



SÍNDROME PREMENSTRUAL (SPM): APROXIMACIÓN CRÍTICA

Magda García Porta

Licenciada en Antropología (UB), DEA en Antropología de la Medicina (URV). E-mail: magdagp@hotmail.com

Resumen

Actualmente el mal nombrado Síndrome Premenstrual (SPM) afecta a un número muy elevado de mujeres y aun siendo un término injustificado, se ha convertido en parte del lenguaje cotidiano. Muchos modelos de los que se parte para estudiar éste fenómeno son unidireccionales mientras que otros reconocen explícitamente factores sociales. Éste artículo describe los orígenes y desarrollo del concepto de SPM así como una revisión crítica de las diferentes aproximaciones al fenómeno, teniendo en cuenta el papel a desempeñar por las ciencias sociales.

Palabras clave

Síndrome Premenstrual (SPM), modelo biomédico, modelo antropológico, análisis narrativo, constructivismo social.

Abstract

Nowadays the incorrectly named Premenstrual Syndrome (PMS) affects a very high number of women. Even being an unjustified nomination, it has become part of everyday language. Most of the models designed to study this phenomenon are unidirectional, while others recognize specifically social factors. This article describes the origins and development of the concept of PMS. It also reviews critically different approaches to it, regarding to the role that social sciences should take.

Key words

Premenstrual Syndrome (PMS), biomedical model, anthropological model, narrative analysis, social constructivism.

Introducción

En lo que biológicamente puede considerarse su edad reproductiva, la mujer experimenta toda una serie de cambios fisiológicos y endocrinos asociados a la ovulación y menstruación, que se dan en un proceso cíclico normal.

Actualmente una parte de este *ciclo normal*, concretamente la etapa o la fase premenstrual está asociada a la existencia de una extensa sintomatología que ha dado lugar a la creación de una nueva categoría de enfermedad: el *Síndrome Premenstrual* o *Tensión Premenstrual* (SPM o TPM).

Frank (1931) es acreditado habitualmente como el que aportó el primer relato clínicamente moderno de los síntomas premenstruales. Dicho autor usó el término *TPM* para enfatizar las molestias emocionales cíclicas que se asociaban con la segunda mitad del ciclo menstrual. No obstante en 1953, Green y Dalton discutieron que la tensión emocional era tan sólo uno de los muchos componentes de esta condición y propusieron que en su lugar se referirían al *SPM*.

La *TPM* fue incluida en versiones tempranas del ICD (Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS) categorizada como *enfermedad del sistema genito-urinario* (N00-N94) (ICD-10-WHO, 1992).

En los 90 el fenómeno entró en la edición revisada del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R) como *Trastorno Disfórico del Final de la Fase Lútea*, aunque en el DSM-IV¹ reapareció como ejemplo de trastorno depresivo no especificado y renombrado como *Trastorno Disfórico Premenstrual (TDP)* (Frances et al., 1997).

¿SPM?

Médicamente hablando se considera que un *síndrome* es un complejo de signos y síntomas provocados por una causa común o que aparecen, en combinación, para presentar el cuadro clínico de una enfermedad o anomalía hereditaria (Diorki, 2002). Según esta definición, el *SPM* no existe ya que éste se da en mujeres las cuales no tienen o no padecen ninguna anomalía en su ciclo ovárico. Asimismo, tal definición biomédica tampoco sería aplicable debido a la gran heterogeneidad y extensión de los síntomas, hecho que hace imposible el establecimiento de un grupo de éstos que puedan servir para establecer una diagnosis fiable².

Pero aún siendo mal nombrado, actualmente el *SPM*, afecta a un número muy elevado de mujeres y a pesar de que en la literatura popular médica el porcentaje de mujeres registradas que lo experimentan varía entre el 30 y el 90%³, versiones populares muchas veces subrayan un porcentaje increíblemente alto que estima que más de tres cuartas partes de todas las mujeres padecen los síntomas (Martin, 1988). Asimismo aun siendo un término injustificado, puede acabar formando parte del lenguaje cotidiano ya que por ejemplo, nueve de cada diez mujeres inglesas dicen padecer esta enfermedad (Choi, 1995).

¹ El DSM es un manual de gran influencia en Norte América, pero ha sido menos importante en otras partes del mundo. Muchos otros países usan la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS. No obstante, parte del trabajo durante el desarrollo de la cuarta y última edición del DSM fue dirigido a coordinar los contenidos y el código del ICD con el DSM. De esta manera el nuevo criterio diagnóstico para el TDP dejará de tener protagonismo exclusivo en Norte América para tenerlo también en otras partes del mundo (Gold, 1994. Citado en Walker, 1997).

² También hay que tener en cuenta que el número y la variedad de los síntomas varían ampliamente de un estudio a otro, de una mujer a otra y en la misma mujer, de un ciclo a otro (Abplanalp, 1985: 109).

³ Dependiendo de la metodología usada por los investigadores se ha mostrado que entre el 30 y el 90% de las mujeres registran alguna *síntomatología premenstrual* física o emocional. No obstante, tan sólo del 2 al 15% experimentarían síntomas severos (Marván y Escobedo, 1999). Otros autores que apuntan a porcentajes elevados auguran que entre el 70 y el 90% de las mujeres admitiría tener *síntomas premenstruales* de manera recurrente (Fausto-Sterling, 1985).

