1):81-91. doi:10.1016/S0893-133X(98)00057-8
160. Le Mellédo JM, Van Driel M, Coupland NJ, Lott P, Jhangri GS. Response to flumazenil in women with premenstrual dysphoric disorder. *Am J Psychiatry.* 2000;157(5):821-823. doi:10.1176/appi.ajp.157.5.821
161. Leminen H, Paavonen J. [PMS and PMDD]. *Duodecim.* 2013;129(17):1756-1763. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24159708>.
162. Lenzinger E, Diamant K, Vytiska-Binstorfer E, Kasper S. Premenstrual dysphoric disorder. An overview of diagnosis, epidemiology and therapeutic approaches. *Nervenarzt.* 1997;68(9):708-718.

163. Lete I, Dueñas JL, Serrano I, et al. Attitudes of Spanish women toward premenstrual symptoms, premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: Results of a nationwide survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011;159(1):115-118. doi:10.1016/j.ejogrb.2011.06.041
164. Leusden HIM van. Premenstrual syndrome no progesterone; premenstrual dysphoric disorder no serotonin deficiency. *Lancet.* 1995;346(8988):1443-1444. doi:10.5555/URI:PII:S014067369592468X
165. Lin IM, Tsai YC, Peper E, Yen CF. Depressive mood and frontal alpha asymmetry during the luteal phase in premenstrual dysphoric disorder. *J Obstet Gynaecol Res.* 2013;39(5):998-1006. doi:10.1111/jog.12020
166. Lin J, Thompson DS. Treating premenstrual dysphoric disorder using serotonin agents. *J Women's Heal Gender-Based Med.* 2001;10(8):745-750. doi:10.1089/15246090152636497
167. Ling FW. Recognizing and treating premenstrual dysphoric disorder in the obstetric, gynecologic, and primary care practices. *J Clin Psychiatry.* 2000;61(SUPPL. 12):9-16.
168. Lustyk MKB, Gerrish WG, Shaver S, Keys SL. Cognitive-behavioral therapy for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: A systematic review. *Arch Womens Ment Health.* 2009;12(2):85-96. doi:10.1007/s00737-009-0052-y
169. Magnay JL, El-Shourbagy M, Fryer AA, O'Brien S, Ismail KMK. Analysis of the serotonin transporter promoter rs25531 polymorphism in premenstrual dysphoric disorder. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203(2):181.e1-181.e5. doi:10.1016/j.ajog.2010.02.043
170. Magnay JL, Ismail KMK, Chapman G, Cioni L, Jones PW, O'Brien S. Serotonin transporter, tryptophan hydroxylase, and monoamine oxidase A gene polymorphisms in premenstrual dysphoric disorder. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195(5):1254-1259. doi:10.1016/j.ajog.2006.06.087

171. Man MS, MacMillan I, Scott J, Young AH. Mood, neuropsychological function and cognitions in premenstrual dysphoric disorder. *Psychol Med.* 1999;29(3):727-733. doi:10.1017/s0033291798007715
172. Marr J, Heinemann K, Kunz M, Rapkin A. Ethinyl estradiol 20 µg/drospirenone 3 mg 24/4 oral contraceptive for the treatment of functional impairment in women with premenstrual dysphoric disorder. *Int J Gynecol Obstet.* 2011;113(2):103-107. doi:10.1016/j.ijgo.2010.10.029
173. Marr J, Niknian M, Shulman LP, Lynen R. Premenstrual dysphoric disorder symptom cluster improvement by cycle with the combined oral contraceptive ethinylestradiol 20 mcg plus drospirenone 3 mg administered in a 24/4 regimen. *Contraception.* 2011;84(1):81-86. doi:10.1016/j.contraception.2010.10.010
174. Matsumoto T, Asakura H, Hayashi T. Biopsychosocial aspects of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Gynecol Endocrinol.* 2013;29(1):67-73. doi:10.3109/09513590.2012.705383
175. Matsumoto T, Ushiroyama T, Kimura T, Hayashi T, Moritani T. Altered autonomic nervous system activity as a potential etiological factor of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Biopsychosoc Med.* 2007;1. doi:10.1186/1751-0759-1-24
176. Matusевич D, Pieczanski P. The medicalization of feminine suffering: premenstrual dysphoric disorder. *Vertex.* 19(81):280-291. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19835030>.
177. Mazza M, Harnic D, Catalano V, Janiri L, Bria P. Duloxetine for premenstrual dysphoric disorder: A pilot study. *Expert Opin Pharmacother.* 2008;9(4):517-521. doi:10.1517/14656566.9.4.517
178. McHichi alami K, Tahiri SM, Moussaoui D, Kadri N. Assessment of premenstrual dysphoric disorder symptoms: population of women in Casablanca. *Encephale.* 28(6 Pt 1):525-530. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12506265>.

179. Melledo JM, Bradwejn J, Koszycki D, Bichet D. Premenstrual Dysphoric Disorder and Response to Cholecystokinin-Tetrapeptide. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(7):605-606. doi:10.1001/archpsyc.1995.03950190087012
180. Mencacci C et al. A preliminary investigation of clinical and demographic predictors of improvement to duloxetine treatment in patients with premenstrual dysphoric disorder and comorbid major depression. 2010. *Clinical Neuropsychiatry*. 2010;7(4):149-155.
181. Miller A, Vo H, Huo L, Roca C, Schmidt PJ, Rubinow DR. Estrogen receptor alpha (ESR-1) associations with psychological traits in women with PMDD and controls. *J Psychiatr Res*. 2010;44(12):788-794. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.01.013
182. Misri S, Kendrick K. Paroxetine use in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Women's Heal*. 2006;2(1):43-51. doi:10.2217/17455057.2.1.43
183. Mitwally MF, Kahn LS, Halbreich U. Pharmacotherapy of premenstrual syndromes and premenstrual dysphoric disorder: Current practices. *Expert Opin Pharmacother*. 2002;3(11):1577-1590. doi:10.1517/14656566.3.11.1577
184. Miyaoka Y, Akimoto Y, Ueda K, et al. Fulfillment of the premenstrual dysphoric disorder criteria confirmed using a self-rating questionnaire among Japanese women with depressive disorders. *Biopsychosoc Med*. 2011;5. doi:10.1186/1751-0759-5-5
185. Morgan M, Rapkin A. Cognitive flexibility, reaction time, and attention in women with premenstrual dysphoric disorder. *J Gen Specif Med*. 5(3):28-36. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12078060>.
186. Muzina KS, Gonsalves L. Commonly asked questions about premenstrual dysphoric disorder. *Cleve Clin J Med*. 1998;65(3):142-149. doi:10.3949/ccjm.65.3.142
187. Nash HC, Chrisler JC. Is a Little (Psychiatric) Knowledge a Dangerous Thing?: The Impact of Premenstrual Dysphoric Disorder on Perceptions of Premenstrual Women. *Psychol Women Q*. 1997;21(2):315-322. doi:10.1111/j.1471-6402.1997.tb00115.x