No obstante la institución médica no sólo trata al *SPM* como una categoría legítima de enfermedad en gran parte su literatura así como destinando fondos para su investigación⁴, tratando a pacientes e incluso manteniendo clínicas especializadas (Rodin, 1992), sino que en su seno se muestra una evidente falta de consenso tanto en la definición como en el uso de dicha entidad patológica.

Así pues encontramos autores que hablan única y exclusivamente de *SPM* (Greene y Dalton, 1953; Dalton et al., 1987; Chaturvedi et al., 1995; Berga, 1998; Freeman y Rickels, 1999; Soong Tan, 2001); otros que hablan de *TPM* (Frank, 1931; Fradkin y Firestone, 1986); y otros que en cambio usan la terminología de los DSM refiriéndose al *TDP* (De la Gándara et al. 1996).

Sin embargo los que pueden llevar a más confusión son aquellos que usan varios términos dependiendo de un supuesto mayor o menor grado de afectación. A modo de ejemplo, autores como Livesey usan la *TPM* para designar aquellos casos que presentan un incremento de los síntomas psicológicos dejando el *SPM* para los restantes (Livesey, 1989; Metcalf et Al., 1991; Metcalf et al. 1992), mientras que otros como Marván y Escobedo diferencian precisamente el *SPM* de los cambios premenstruales más leves (Marván y Escobedo, 1999) y hasta los hay que equiparan el *SPM* con los trastornos del DSM y hablan de ellos indistintamente (Halbreich y Kahn, 2001).

Esto unido al hecho del uso en investigación de diferentes cuestionarios estandarizados como el *Menstrual Distress Questionnaire (MDQ)* o la *Premenstrual Assessment Form (PAF)* entre otros (Logue y Moos, 1986) o del mismo cuestionario para poblaciones culturalmente distantes, hace posible que puedan existir porcentajes tan dispares de padecimiento del fenómeno. Por otro lado la prensa popular agrava el ya de por sí difuso perfil del *síndrome*. En su estudio, Chrisler y Levi (1990) demuestran que la mayoría de los artículos sobre el *SPM* que aparecen en publicaciones periódicas "no científicas" son generalmente negativos en tono y presentan un despliegue de síntomas confusos⁵ así como recomendaciones contradictorias en el tratamiento a seguir⁶.

Modelos de estudio

A continuación veremos los principales modelos de los que se parte para estudiar este fenómeno, y entre los cuales destacan el *biomédico* (y dentro de este el *psiquiátrico*), el *psico-somático*, el *psico-social* y el *bio-psico-social*, para posteriormente centrarnos en el *modelo antropológico*.

⁴ A pesar de las diferencias existentes en la percepción de la menstruación, muchas de ellas positivas, la investigación sigue centrándose en el *SPM*. "...the main focus of menstrual cycle research continues to concern changes that are commonly referred to as Premenstrual Syndrome, better know by its acronym, PMS" (Lee, 2002: 25).

⁵ "Los síntomas mismos son confusos para el lector, dado que aparecen descripciones opuestas. Tanto la concentración buena como la dificultad para concentrarse son signos del *SPM* de acuerdo con la prensa popular. Por lo que hay buenos y malos humores, incrementos y pérdida del apetito" Chrisler y Levi (1990: 96; traducción propia).

⁶ "En los artículos se hacen recomendaciones de tratamiento contradictorias. Se dice a las mujeres que limiten el consumo y que beban alcohol, que tomen diuréticos y que no los tomen, que coman fruta y que la eviten, que limiten el consumo de proteínas o que tenga una dieta alta en proteínas" Chrisler y Levi (1990:99-101; traducción propia).

1. Modelo biomédico

Los estudios realizados desde el modelo biomédico implican una disfunción biológica como un factor fundamentalmente etiológico y todos ellos requieren la definición de un fenómeno dicotómico (Walker, 1995). La mayoría de los estudios realizados desde dicho modelo derivan de la conceptualización original de Frank en la cual las fluctuaciones hormonales anormales o excesivas acaban en estados anímicos igualmente anormales que requieren de tratamiento médico (Frank, 1931; Dalton et Al., 1987; Schmidt et Al., 1998).

Por otro lado, la inclusión del *SPM* en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)⁷ en forma de trastorno depresivo⁸ no especificado (DSM-IV) nos lleva a hablar dentro del modelo biomédico, del *psiquiátrico*. Según Marván, la diagnosis del *TDP* es tan importante como limitada por su visión estrecha, aspirando a desarrollar un criterio diagnóstico y enfatizando los síntomas disfóricos⁹ (Marván, 1999).

Por otro lado, Sáez (1988) cree que la existencia de las *experiencias peri-menstruales* no tendría que enfocarse de la manera en que se está haciendo actualmente, en base a manuales diagnósticos la pretensión de los cuales es obviamente etiquetar a la población enferma, todo ello basándose en una comprensión de la enfermedad de tipo mecanicista y cada vez más alejada de los factores socio-políticos que contribuyen a su existencia.

Aun así, cabe decir que el *modelo psiquiátrico* se erige como la gran apuesta actual tanto en la diagnosis como en el tratamiento de las *experiencias peri-menstruales*, tratamiento basado fundamentalmente en la prescripción de medicamentos psicoactivos (posteriormente retomaré este tema).

2. Modelo psico-somático

En el modelo psico-somático no se teoriza anormalidad ovárica alguna y en su lugar se argumenta que existe algo de la psicología de la mujer que causa una intensificación de los cambios que se producen normalmente en su ciclo ovárico (todo esto a través de un mecanismo somático). La mayoría de los estudios que se realizan dentro de este modelo sitúan la causa del *SPM* en las contradicciones internas de la mujer que lo padece. Así pues, cuando a través de una psicoterapia o de un proceso de reflexión sobre su condición femenina, la mujer resuelve o llega a una conciliación con sus propias contradicciones¹⁰, sin que se haya modificado un ápice su fisiología ni sus

⁷ "Una característica evidente, casi podríamos decir incontrovertible, de la psiquiatría contemporánea es su tendencia a la biologización y a la tecnificación, y al abandono del interés por el papel de los factores culturales y sociales en la enfermedad psíquica" (Martínez Hernández, 2000:249).

⁸ Para diferencias entre *TDP* y depresión, ver Eriksson et Al. (2002)

⁹ Un diagnóstico de *TDP*, así pues, excluiría los síntomas ansiosos o la sintomatología física.

¹⁰ Dichas contradicciones surgen por el enfrentamiento que hace la mujer de manera inconsciente durante cada ciclo con una condición de su identidad que la tiene insatisfecha.

variaciones hormonales, desaparece la queja de tensión y la depresión premenstrual (Bleichmar, 1999).

3. Modelo psico-social

Otros modelos como el psico-social, difieren del biomédico y del psicosomático en su reconocimiento explícito de factores externos al sufrimiento o molestia de la mujer. Desde este modelo por otro lado, bastante extendido, se asegura que son las creencias negativas sobre la menstruación las que conducen a la mujer a desarrollar expectativas negativas en una determinada fase del ciclo (ver Marván y Escobedo, 1999; Marván y Cortés-Iniestra, 2001; Marván et Al., 2001 y 2002). Esta vez el foco para la intervención no recae tan sólo sobre la mujer como paciente sino también sobre la cultura y la sociedad que ha causado sus expectativas negativas sobre la menstruación.

4. Modelo biológico- evolucionista

Hasta existe un modelo al que podríamos llamar biológico-evolucionista en el que la *TPM* es vista como un fenómeno evolutivo consistente en una hostilidad de la hembra hacia el macho en su fase post-ovulatoria, incrementándose de esta manera la frecuencia del coito durante la fase fértil del ciclo (Laws, 1990:203).

Todas estas perspectivas, asumen una relación lineal y unidireccional entre los síntomas premenstruales y el mecanismo etiológico. Pero las experiencias premenstruales son mucho más complejas y extremadamente variables tanto entre las mujeres como entre los ciclos menstruales. Tal complejidad sugiere que los modelos interactivos *bio-psico-sociales* pueden ser beneficiosos en este contexto¹¹, aunque dichos modelos continúan con la tradición positivista viendo a la mujer como un organismo relativamente pasivo (sujeta a eventos biológicos, psicológicos y sociales).

Modelo Antropológico: La construcción social del SPM

Pero si toda mujer experimenta cambios fisiológicos y endocrinos asociados a la ovulación y menstruación ¿por qué durante el siglo XX éstos han acabado siendo intolerables tanto para las mismas mujeres como para la cultura en la que viven¹²? Para abordar esta cuestión necesitamos considerar la *construcción social del SPM*.

La cultura determina qué grupos de signos y síntomas son reconocidos como enfermedad, de manera que experiencias fisiológicas similares serán descritas como enfermedad en algunas culturas pero no en otras. Las enfermedades que son específicas a culturas particulares son conocidas como síndromes delimitados culturalmente o *folk illnesses* (Simons y Hughes, 1985). Cierta número de

¹¹ Para modelo bio-psico-social ver Anson (1999).

¹² Janiger, Riffenburgh y Kersh informaron del descubrimiento de un extenso panorama tanto de fuentes históricas como antropológicas referentes a mitos, tabus y supersticiones relacionados con la menstruación, pero en ningún caso encontraron informes que relataran síntoma premenstrual alguno (en Richardson, 1995:761)

condiciones han sido examinadas desde esta perspectiva¹³, incluyendo el *SPM*. En particular Johnson (1987) y Rodin (1992) afirman que mientras las experiencias premenstruales son reales, su construcción como enfermedad es específicamente cultural.

1. Estudios trans-culturales

La mayoría de las investigaciones en sintomatología de los trastornos premenstruales continúan siendo dirigidas en Estados Unidos (Fryer et al., 1999), aun así, si se demuestra que las mujeres de poblaciones no estadounidenses ni europeas tuvieran *experiencias peri-menstruales* y además estas no estuvieran reconocidas como una enfermedad, entonces se podría argumentar que el *SPM* es un trastorno culturalmente específico, un constructo social. Esta perspectiva no obstante encuentra los siguientes problemas:

a) La mayoría de estos estudios son de tipo epidemiológico en lugar de antropológicos¹⁴ (Cénac et Al., 1987; Van Den Akker et Al., 1995; Yu et Al., 1996; McMaster et Al., 1997; Sveinsdóttir, 1997, entre otros). Estos estudios sugieren que las experiencias físicas y emocionales que las mujeres de otras culturas comunican son similares a las de las mujeres de los estudios estadounidenses y británicos. Pero dichas experiencias no dejan de estar limitadas a las respuestas de los cuestionarios clásicos como el *MDQ*, demasiado rígidos como para adaptarse a las características culturales y especialmente lingüísticas de las diferentes poblaciones estudiadas.