188. Nemets B, Talesnick B, Belmaker RH, Levine J. Myo-inositol has no beneficial effect on premenstrual dysphoric disorder. *World J Biol Psychiatry*. 2002;3(3):147-149. doi:10.3109/15622970209150615
189. Nogueira Pires ML, Calil HM. Clinical utility of the premenstrual assessment form as an instrument auxiliary to the diagnosis of premenstrual dysphoric disorder. *Psychiatry Res*. 2000;94(3):211-219. doi:10.1016/s0165-1781(00)00151-7
190. Nyberg S, Wahlström G, Bäckström T, Poromaa IS. Altered sensitivity to alcohol in the late luteal phase among patients with premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology*. 2004;29(6):767-777. doi:10.1016/S0306-4530(03)00121-5
191. Offman A, Kleinplatz PJ. Does PMDD belong in the DSM? Challenging the medicalization of women's bodies. *CJHS*. 2004;13(1):17-27.
192. Ogebe O, Abdulmalik J, Bello-Mojeed MA, et al. A comparison of the prevalence of premenstrual dysphoric disorder and comorbidities among adolescents in the united states of america and nigeria. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2011;24(6):397-403. doi:10.1016/j.jpag.2011.07.009
193. Omole F, Hacker Y, Patterson E, Isang M, Bell-Carter D. Easing the burden of premenstrual dysphoric disorder. *J Fam Pract*. 2013;62(1):E1-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23326823>
194. Omu FE, Al-Marzouk R, Delles H, Oranye NO, Omu AE. Premenstrual dysphoric disorder: Prevalence and effects on nursing students' academic performance and clinical training in Kuwait. *J Clin Nurs*. 2011;20(19-20):2915-2923. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03708.x
195. Oral E, Ozcan H, Kirkan TS, Askin S, Gulec M, Aydin N. Luteal serum BDNF and HSP70 levels in women with premenstrual dysphoric disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2013;263(8):685-693. doi:10.1007/s00406-013-0398-z
196. Parry B. Psychobiology of Premenstrual Dysphoric Disorder. *Semin Reprod Med*. 1997;15(1):55-68. doi:10.1055/s-2008-1067968



197. Parry BL, Berga SL, Mostofi N, Klauber MR, Resnick A. Plasma Melatonin Circadian Rhythms during the Menstrual Cycle and after Light Therapy in Premenstrual Dysphoric Disorder and Normal Control Subjects. *J Biol Rhythms*. 1997;12(1):47-64. doi:10.1177/074873049701200107
198. Parry BL, Cover H, Mostofi N, et al. Early versus late partial sleep deprivation in patients with premenstrual dysphoric disorder and normal comparison subjects. *Am J Psychiatry*. 1995;152(3):404-412. doi:10.1176/ajp.152.3.404
199. Parry BL, Hartman EE. A 45-year-old woman with premenstrual dysphoric disorder. *JAMA*. 1999;368-373. doi:10.1001/jama.281.4.368.
200. Parry BL, Hauger R, LeVeau B, et al. Circadian rhythms of prolactin and thyroid-stimulating hormone during the menstrual cycle and early versus late sleep deprivation in premenstrual dysphoric disorder. *Psychiatry Res*. 1996;62(2):147-160. doi:10.1016/0165-1781(96)02905-8
201. Parry BL, Javeed S, Laughlin GA, Hauger R, Clopton P. Cortisol circadian rhythms during the menstrual cycle and with sleep deprivation in premenstrual dysphoric disorder and normal control subjects. *Biol Psychiatry*. 2000;48(9):920-931. doi:10.1016/S0006-3223(00)00876-3
202. Parry BL, LeVeau B, Mostofi N, et al. Temperature circadian rhythms during the menstrual cycle and sleep deprivation in premenstrual dysphoric disorder and normal comparison subjects. *J Biol Rhythms*. 1997;12(1):34-46. doi:10.1177/074873049701200106
203. Parry BL, Meliska CJ, Martínez LF, et al. Late, but not early, wake therapy reduces morning plasma melatonin: Relationship to mood in Premenstrual Dysphoric Disorder. *Psychiatry Res*. 2008;161(1):76-86. doi:10.1016/j.psychres.2007.11.017
204. Parry BL, Meliska CJ, Sorenson DL, et al. Increased sensitivity to light-induced melatonin suppression in premenstrual dysphoric disorder. *Chronobiol Int*. 2010;27(7):1438-1453. doi:10.3109/07420528.2010.503331

205. Parry BL, Meliska CJ, Sorenson DL, et al. Reduced phase-advance of plasma melatonin after bright morning light in the luteal, but not follicular, menstrual cycle phase in premenstrual dysphoric disorder: An extended study. *Chronobiol Int*. 2011;28(5):415-424. doi:10.3109/07420528.2011.567365
206. Parry BL, Udell C, Elliott JA, et al. Blunted Phase-Shift Responses to Morning Bright Light in Premenstrual Dysphoric Disorder. *J Biol Rhythms*. 1997;12(5):443-456. doi:10.1177/074873049701200506
207. Pearlstein T. Hormonal and nonpharmacologic treatments for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Prim Psychiatr*. 2004;11(12):33-40.
- 208.
209. Pearlstein T, Joliat MJ, Brown EB, Miner CM. Recurrence of symptoms of premenstrual dysphoric disorder after the cessation of luteal-phase fluoxetine treatment. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;188(4):887-895. doi:10.1067/mob.2003.207
210. Pearlstein T, Steiner M. Premenstrual dysphoric disorder: Burden of illness and treatment update. In: *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. Vol 33. Canadian Medical Association; 2008:291-301. doi:10.1176/appi.focus.10.1.90
211. Pearlstein T, Yonkers KA, Fayyad R, Gillespie JA. Pretreatment pattern of symptom expression in premenstrual dysphoric disorder. *J Affect Disord*. 2005;85(3):275-282. doi:10.1016/j.jad.2004.10.004
212. Pearlstein T, Yonkers KA. Review of fluoxetine and its clinical applications in premenstrual dysphoric disorder. *Expert Opin Pharmacother*. 2002;3(7):979-991. doi:10.1517/14656566.3.7.979
213. Pearlstein T. Premenstrual dysphoric disorder: Out of the appendix. *Arch Womens Ment Health*. 2010;13(1):21-23. doi:10.1007/s00737-009-0111-4
214. Pearlstein TB, Bachmann GA, Zacur HA, Yonkers KA. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with a new drospirenone-containing oral