b) Una complicación añadida de la literatura trans-cultural es la extensa influencia de las culturas de habla inglesa. McMaster por ejemplo, en su estudio sobre las experiencias menstruales y premenstruales en mujeres de un país del tercer mundo, concretamente Zimbabwe, concluye que son las mujeres profesionales con más exposición a influencias occidentales las que informan de reacciones afectivas y psicológicas al describir sus *experiencias premenstruales* (McMaster et Al., 1997). ¿Están éstas mujeres describiendo una enfermedad reconocida? Y si lo están haciendo ¿se trata de una construcción africana u occidental? Es evidente que hacen falta más estudios trans-culturales, pero hay que decir que son precisamente este tipo de investigaciones las que también forman parte del proceso de construcción social.

c) Muchos de estos estudios expanden nuevos conceptos relacionados con la salud y puede ocurrir que estos se traduzcan fácilmente en políticas de acción sanitaria que acaben animando a las mujeres a reconocer sus propias experiencias como enfermizas.

Un buen ejemplo de los dos últimos problemas citados lo podemos encontrar en el estudio que Chirawatkul y Manderson hacen sobre la percepción de la menopausia en Tailandia. Estos autores describen como hasta hace poco la menopausia era para las mujeres de los pueblos un evento

¹³ Otras condiciones incluyen la *anorexia nervosa* (Swartz, 1985) o la *obesidad* (Ritenbaugh, 1982), véase Walker, 1997.

¹⁴ Cabe insistir en el hecho que en ninguno de los estudios antropológicos dirigidos antes que el *SPM* fuera familiar en el pensamiento occidental se describe ningún tipo de estado enfermizo que ocurra antes de la menstruación. Sí que encontramos

biológico simple y natural. También describen la manera en la que los proveedores de salud, a través de su propia formación y de la lectura de publicaciones tanto populares como profesionales, tienden cada vez más a representar la menopausia como un proceso patológico así como una condición tratable. Visión por otro lado también animada por las compañías farmacéuticas y la promoción de medicamentos (Chirawatkul y Manderson, 1994: 1552). Los autores concluyen que las percepciones sobre la menopausia están cambiando y que cada vez hay más mujeres que empiezan a ver de manera negativa los cambios biológicos así como las experiencias relacionadas con la menopausia y que acaban buscando atención médica.

Estas percepciones son puestas en duda por representaciones biomédicas de la menopausia, por la publicidad dada a la HRT [hormone-replacement therapy] en la prensa popular en Tailandia y por el diagnóstico y las prácticas prescriptivas que han medicalizado la menopausia como un problema de deficiencia de estrógenos (Chirawatkul y Manderson, 1994: 1553; traducción propia).

De la misma manera que en el caso tailandés, el *SPM* puede acabar siendo una patología universal en lugar de un *síndrome delimitado culturalmente*.

Así pues, los estudios trans-culturales nos dicen poca cosa sobre si el *SPM* es o no un *síndrome delimitado culturalmente*, pero quizás dentro de nuestra cultura podamos encontrar algún indicio que lo sugiera.

2. Confusión médica y falta de marcador biológico

El hecho de que el *establishment* médico trate el *SPM* como una categoría de enfermedad legítima, a pesar de la falta de acuerdo acerca de su definición y los contradictorios resultados de investigación, sugiere que el conocimiento cultural compartido de qué constituye el *SPM*, contrapuesto a los hechos científicos, informa las ideas de los investigadores (Rodin, 1992: 52; traducción propia).

Realmente existe una confusión sobre el *SPM* en la literatura médica así como un fallo constante en la identificación de una causa biológica a pesar de llevar ya 60 años de intentos. Actualmente no hay evidencia alguna que pueda sostener una o más de las siguientes teorías biológicas: *niveles bajos de progesterona, niveles altos de estrógenos, caída en los niveles de estrógenos, cambios en las ratios de estrógeno/ progesterona, actividad incrementada de aldosterona, interrupción/ retirada de endorfinas endógenas, hipoglucemia subclínica, respuesta a prostaglandinas, deficiencias vitamínicas y secreción excesiva de prolactina*, entre otras (Speroff, 1988: 9). Aun y así la investigación médica crece en lugar de decrecer, cosa que sugiere que hay algo especial en el *SPM* que lo distingue de otras condiciones médicas.

3. La influencia de los medios de comunicación

El contenido de los artículos populares refleja la perspectiva política de publicación en la cual aparecen. Los artículos que tienen más influencia son aquellos que llegan a un público más amplio y estos tienden a presentar una visión del *SPM* como una experiencia negativa con un número ilimitado

en cambio una discusión extensa sobre tabúes menstruales así como mitos y experiencias físicas relativas a la menstruación (ver Buckley y Gottlieb, 1988: 3-50, para perspectiva general sobre el tema).

de síntomas, muchos de ellos contradictorios y un nombre igualmente elevado de tratamientos, la mayoría de dudosa efectividad (ver Chrisler y Levi, 1990).