- contraceptive formulation. *Contraception*. 2005;72(6):414-421.  
doi:10.1016/j.contraception.2005.08.021
215. Pearlstein TB, Halbreich U, Batar ED, et al. Psychosocial functioning in women with premenstrual dysphoric disorder before and after treatment with sertraline or placebo. *J Clin Psychiatry*. 2000;61(2):101-109.  
doi:10.4088/jcp.v61n0205
216. Pearlstein TB, Stone AB, Lund SA, Scheft H, Zlotnick C, Brown WA. Comparison of fluoxetine, bupropion, and placebo in the treatment. *J Clin Psychopharmacol*. 1997;17(4):261-266. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9241004>.
217. Perez-Lopez FR, Chedraui P, Perez-Roncero G, Lopez-Baena MT, Cuadros-Lopez JL. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: Symptoms and Cluster Influences. *Open Psychiatr J*. 2009;3(1):39-49.  
doi:10.2174/1874354400903010039
218. Perkonigg A, Yonkers KA, Pfister H, Lieb R, Wittchen H-U. Risk factors for premenstrual dysphoric disorder in a community sample of young women: the role of traumatic events and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(10):1314-1322. doi:10.4088/jcp.v65n1004
219. Pilver CE, Desai R, Kasl S, Levy BR. Lifetime discrimination associated with greater likelihood of premenstrual dysphoric disorder. *J Women's Heal*. 2011;20(6):923-931. doi:10.1089/jwh.2010.2456
220. Pilver CE, Kasl S, Desai R, Levy BR. Exposure to american culture is associated with premenstrual dysphoric disorder among ethnic minority women. *J Affect Disord*. 2011;130(1-2):334-341. doi:10.1016/j.jad.2010.10.013
221. Pilver CE, Levy BR, Libby DJ, Desai RA. Posttraumatic stress disorder and trauma characteristics are correlates of premenstrual dysphoric disorder. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14(5):383-393. doi:10.1007/s00737-011-0232-4
222. Pilver CE, Libby DJ, Hoff RA. Premenstrual dysphoric disorder as a correlate of suicidal ideation, plans, and attempts among a nationally representative

sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013;48(3):437-446.

doi:10.1007/s00127-012-0548-z

223. Pincus SM, Alam S, Rubinow DR, Bhuvaneshwar CG, Schmidt PJ. Predicting response to leuprolide of women with premenstrual dysphoric disorder by daily mood rating dynamics. *J Psychiatr Res.* 2011;45(3):386-394.

doi:10.1016/j.jpsychires.2010.07.006

224. Pincus SM, Schmidt PJ, Palladino-Negro P, Rubinow DR. Differentiation of women with premenstrual dysphoric disorder, recurrent brief depression, and healthy controls by daily mood rating dynamics. *J Psychiatr Res.*

2008;42(5):337-347. doi:10.1016/j.jpsychires.2007.01.001

225. Poiană C, Mușat M, Carsote M, Chiriță C. Premenstrual dysphoric disorder: neuroendocrine interferences. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi.* 113(4):996-

1000.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20191865>.

226. Porormaa I, Sundström; Smith S; Gulinello M. GABA receptors, progesterone and premenstrual dysphoric disorder. 2003;23-41. *Arch Womens Ment Health.*

2003;6:23-41.doi:10.1007/s00737-002-0147-1

227. Praschak-Rieder N, Willeit M, Neumeister A, et al. Prevalence of premenstrual dysphoric disorder in female patients with seasonal affective disorder. *J Affect Disord.* 2001;63(1-3):239-242. doi:10.1016/s0165-0327(00)00176-2

doi:10.1016/s0165-0327(00)00176-2

228. Praschak-Rieder N, Willeit M, Winkler D, et al. Role of family history and 5-HTTLPR polymorphism in female seasonal affective disorder patients with and without premenstrual dysphoric disorder. *Eur Neuropsychopharmacol.*

2002;12(2):129-134. doi:10.1016/s0924-977x(01)00146-8

229. Protopopescu X, Tuescher O, Pan H, et al. Toward a functional neuroanatomy of premenstrual dysphoric disorder. *J Affect Disord.* 2008;108(1-2):87-94.

doi:10.1016/j.jad.2007.09.015

230. Qiao M, Zhang H, Liu H, et al. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample in China. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012;162(1):83-86. doi:10.1016/j.ejogrb.2012.01.017

doi:10.1016/j.ejogrb.2012.01.017

231. Ramos MG, Hara C, Rocha FL. Duloxetine treatment for women with premenstrual dysphoric disorder: a single-blind trial. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2009;12(8):1081. doi:10.1017/S1461145709000066
232. Ramos MG, Hara C, Rocha FL. Duloxetine treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder: Case reports. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry*. 2008;32(2):579-580. doi:10.1016/j.pnpbp.2007.09.006
233. Rapkin A. A review of treatment of premenstrual syndrome & premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology*. 2003;28:39-53. doi:10.1016/S0306-4530(03)00096-9
234. Rapkin AJ, Akopians AL. Pathophysiology of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Menopause Int*. 2012;18(2):52-59. doi:10.1258/mi.2012.012014
235. Rapkin AJ, Berman SM, Mandelkern MA, Silverman DHS, Morgan M, London ED. Neuroimaging evidence of cerebellar involvement in premenstrual dysphoric disorder. *Biol Psychiatry*. 2011;69(4):374-380. doi:10.1016/j.biopsych.2010.09.029
236. Rapkin AJ, Lewis EI. Treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Women's Heal*. 2013;9(6):537-556. doi:10.2217/whe.13.62
237. Rapkin AJ, McDonald M, Winer SA. Ethinyl estradiol/drospirenone for the treatment of the emotional and physical symptoms of premenstrual dysphoric disorder. *Women's Heal*. 2007;3(4):395-408. doi:10.2217/17455057.3.4.395
238. Rapkin AJ, Mikacich JA. Premenstrual dysphoric disorder and severe premenstrual syndrome in adolescents: Diagnosis and pharmacological treatment. *Pediatr Drugs*. 2013;15(3):191-202. doi:10.1007/s40272-013-0018-4
239. Rapkin AJ, Winer SA. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: Quality of life and burden of illness. *Expert Rev Pharmacoeconomics Outcomes Res*. 2009;9(2):157-170. doi:10.1586/erp.09.14