La expresión 'hormonas deambulantes' aparece en el 8% de los artículos. El ciclo menstrual es mencionado como el 'ciclo de la tristeza', como una 'montaña rusa hormonal', una 'cascada de cambios químicos', el 'monstruo mensual', el 'monstruo menstrual', la 'bestia interior', la 'batalla entre el estrógeno y la progesterona' y la 'guerra desatada por las hormonas del cuerpo' (Chrisler y Levi, 1990: 98; traducción propia).

4. Análisis Socio-político

Los análisis políticos más claros sobre el *SPM* se pueden encontrar en la colección de ensayos feministas de autoras como Sophie Laws (1990), Mari Rodin (1992), Emily Martin (1988) y Andrea Eagan (1988), entre otras.

El análisis de Martin (1988) se centra en el *SPM* como una manera de expresión de la angustia de la mujer, resultado de su posición oprimida en la sociedad capitalista americana.

Parece posible que las Fuentes de esa rabia difusa puedan venir de la percepción de las mujeres, inarticulada sin embargo, de su opresión en la sociedad –de sus salarios mas bajos, de sus menores oportunidades de desarrollo hacia puestos altos, la omisión tácita del lenguaje, la coerción en los roles en el seno de la familia y sobre la constante demanda de crianza y auto-negación, y otros muchos males (Martin, 1987: 134; traducción propia).

Así pues las mujeres que han internalizado las creencias sobre feminidad y patología, tenderán ellas mismas a culpar su biología individual debido a sus sentimientos de insatisfacción y buscarán ayuda médica para curarse en lugar de amenazar las tradiciones de la cultura occidental, buscando una solución política o social.

Análisis feministas del *SPM* como éste son a menudo rechazados debido a que aseguran que los síntomas premenstruales no existen. Las críticas inciden en el hecho que tampoco se puede ignorar la gran cantidad de mujeres que actualmente experimentan algún tipo de molestia a la que llaman *SPM* diciéndoles que se trata de una fantasía, sin ofrecerles ningún tipo de solución a su/s problema/s. J. Bancroft, director de una clínica especializada en tratar el *SPM* lo tiene muy claro:

Pero detrás de este concepto confuso se encuentran temas de importancia considerable. No sólo hay muchas mujeres sufriendo sustancialmente por razones que no son explicadas de otra manera, y que necesitan ayuda... (Bancroft, 1995: 786; traducción propia).

Por el contrario, Sophie Laws (1990) no niega en ningún momento que las *experiencias premenstruales* existan. Para esta autora, todas las mujeres menstruantes experimentan cambios cíclicos de muchos tipos, aunque dichos cambios no constituyen parte ni son signo de enfermedad alguna, simplemente forman parte de la mujer como ser humano.

Es innegable que el ciclo menstrual produce un gran abanico de efectos poco conocidos, físicos y mentales, que pueden variar ampliamente el impacto de una mujer a otra y de un ciclo, o tiempo vital, a otro en un mismo individuo (Laws, 1990: 188; traducción propia).

Pero las *experiencias premenstruales* (o si se quiere *peri-menstruales*) no siempre han estado descritas como una enfermedad y de hecho dicha condición cuenta tan sólo con una breve historia.

La idea que hay ciertos síntomas característicos que son asociados a la fase premenstrual del ciclo menstrual es conocida por los médicos y la cultura general como mucho desde hace 65 años, mientras que la idea que estos síntomas definen un síndrome tiene tan sólo unos 45 años¹⁵ (ver Richardson, 1995). Así pues la cuestión que se hace Laws es la de *¿por qué hemos escogido en describir las experiencias premenstruales como enfermedad en el s.XX?* Nos puede ayudar a responder esta cuestión el plantearnos otra: *¿Quién se beneficia de esta categorización?*

a) Desde el *punto de vista médico* está bastante claro que las que se benefician son *las propias mujeres*, que finalmente han sido tomadas en consideración por el estamento médico. Mujeres que podrán por fin verse libres de las molestias que tanto las limitaban durante cada uno de sus periodos premenstruales.

La Doctora Dalton, una de las forjadoras del término *SPM*, fue también una de las pioneras en defender su tratamiento en clínicas especializadas a base de la administración de progesterona durante la fase premenstrual del ciclo. El tratamiento, doloroso y de dudosa fiabilidad¹⁶ fue muy popular en los años 80 y la doctora tratada como una heroína tanto por feministas como por no feministas (Walker, 1997), aunque también recibió muchas críticas –de Martin, Eagan y Laws, entre otras:

... doctoras como Dalton participan de una retórica claramente anti-feminista la cual fomenta un miedo público sobre la amenaza de mujeres en estado premenstrual impredecibles, fuera de control y violentas (Laws, 1990: 53; traducción propia).

Según White, las paradojas de la medicalización acaban produciendo disputas entre las feministas sobre la existencia de la *TPM* y el *síndrome menopáusico* (White, 1991: 53). Así pues que la doctora Dalton también fuera aclamada por las feministas no nos tiene que extrañar en absoluto. Éstas critican la medicalización que padecen procesos normales de la mujer, diferenciando entre los procesos normales medicalizados y temas reales de salud, normalmente ignorados por el sistema sanitario. Así pues, hay feministas que reclaman el *SPM* como un problema real que necesita de atención médica, como la dismenorrea o la osteoporosis: “de igual modo el *SPM* fue rebajado a molestias que todas las mujeres debían ser capaces de afrontar sin intervención médica” (Goudsmit, 1996: 16).