240. Rapkin AJ, Winer SA. The pharmacologic management of premenstrual dysphoric disorder. *Expert Opin Pharmacother*. 2008;9(3):429-445. doi:10.1517/14656566.9.3.429
241. Rapkin AJ. YAZ in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *J Reprod Med*. 2008;53(9 Suppl):729-741. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18980045>.
242. Ravindran LN, Woods SA, Steiner M, Ravindran A V. Symptom-onset dosing with citalopram in the treatment of premenstrual dysphoric disorder (PMDD): A case series. *Arch Womens Ment Health*. 2007;10(3):125-127. doi:10.1007/s00737-007-0181-0
243. Rebar RW. Symptoms of PMDD Recur After Stopping Fluoxetine. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*. 2003;doi:10.1056/JW200305270000007
244. Reed SC, Levin FR, Evans SM. Changes in mood, cognitive performance and appetite in the late luteal and follicular phases of the menstrual cycle in women with and without PMDD (premenstrual dysphoric disorder). *Horm Behav*. 2008;54(1):185-193. doi:10.1016/j.yhbeh.2008.02.018
245. Reid RL. When should surgical treatment be considered for premenstrual dysphoric disorder? *Menopause Int*. 2012;18(2):77-81. doi:10.1258/mi.2012.012009
246. Rendas-Baum R, Yang M, Gricar J, Wallenstein G V. Cost-effectiveness analysis of treatments for premenstrual dysphoric disorder. *Appl Health Econ Health Policy*. 2010;8(2):129-140. doi:10.2165/11532210-000000000-00000
247. Resnick A, Perry W, Parry B, Mostofi N, Udell C. Neuropsychological performance across the menstrual cycle in women with and without Premenstrual Dysphoric Disorder. *Psychiatry Res*. 1998;77(3):147-158. doi:10.1016/s0165-1781(97)00142-x
248. Roca CA, Schmidt PJ, Smith MJ, Danaceau MA, Murphy DL, Rubinow DR. Effects of metergoline on symptoms in women with premenstrual dysphoric disorder. *Am J Psychiatry*. 2002;159(11):1876-1881. doi:10.1176/appi.ajp.159.11.1876

249. Rojnić Kuzman M, Hotujac L. Premenstrual dysphoric disorder--a neglected diagnosis? Preliminary study on a sample of Croatian students. *Coll Antropol.* 2007;31(1):131-137. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17598391>.
250. Romano S, Judge R, Dillon J, Shuler C, Sundell K. The role of fluoxetine in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Clin Ther.* 1999;21(4):615-633. doi:10.1016/S0149-2918(00)88315-0
251. Ross LE, Steiner M. A biopsychosocial approach to premenstrual dysphoric disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2003;26(3):529-546. doi:10.1016/S0193-953X(03)00035-2
252. Rubinow DR, Smith MJ, Schenkel LA, Schmidt PJ, Dancer K. Facial emotion discrimination across the menstrual cycle in women with Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) and controls. *J Affect Disord.* 2007;104(1-3):37-44. doi:10.1016/j.jad.2007.01.031
253. Schaller JL, Briggs B, Briggs M. Progesterone organogel for premenstrual dysphoric disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000;39(5):546. doi:10.1097/00004583-200005000-00005
254. Schatz D, Hsiao MC, Liu CY. Premenstrual dysphoric disorder in east asia: A review of the literature. *Int J Psychiatry Med.* 2012;43(4):365-380. doi:10.2190/PM.43.4.f
255. Schneider T, Popik P. An animal model of premenstrual dysphoric disorder sensitive to antidepressants. *Curr Protoc Neurosci.* 2009;(SUPPL. 46). doi:10.1002/0471142301.ns0931s46
256. Segebladh B, Bannbers E, Kask K, et al. Prevalence of violence exposure in women with premenstrual dysphoric disorder in comparison with other gynecological patients and asymptomatic controls. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011;90(7):746-752. doi:10.1111/j.1600-0412.2011.01151.x
257. Segebladh B, Bannbers E, Moby L, et al. Allopregnanolone serum concentrations and diurnal cortisol secretion in women with premenstrual dysphoric

disorder. *Arch Womens Ment Health*. 2013;16(2):131-137. doi:10.1007/s00737-013-0327-1

258. Sepede G, Martinotti G, Gambi F, Salerno RM, Di Giannantonio M. Lamotrigine augmentation in premenstrual dysphoric disorder: A case report. *Clin Neuropharmacol*. 2013;36(1):31-33. doi:10.1097/WNF.obo13e318279ee1f
259. Severino SK. Premenstrual dysphoric disorder: Controversies surrounding the diagnosis. *Harv Rev Psychiatry*. 1996;3(5):293-295. doi:10.3109/10673229609017198
260. Shah NR, Jones JB, Aperi J, Shemtov R, Karne A, Borenstein J. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: A meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2008;111(5):1175-1182. doi:10.1097/AOG.obo13e31816fd73b
261. Shechter A, Boivin DB. Sleep, hormones, and circadian rhythms throughout the menstrual cycle in healthy women and women with premenstrual dysphoric disorder. *Int J Endocrinol*. 2010;2010:2010:259345. doi:10.1155/2010/259345
262. Shechter A, Lespérance P, Ng Ying Kin NMK, Boivin DB. Nocturnal polysomnographic sleep across the menstrual cycle in premenstrual dysphoric disorder. *Sleep Med*. 2012;13(8):1071-1078. doi:10.1016/j.sleep.2012.05.012
263. Shechter A, Lespérance P, Ng Ying Kin NMK, Boivin DB. Pilot Investigation of the Circadian Plasma Melatonin Rhythm across the Menstrual Cycle in a Small Group of Women with Premenstrual Dysphoric Disorder. *PLoS One*. 2012;7(12). doi:10.1371/journal.pone.0051929
264. Silber TJ, Valadez-Meltzer A. Premenstrual dysphoric disorder in adolescents: Case reports of treatment with fluoxetine and review of the literature. *J Adolesc Heal*. 2005;37(6):518-525. doi:10.1016/j.jadohealth.2004.12.006
265. Skrzypulec-Plinta V, Drosdzol A, Nowosielski K, Plinta R. The complexity of premenstrual dysphoric disorder - risk factors in the population of Polish women. *Reprod Biol Endocrinol*. 2010;8. doi:10.1186/1477-7827-8-141



266. Smith MJ, Schmidt PJ, Rubinow DR. Operationalizing DSM-IV criteria for PMDD: selecting symptomatic and asymptomatic cycles for research. *J Psychiatr Res.* 37(1):75-83. doi:10.1016/s0022-3956(02)00053-5
267. Smith SS, Ruderman Y, Frye C, Homanics G, Yuan M. Steroid withdrawal in the mouse results in anxiogenic effects of  $3\alpha,5\beta$ -THP: A possible model of premenstrual dysphoric disorder. *Psychopharmacology (Berl)*. 2006;186(3):323-333. doi:10.1007/s00213-005-0168-3
268. Soares CN, Cohen LS, Otto MW, Harlow BL. Characteristics of women with Premenstrual dysphoric disorder (PMDD) who did or did not report history of depression: A preliminary report from the harvard study of moods and cycles. *J Women's Heal Gender-Based Med.* 2001;10(9):873-878. doi:10.1089/152460901753285778
269. Soyda Akyol E, Karakaya Arisoy EÖ, Çayköylü A. Anger in women with premenstrual dysphoric disorder: Its relations with premenstrual dysphoric disorder and sociodemographic and clinical variables. *Compr Psychiatry.* 2013;54(7):850-855. doi:10.1016/j.comppsy.2013.03.013
270. Stearns S. PMS and PMDD in the Domain of Mental Health Nursing. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2001;39(1). doi:10.3928/0279-3695-20010101-10
271. Steinberg EM, Cardoso GMP, Martinez PE, Rubinow DR, Schmidt PJ. Rapid response to fluoxetine in women with premenstrual dysphoric disorder. *Depress Anxiety.* 2012;29(6):531-540. doi:10.1002/da.21959
272. Steiner M, Born L. Diagnosis and treatment of premenstrual dysphoric disorder: an update. *Int Clin Psychopharmacol.* 2000;15 Suppl 3:S5-17.
273. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11195269>.
274. Steiner M, Brown E, Trzepacz P, et al. Fluoxetine improves functional work capacity in women with premenstrual dysphoric disorder. *Arch Womens Ment Health.* 2003;6(1):71-77. doi:10.1007/s00737-002-0162-2
275. Steiner M, MacDougall M, Berger C, et al. Assessment of sexual drive and desire in women with premenstrual dysphoric disorder who have been treated

with fluoxetine. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2005;9(2):120-123.  
doi:10.1080/13651500510029002

276. Steiner M, Pearlstein T, Cohen LS, et al. Expert guidelines for the treatment of severe PMS, PMDD, and comorbidities: The role of SSRIs. *J Women's Heal.* 2006;15(1):57-69. doi:10.1089/jwh.2006.15.57
277. Steiner M, Peer M, Palova E, Freeman EW, MacDougall M, Soares CN. The premenstrual symptoms screening tool revised for adolescents (PSST-A): Prevalence of severe PMS and premenstrual dysphoric disorder in adolescents. *Arch Womens Ment Health.* 2011;14(1):77-81. doi:10.1007/s00737-010-0202-2
278. Steiner M, Romano SJ, Babcock S, et al. The efficacy of fluoxetine in improving physical symptoms associated with premenstrual dysphoric disorder. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2001;108(5):462-468. doi:10.1111/j.1471-0528.2001.00120.x
279. Steiner M. Premenstrual dysphoric disorder: An update. *Gen Hosp Psychiatry.* 1996;18(4):244-250. doi:10.1016/0163-8343(96)00044-8
280. Steiner M. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: Guidelines for management. In: *Journal of Psychiatry and Neuroscience.* Vol 25.; 2000:459-468.
281. Steiner, Yatham, Coote, Wilkins, Lepage. Serotonergic dysfunction in women with pure premenstrual dysphoric disorder: is the fenfluramine challenge test still relevant? *Psychiatry Res.* 1999;87(2-3):107-115. doi:10.1016/s0165-1781(99)00062-1
282. Stotland MM. GABA Levels and Premenstrual Dysphoric Disorder. *NEJM J Watch.* 2002;2002. doi:10.1056/WH200210220000005
283. Straneva PA, Maixner W, Light KC, Pedersen CA, Costello NL, Girdler SS. Menstrual cycle, beta-endorphins, and pain sensitivity in premenstrual dysphoric disorder. *Heal Psychol.* 2002;21(4):358-367. doi:10.1037/0278-6133.21.4.358

284. Sultana D, Peindl KS, Wisner KL. Rash associated with st. John's wort treatment in premenstrual dysphoric disorder. *Arch Womens Ment Health*. 2000;3(3):99-101. doi:10.1007/s007370070003
285. Svojanovská K, Rocní Z. The efficiency of oral contraception containing drospirenone in treating symptoms of premenstrual syndrome or premenstrual dysphoric disorder in gynecology practice. *Ceska Gynekol*. 2010 Oct;75(5):474-80.
286. Taguchi R, Matsubara S, Yoshimoto S, Imai K, Ohkuchi A, Kitakoji H. Acupuncture for premenstrual dysphoric disorder. *Arch Gynecol Obstet*. 2009;280(6):877-881. doi:10.1007/s00404-009-1034-z
287. Takeda T, Koga S, Yaegashi N. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in Japanese high school students. *Arch Womens Ment Health*. 2010;13(6):535-537. doi:10.1007/s00737-010-0181-3
288. Takeda T, Tasaka K, Sakata M, Murata Y. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in Japanese women. *Arch Womens Ment Health*. 2006;9(4):209-212. doi:10.1007/s00737-006-0137-9
289. Tamayo JM, Gómez G, Barrios R, Holguín J, Adrianzén C. Differential time course efficacy on dysphoric and physical symptoms of the intermittent dosing of fluoxetine in the premenstrual dysphoric disorder [14]. *J Clin Psychopharmacol*. 2004;24(4):469-471. doi:10.1097/01.jcp.0000132445.20230.7e
290. Thys-Jacobs S, McMahon D, Bilezikian JP. Cyclical changes in calcium metabolism across the menstrual cycle in women with premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Endocrinol Metab*. 2007;92(8):2952-2959. doi:10.1210/jc.2006-2726
291. Thys-Jacobs S, McMahon D, Bilezikian JP. Differences in free estradiol and sex hormone-binding globulin in women with and without premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008;93(1):96-102. doi:10.1210/jc.2007-1726