De la misma manera, Nancy Worcester habla de la contracepción, el embarazo y el parto como procesos medicalizados mientras opina que temas como la dismenorrea, la *TPM* y la osteoporosis han sido ignorados por el sistema sanitario (Worcester y Whatley, 1988).

b) Según Laws son *los hombres* los que se benefician ya que las mujeres una vez tratadas médicamente vuelven a responder al estereotipo de mujer de temperamento suave, plácido y sin exigencias con la que se casaron (Laws, 1990). Según Martin (1988), el beneficiario principal sería *el patriarcado*, mediante el mantenimiento de las mujeres en la familia y la continuación de las formas

¹⁵ He tenido en cuenta la fecha actual para calcular los años, ya que el artículo de Richardson está fechado en 1995. Así pues las fechas que aparecen en el original son en referencia a 1995.

¹⁶ De hecho, un estudio realizado recientemente por investigadores del Reino Unido, publicado el Octubre del 2002 en el *BMJ*, mostraba como la progesterona es inefectiva aliviando los síntomas del *SPM* (Rako, 2003:74-75)

capitalistas de producción. De esta manera las mujeres son animadas a controlar sus cuerpos o negar sus efectos para poder caber en una sociedad diseñada por y para los hombres.

c) Pero sin duda la gran beneficiaria del *SPM* es toda la industria farmacéutica que se encuentra alrededor del mismo. Eagan nos describe el crecimiento y promoción de la terapia por progesterona en los años 80, en una época en la que no existían estudios bien hechos sobre este tipo de terapia ni sobre los efectos que ésta podía tener a largo plazo (Eagan, 1988:90-93).

De hecho la medicalización y patologización (que en la mayoría de las veces se traduce en una psicopatologización) de los eventos reproductivos normales como la menstruación y la menopausia, incluyendo las nuevas categorías de enfermedad como el *SPM* o la *enfermedad de la deficiencia de estrógeno* (Martin, 1987; Lock, 1993) abren un mercado en la industria farmacéutica de dimensiones incalculables.

En la actualidad tanto tratamientos hormonales como serotoninérgicos son usados para tratar el *SPM*. Así pues, las mujeres que acuden al ginecólogo son en general tratadas con el tratamiento hormonal, mientras que las que van al psiquiatra son tratadas con medicamentos serotoninérgicos (Eriksson et Al., 2002). Estos dos tratamientos aparentemente contradictorios¹⁷ empiezan a tener su lógica cuando descubrimos que el encuentro de los científicos que han publicado el artículo anteriormente citado es patrocinado por la compañía farmacéutica Eli Lilly¹⁸, compañía que casualmente también fabrica las dos líneas de medicamentos.

El 3 de noviembre del 2001 un comité de la FDA (*Food y Drugs Administration*) votó unánimemente recomendar la aprobación de *Prozac*® *Eli Lilly* para el tratamiento del *SPM*, a pesar del gran porcentaje de participantes que abandonaron en el transcurso de las pruebas del medicamento debido a los efectos del mismo, así como un efecto placebo que se aproximaba al 50% (McInnes, 2001:160).

Pero los tratamientos y por lo tanto los beneficios para la industria farmacéutica no se acaban con el *Prozac*® de la compañía *Eli Lilly*. Tan sólo los tratamientos serotoninérgicos usados comprenden los siguientes tipos de fármacos: *domipramina*, *fluoxetina*, *paroxetina*, *sertralina* y *citalopram*. A estos debemos sumar los tratamientos a base de *alprazolam* así como aquellos a base de agentes noradrenérgicos. Los agentes hormonales incluyen los supresores de la ovulación y los tratamientos a base de hormonas esteroideas (Fryer et Al., 1999), pero también encontramos entre los tratamientos aquellos a base de diuréticos, magnesio y piridoxina, entre otros¹⁹.

Si multiplicamos todos estos tratamientos farmacológicos con la altísima prevalencia que los diferentes estudios dan al *SPM*, los posibles beneficios farmacéuticos pueden llegar a ser de

¹⁷ A la posible estigmatización debido a la diagnosis de trastorno mental hay que unir el malestar que puede hacer sentir a la mujer el verse tratada con medicamentos antidepresivos para algo que tanto ellas como sus ginecólogos ven como problemas hormonales.

¹⁸ "Agradecimientos: La reunión fue patrocinada por la Compañía Eli Lilly" (Eriksson et Al., 2002: 724; traducción propia).

¹⁹ Actualmente también empiezan a surgir tratamientos alternativos como la acupuntura (Habek, Dubravko et Al., 2002).

dimensiones inimaginables. De manera que el *SPM* puede llegar a convertirse en el sueño de cualquier industria de este tipo, con las mujeres como objetivo prioritario²⁰ pagando eso sí, un precio muy alto.

Ya a finales de los años 80 el Instituto Norteamericano para el Abuso de Medicamentos había descubierto que de 1 a 2 millones de mujeres americanas eran adictas a medicamentos psicoactivos preescritos por sus médicos (Kiefer, 1988). Demasiado a menudo los médicos prescriben estos poderosos y adictivos medicamentos para tratar el estrés ordinario del día a día: aburrimiento en el trabajo, problemas con los niños, soledad y problemas matrimoniales, entre muchos otros (Sandmaier, 1988).