292. Thys-Jacobs S, McMahon D, Bilezikian JP. Lower insulin-like growth factor-1 concentrations in women with premenstrual dysphoric disorder. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198(5):506.e1-506.e8. doi:10.1016/j.ajog.2007.11.005
293. Tschudin S, Berteau PC, Zemp E. Prevalence and predictors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample. *Arch Womens Ment Health.* 2010;13(6):485-494. doi:10.1007/s00737-010-0165-3
294. Ussher JM. Processes of Appraisal and Coping in the Development and Maintenance of Premenstrual Dysphoric Disorder. *J Community Appl Soc Psychol J Community Appl Soc Psychol.* 2002;12:309-322. doi:10.1002/casp.685
295. Ussher JM. The role of premenstrual dysphoric disorder in the subjectification of women. *J Med Humanit.* 2003;24(1-2):131-146. doi:10.1023/A:1021366001305
296. Van Ree JM, Schagen Van Leeuwen JH, Koppeschaar HP, Te Velde ER. Unexpected placebo response in premenstrual dysphoric disorder: Implication of endogenous opioids. *Psychopharmacology (Berl).* 2005;182(2):318-319. doi:10.1007/s00213-005-0090-8
297. Verri A, Nappi R, Vallero E, Galli C, Sances G, Martignoni E. Premenstrual dysphoric disorder and eating disorders. *Cephalalgia.* 1997;17(20\_suppl):25-28. doi:10.1177/0333102497017S2008
298. Vigod SN, Ross LE, Steiner M. Understanding and Treating Premenstrual Dysphoric Disorder: An Update for the Women's Health Practitioner. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2009;36(4):907-924. doi:10.1016/j.ogc.2009.10.010
299. Wittchen HU, Perkonig A, Pfister H. Trauma and PTSD - An overlooked pathogenic pathway for Premenstrual Dysphoric Disorder? *Arch Womens Ment Health.* 2003;6(4):293-297. doi:10.1007/s00737-003-0028-2
300. Wu KY, Liu CY, Hsiao MC. Six-month paroxetine treatment of premenstrual dysphoric disorder: Continuous versus intermittent treatment protocols. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2008;62(1):109-114. doi:10.1111/j.1440-1819.2007.01785.x

301. Yamada K, Kanba S. Effectiveness of kamishoyosan for premenstrual dysphoric disorder: Open-labeled pilot study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;61(3):323-325. doi:10.1111/j.1440-1819.2007.01649.x
302. Yamada K, Kanba S. Effectiveness of Milnacipran for SSRI-Intolerant Patients With Premenstrual Dysphoric Disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2005;25(4):398-399. doi:10.1097/01.jcp.0000169618.99700.78
303. Yamada K, Kanba S. Herbal medicine (Kami-shoyo-san) in the treatment of premenstrual dysphoric disorder [6]. *J Clin Psychopharmacol*. 2002;22(4):442. doi:10.1097/00004714-200208000-00023
304. Yang M, Wallenstein G, Hagan M, Guo A, Chang J, Kornstein S. Burden of premenstrual dysphoric disorder on health-related quality of life. *J Women's Heal*. 2008;17(1):113-121. doi:10.1089/jwh.2007.0417
305. Yen JY, Chang SJ, Ko CH, et al. The high-sweet-fat food craving among women with premenstrual dysphoric disorder: Emotional response, implicit attitude and rewards sensitivity. *Psychoneuroendocrinology*. 2010;35(8):1203-1212. doi:10.1016/j.psyneuen.2010.02.006
306. Yen JY, Chang SJ, Long CY, Tang TC, Chen CC, Yen CF. Working memory deficit in premenstrual dysphoric disorder and its associations with difficulty in concentrating and irritability. *Compr Psychiatry*. 2012;53(5):540-545. doi:10.1016/j.comppsy.2011.05.016
307. Yen JY, Chen C-C, Chang S-J, Ko C-H, Chen C-S, Yen C-F. Hostility, Impulsivity, and Behavior Inhibition Among Women with PMDD. *CNS Spectr*. 2011;16(9):205-213. doi:10.1017/S1092852912000387
308. Yen JY, Tu HP, Chen CS, Yen CF, Long CY, Ko CH. The effect of serotonin 1A receptor polymorphism on the cognitive function of premenstrual dysphoric disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2014;264(8):729-739. doi:10.1007/s00406-013-0466-4
309. Yonkers KA, Brown C, Pearlstein TB, Foegh M, Sampson-Landers C, Rapkin A. Efficacy of a new low-dose oral contraceptive with drospirenone in

premenstrual dysphoric disorder. *Obstet Gynecol.* 2005;106(3):492-501.  
doi:10.1097/01.AOG.0000175834.77215.2e

310. Yonkers KA, Gullion C, Williams A, Novak K, Rush AJ. Paroxetine as a treatment for premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 1996;16(1):3-8. doi:10.1097/00004714-199602000-00002
311. Yonkers KA, Halbreich U, Freeman E, Brown C, Pearlstein T. Sertraline in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Psychopharmacol Bull.* 1996;32(1):41-46. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8927673>.
312. Yonkers KA, Halbreich U, Freeman E, et al. Symptomatic improvement of premenstrual dysphoric disorder with sertraline treatment. A randomized controlled trial. Sertraline Premenstrual Dysphoric Collaborative Study Group. *JAMA.* 1997;278(12):983-988. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9307345>.
313. Yonkers KA, Pearlstein T, Fayyad R, Gillespie JA. Luteal phase treatment of premenstrual dysphoric disorder improves symptoms that continue into the postmenstrual phase. *J Affect Disord.* 2005;85(3):317-321.  
doi:10.1016/j.jad.2004.10.006
314. Yonkers KA. Antidepressants in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychiatry.* 1997;58 Suppl 14:4-10-3.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9418742>.
315. Yonkers KA. Medical management of premenstrual dysphoric disorder. *J Gen Specif Med.* 2(3):55-60. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11252853>.
316. Yonkers KA. Paroxetine treatment of mood disorders in women: premenstrual dysphoric disorder and hot flashes. *Psychopharmacol Bull.* 2003;37 Suppl 1:135-147. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14566208>.
317. Yonkers KA. The association between premenstrual dysphoric disorder and other mood disorders. *J Clin Psychiatry.* 1997;58 Suppl 15:19-25.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9427873>.
318. Young SA, Hurt PH, Benedek DM, Howard RS. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with sertraline during the luteal phase: A randomized,

- double-blind, placebo-controlled crossover trial. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(2):76-80. doi:10.4088/JCP.v59n0206
319. Young, M. PMS and PMDD: Identification and treatment. *JPC*. 2001;35(2):29-50. <https://search.proquest.com/open-view/cof6a803e2f270300c8eb7a3b162dbee/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1989>.
320. Yücel B, Polat A. Attitudes toward menstruation in premenstrual dysphoric disorder: A preliminary report in an urban Turkish population. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2003;24(4):231-237. doi:10.3109/01674820309074687
321. Zukov I, Ptáček R, Raboch J, et al. Premenstrual dysphoric disorder--review of actual findings about mental disorders related to menstrual cycle and possibilities of their therapy. *Prague Med Rep*. 2010;111(1):12-24.

## Anexo 4. Formulario de consentimiento informado para consulta experta



Escuela Andaluza de Salud Pública  
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el marco de la tesis doctoral (TD) titulada "Discursos en torno a la menstruación", realizada por Noelia García Toyos, dirigida por María Escudero y Joan C. March (Escuela Andaluza de Salud Pública) y tutorizada por Raquel Chillón (Universidad de Sevilla). Sin financiación externa. Se ha realizado una **revisión panorámica (scoping review) sobre las publicaciones referidas al "Trastorno disfórico premenstrual"**.

Para completar esta revisión, se solicita a diversas personas del ámbito de la salud, profesionales y asociaciones, con interés y relación en el tema, que hagan una **valoración de los resultados**. Es por ello que le pedimos su colaboración.

La valoración se realiza mediante una **encuesta on line** de cinco preguntas.

No hay información correcta ni incorrecta, **necesitamos conocer su opinión en base a su perfil profesional y experiencia**. Usted decide qué información quiere facilitar.

En esta actividad se garantiza la **confidencialidad** sobre sus aportaciones. Se utilizará o publicará la información que usted nos proporcione, no asociada a sus datos identificativos. Vamos a cumplir con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Una vez recibida su valoración, su nombre aparecerá como parte del Grupo de validación experta, tanto en la Tesis Doctoral como en los futuros productos de difusión de resultados (artículos, presentaciones, etc.).

Para información adicional, puede contactar con la investigadora principal: Noelia García Toyos, [noeliag.toyos@gmail.com](mailto:noeliag.toyos@gmail.com), Tlf: 686339193.

**Agradecemos muchísimo su colaboración. Es imprescindible.**

Por favor, firme más abajo para aceptar su participación en la valoración. Esta carta sólo es una garantía ética del mismo.

**Participante:** (nombre y apellidos)

**Fecha:**

**Firma:**



## Anexo 5. Documento de confidencialidad para consulta experta



Escuela Andaluza de Salud Pública  
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS



### DOCUMENTO DE CONFIDENCIALIDAD

Si usted está recibiendo este documento es que ha aceptado participar en la valoración de la revisión panorámica sobre “Trastorno disfórico premenstrual”. El equipo de trabajo le reitera su agradecimiento por ello.

Puesto que es un estudio aún en proceso de elaboración, necesitamos que usted se comprometa por escrito a mantener discreción absoluta y confidencialidad sobre el mismo durante este proceso. En concreto, de las personas que participan en este proceso de validación se espera:

- Respeto a los principales principios de conducta de la vida pública: integridad, objetividad, honestidad, generosidad, responsabilidad e iniciativa.
- Confidencialidad respecto al contenido del documento que no debe ser comentado con otras personas.
- Responsabilidad ética y honestidad durante el proceso.

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ he leído y he entendido la información anterior y mediante mi firma expreso mi acuerdo para participar en la validación de la revisión panorámica sobre “Trastorno disfórico premenstrual”, cumpliendo los términos anteriormente definidos.

Fecha:

Firma:

## Anexo 6. Encuesta de valoración telemática

### VALORACIÓN DE LA REVISIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN DEL “TRAS- TORNADO DISFÓRICO PREMENSTRUAL”

En primer lugar indique su formación y perfil profesional:

**Formación:**

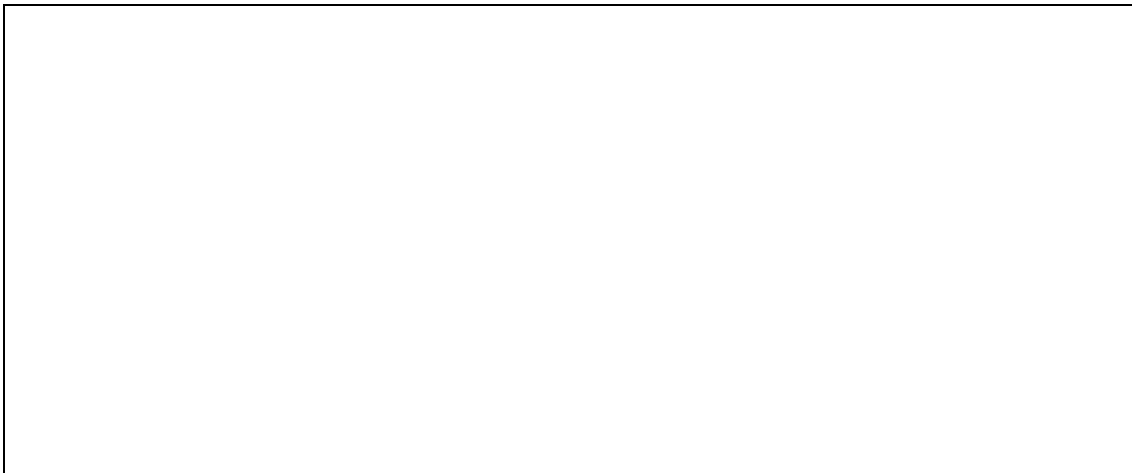
**Perfil profesional:**

Por favor, responda a las siguientes preguntas:

**Pregunta 1: Señale los puntos fuertes de los resultados de esta investigación:**

**Pregunta 2: Señale si hay algún resultado con el que no está de acuerdo.**

**Pregunta 3: ¿Qué implicaciones inmediatas pueden tener estos resultados para la INVESTIGACIÓN sobre Trastorno Disfórico Premenstrual?**



**Pregunta 4: ¿Qué implicaciones inmediatas pueden tener estos resultados para la PRÁCTICA CLÍNICA sobre Trastorno Disfórico Premenstrual?**



**Pregunta 5: Difusión (opcional)**

¿Qué formatos de difusión le parecen adecuados?

	Revista científica	¿Cuál?
	Otras publicaciones	¿Cuáles?
	Congreso/Jornada/Encuentro	¿Cuáles?
	Otros	¿Cuáles?