Pero si el *patriarcado* y la *industria farmacéutica* existentes alrededor del *SPM* se benefician de la conceptualización de las experiencias perimenstruales como una enfermedad ¿*Cual es el motivo de dicha etiqueta y sus variantes?*

Las etiquetas atribuyen los problemas de las mujeres a su estado interno haciendo innecesaria cualquier consideración a las circunstancias sociales que los rodean. Además sirven para negar a las mujeres cualquier responsabilidad de sus actos debido a su estatus premenstrual (es decir, hormonal). El problema es que la mujer y su fisiología son una sola cosa y la mujer acaba siendo otra vez víctima de ésta.

Laws (1990) hace notar que el interés en la *TPM* emerge en los años que siguen al desarrollo de un poderoso y enérgico movimiento de liberación de la mujer. Para esta autora, la *TPM* puede ser vista como una explicación que emplaza la causa de los problemas de la mujer en sus propios cuerpos en lugar de en el exterior, en las relaciones sociales de poder. De manera similar, Rittenhouse apunta a la emergencia del *SPM* como un problema social en el contexto político de la entrada de la mujer en el trabajo asalariado y los argumentos de la segunda ola feminista para una mayor igualdad e incremento de oportunidades para las mujeres, incitando el debate sobre la posición *apropiada* de éstas en la sociedad de finales del s. XX (véase Lupton, 1994:144-145).

¿Por qué pues, las mujeres hacen servir la etiqueta del *SPM*? ¿Para qué las mujeres harían suya una condición que las acabaría perjudicando tarde o temprano?

Nicolson (1995) afirma que un concepto medicalizado como el del *SPM* representa una explicación atractiva para las mismas mujeres para justificar su opresión y la relativa falta de logros comparadas a los hombres. Esto significa que las mujeres pueden atribuir su subordinación y opresión a un estado objetivo, identificable, predecible y potencialmente curable, en lugar de atribuirlo a las relaciones de poder de género (Nicolson, 1995). Así pues ¿es la subordinación inevitable y las

²⁰ "Las mujeres son el principal grupo consumidor de psicofármacos, grupo al cual dirigen su publicidad los laboratorios que los producen. Las mujeres constituyen las 2/3 partes de la población que usa tranquilizantes (66%)" (Burin y Moncarz, 1990: 154)

mujeres buscan solución médica a su propia resistencia, todo ello para retornar al ideal de feminidad que marca la sociedad?

Otros autores por el contrario, apuntarían a que las mujeres sin *síntomas premenstruales* son las estadísticamente anormales y que el concepto de *SPM* actualmente serviría para reforzar estereotipos de feminidad (Richardson, 1995: 764). Según esta visión, las mujeres se servirían de las etiquetas del *SPM* para permanecer *femeninas* mientras al desarrollar actividades masculinas éstas serían usadas en su contra impidiendo el acceso a lugares de responsabilidad social.

5. Análisis socio-histórico

No podemos aislar un fenómeno como el *SPM* de la concepción del cuerpo de la mujer en nuestra sociedad, no sólo de estos últimos años que corresponderían al nacimiento del fenómeno que estamos tratando, sino del transcurso de los dos últimos siglos. Una concepción del cuerpo de la mujer negativa y patologizadora, muy importante para comprender el nacimiento y desarrollo tanto del *SPM* como de otros fenómenos como la *histeria* en el s. XIX o la menopausia en este siglo.

A pesar de que en informes antiguos la sangre misma era considerada impure, ahora el proceso mismo es visto como un desorden (Martin, 1987: 35; traducción propia).

De esta manera, Martin (1987) nos narra como en el transcurso del s. XIX se origina un proceso patologizador de la menstruación que provoca que a finales de siglo las imágenes médicas sobre ésta como algo patológico y de impacto adverso en las vidas de las mujeres sean ya remarcables. Es en este contexto que asistimos a la emergencia y máximo apogeo del fenómeno de la *histeria*²¹.

La emergencia de la condición de 'histeria' en el siglo XIX es un claro ejemplo de la forma en la que enfermedades definidas y documentadas están insertas en condiciones sociales, políticas e históricas (Lupton, 1994: 136; traducción propia).

Mari Rodin habla de un sentido moral en la construcción social del *SPM* comparándolo al de la *histeria*. Según la autora, las dos condiciones sirven para controlar las mujeres y las dos definen lo que es y lo que no es socialmente aceptable respecto al comportamiento femenino.

La actual categoría médica de *SPM* es una recreación del conocimiento cultural tácito sobre el efecto del sistema reproductivo sobre el comportamiento de la mujer, disfrazado de concepto científico libre de valores. Este conocimiento cultural tácito tiene sus raíces en antiguas descripciones sobre la *histeria* en las que las andanzas de los úteros en los cuerpos femeninos se consideraba causaban toda suerte de comportamientos inusuales – comportamientos que tienen una chocante similitud con aquellos atribuidos al *SPM* (Rodin, 1992:50; traducción propia).