308

**MUCHAS GRACIAS POR SUS APORTACIONES, SERÁN DE GRAN UTILIDAD**

## Anexo 7. Tabla resumen de resultados de las entrevistas

PARTICIPANTE		Andrea	Sole	Marina	Lorena	Anita	Eva	Estefanía	Lola	Carolina	Miriam	Violeta	Lourdes	Fede	Adela	Marga	Mónica
Edad	Joven	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓								
	Mayor									✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Maternidad	Sin hijos	✓		✓		✓	✓	✓		✓		✓		✓		✓	
	Con hijos		✓		✓				✓		✓		✓		✓		✓
Residencia	Urbana			✓	✓	✓	✓			✓						✓	✓
	Rural	✓	✓					✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		
Estudios	No univ.		✓		✓			✓				✓	✓	✓	✓		
	Univ.	✓		✓		✓	✓		✓	✓	✓					✓	✓
DIMENSIONES																	
Mitos		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1
Antecedentes familiares		1	1	0			1		0	1	1			1	1		
Información		1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
Menarquia dolorosa			1						1	1				1		1	
Percepción del CM		1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1
Producto menstrual		CT	T	CT	M	C	M	CTM	CT	CP	CT	T	CT	CT	CM	C	T
Percepción publicidad		1	1		1	1	1	1	1	1			0	1	1		
Síntomas físicos		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Síntomas psicoemocionales		1	1	1	1		1			1		0	1	1	0	1	1
Tratamiento farmacológico		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Otros tratamientos		1		1		1	1	1		1	1	1			1		
Síndrome premenstrual		1		1	1	1	1		0		0	1					1
Supresión menstrual		1	1			0	0		1	0	1		1	1	0		1

309

Leyenda DIMENSIONES	
Mitos	1 Conoce y describe mitos relacionados con el ciclo menstrual
	0 Desconoce los mitos relacionados con el ciclo menstrual
Antecedentes familiares	1 Madre/hermanas con dolores menstruales
	0 Madre/hermanas sin dolores menstruales
Información	1 Información insuficiente, escasa, incompleta
	0 Satisfecha con la información recibida
Menarquia dolorosa	1 Menarquia con dolor
	0 Menarquia sin dolor
Percepción del CM	1 Percepción negativa del ciclo menstrual
	0 Percepción ambigua, con aspectos negativos y positivos
Producto menstrual	C Compresa    T Tampón    M Mooncup (Copa menstrual)    P Pañal
Percepción publicidad	1 Negativa
	0 Positiva
Síntomas físicos	1 Experimenta síntomas físicos
	0 No experimenta síntomas físicos
Síntomas psicoemocionales	1 Experimenta síntomas psicoemocionales
	0 No experimenta síntomas psicoemocionales
Tratamiento farmacológico	1 Sí
	0 No
Síndrome premenstrual	1 Considera que tiene síndrome premenstrual
	0 No considera que tenga síndrome premenstrual
Supresión menstrual	1 A favor
	0 En contra



## Índice de infografías

Infografía 1. Proceso metodológico para <i>scoping review</i> .....	94
Infografía 2. Representación social de la menstruación .....	116
Infografía 3. Características del ciclo y productos utilizados.....	123
Infografía 4. En torno a la menarquia: antes, durante y después.....	140
Infografía 5. En torno al malestar: síntomas, experiencias y estrategias .....	154
Infografía 6. Medicalización de la fase premenstrual. Discurso de las mujeres .....	170
Infografía 7. Medicalización de la fase premenstrual. Discurso científico .....	192
Infografía 8. Propuestas para el abordaje del malestar premenstrual .....	199

## Índice de figuras

Figura 1. Acontecimiento ovárico, uterino y hormonal del ciclo menstrual.....	26
Figura 2. Posicionamientos de partida en metodología cualitativa.....	65
Figura 3. Fases de la investigación cualitativa.....	65
Figura 4. Diseño y análisis en investigación cualitativa .....	77
Figura 5. Fases <i>scoping review</i> según el modelo de Arksey y O'Malley.....	84
Figura 6. Localización de las principales investigadoras .....	173

## Índice de cuadros

Cuadro 1. Principales síntomas premenstruales .....	33
Cuadro 2. Criterios diagnóstico para el Trastorno disfórico premenstrual.....	35

## Índice de tablas

Tabla 1. Síntomas premenstruales más frecuentes .....	67
Tabla 2. Criterios para la identificación de participantes .....	69
Tabla 3. Resultados de las estrategias de captación de participantes .....	71
Tabla 4. Identificación y características de las participantes .....	72
Tabla 5. Dimensiones y preguntas del guion de entrevista .....	75

Tabla 6. Estrategia de búsqueda <i>scoping review</i> : bases de datos y términos	
MeSH .....	86
Tabla 7. Búsqueda de descriptores en bases de datos.....	87
Tabla 8. Formulario de diagrama de datos .....	89
Tabla 9. Dimensiones y categorías para el análisis de contenido en <i>scoping review</i> .....	90
Tabla 10. Perfil profesional y académico en la consulta experta .....	92
Tabla 11. Eufemismos para menstruación .....	101
Tabla 12. Principales investigadoras .....	172
Tabla 13. Temas y metodología según marco teórico .....	180
Tabla 14. Revistas según número de publicaciones.....	180

## Índice de gráficos

Gráfico 1. Resultados en PubMed para <i>scoping review</i> (2010-2019) .....	82
Gráfico 2. Investigadoras/es según sexo .....	173
Gráfico 3. Investigaciones según marco teórico.....	174
Gráfico 4. Investigaciones según metodología .....	174
Gráfico 5. Investigaciones según tema estudiado .....	175
Gráfico 6. Investigaciones según tema en el modelo biológico .....	175
Gráfico 7. Investigaciones según tema en el modelo psicológico .....	176
Gráfico 8. Investigaciones según tema en el modelo crítico feminista.....	176
Gráfico 9. Investigaciones según tema en el modelo sociocultural .....	176
Gráfico 10. Investigaciones según metodología en el modelo biológico .....	177
Gráfico 11. Investigaciones según metodología en el modelo psicológico .....	178
Gráfico 12. Investigaciones según metodología en el modelo crítico feminista.....	178
Gráfico 13. Investigaciones según metodología en el modelo sociocultural .....	179
Gráfico 14. Investigaciones según tema estudiado y metodología .....	179
Gráfico 15. Evolución del número de publicaciones .....	182
Gráfico 16. Evolución del número de publicaciones de EE. UU. frente a otros países.....	182