El buscar los efectos del aparato reproductor en el comportamiento de la mujer responde a una visión reproductivista de la salud y el cuerpo femenino. De acuerdo con esta visión, todos y cada uno de los fenómenos del cuerpo de la mujer se explican a través de su potencialidad reproductiva (Esteban, 2001). Así pues, las mujeres están constantemente a la merced de su aparato reproductor. Si bien antes lo estaban de su útero, como en el caso de la *histeria*, más adelante lo estarán de sus hormonas, como ocurre actualmente con los fenómenos del *SPM* y de la menopausia (en el caso de

²¹ Para niveles de actuación de la *histeria* en la sociedad del s. XIX véase White (1991), pp.76-77.

la menopausia, la ausencia de éstas²²). Precisamente el descubrimiento de las hormonas fue clave para “demostrar científicamente” el lazo existente entre el aparato reproductor y el sistema nervioso²³. La relación entre el hipotálamo y el útero abrió el camino para un nuevo enfoque interdisciplinario del estudio de las mujeres (Ehrenreich y English, 1990).

A partir del funcionamiento del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, que une el cerebro (glándulas hipotálamo e hipófisis), con las gónadas/ aparato reproductor, y mediado en su funcionamiento por las hormonas, las mujeres suelen ser definidas como sujeto continuo de modificaciones (y alteraciones) cíclicas relacionadas con su ciclo fértil-menstrual (Esteban, 2001: 82).

Y no es sino a través de las hormonas y de sus posibles alteraciones, es decir desde la misma visión reproductivista, que se ha intentado explicar el fenómeno del *SPM* sin éxito alguno. Podemos decir pues, que las sustancias o partes del aparato reproductor femenino en las que se ha puesto el énfasis pueden haber cambiado aunque de hecho, la visión sigue siendo la misma.

Sin embargo, dichos conceptos se extienden con rapidez y arraigan en la cultura popular de manera que acaban ocupando una posición poderosa e incómoda en nuestro repertorio cultural de explicaciones de diferencias y conductas de género apropiadas (Hunt, 1996). No nos tiene que extrañar pues, que las mismas mujeres culpen de su *mal humor* a las hormonas. Se manifiesta así la negativización que las mismas mujeres acaban teniendo de su cuerpo, reflejo de una lectura del cuerpo femenino igualmente negativizadora (Esteban, 2001).

Desde el análisis socio- histórico tanto el *SPM*, como la *histeria* o la menopausia son *construcciones sociales* surgidas de *una forma de entender el cuerpo y la salud femeninas desde una visión reproductivista, negativa y uniformizadora* (Esteban, 2001). Una visión que surge en un momento histórico determinado y que se ha mantenido y se mantiene a través de los años hasta llegar a nuestros días, en los que lejos de abandonarla, vuelve a surgir con fuerza a través del trato que dichos fenómenos reciben tanto de los estamentos médicos como de los medios de comunicación.

¿Qué experimentan realmente las mujeres?

Pero sea cual sea la realidad de las mujeres, el *SPM* es un *constructo social* y precisamente la fuerza de esto hace difícil el conocer qué es lo que realmente experimentan.

Éste hecho puede verse reflejado en los cuestionarios retrospectivos de las investigaciones realizadas hasta el momento. La discrepancia entre este tipo de relatos y los prospectivos, en referencia a los cambios cíclicos se encuentra bien documentada y reconocida (Speroff, 1988:10).

Normalmente existe una tendencia a amplificar los cambios negativos en el primer tipo de cuestionario (Marván et al., 2001:278). Estos resultados pueden responder al tipo de expectativas

²² “La provisión de hormonas a “sustituir” encarna la medicalización de la misma. Como tal, está íntimamente ligado con la construcción social de género y conducta apropiada” (Hunt, 1996:155).

²³ “Para los ginecólogos, las hormonas eran el nexo material, largo tiempo esperado, entre el cerebro y el útero” (Ehrenreich y English, 1990).

que la persona que responde recibe de la sociedad que le rodea junto con la interpretación que cada mujer hace de sus vivencias relacionadas con la menstruación más el conocimiento previo de los objetivos del estudio, ya que obviamente, la memoria de cualquier encuestado o encuestada sobre lo que ha vivido diariamente es limitada:

Este cuestionario retrospectivo tiene problemas adicionales, incluyendo la memoria selectiva de las mujeres que lo rellenan, combinado con el conocimiento previo sobre el propósito del estudio (Fausto-Sterling, 1985: 103; traducción propia).

Personalmente creo que es muy importante dotar de valor precisamente a los relatos de tipo retrospectivo, a la memoria selectiva y en definitiva al significado que cada una de las mujeres da a sus sensaciones y *experiencias peri-menstruales*.

La gran mayoría de las veces y queriendo saber qué es lo que experimenta realmente la mujer, abusamos de técnicas cuantitativas²⁴ que aún siendo válidas y aportar información útil, también alejan del objetivo del estudio la voz de la propia protagonista. En este sentido, el análisis narrativo nos es especialmente útil ya que a través suyo escuchamos directamente al sujeto e interpretamos el sentido de su discurso. El objetivo es ver como los entrevistados imponen un orden en el flujo de la experiencia para dar sentido a eventos y acciones en sus vidas (Riessman, 1993).

Los análisis de estos discursos nos pueden llevar y de hecho, no llevan a temas diferentes de los que hemos tratado hasta el momento, temas como pueden ser el de la constante negociación de la identidad de la mujer en sus relaciones de género, temas que nos pueden ayudar a clarificar enormemente el complejo fenómeno del llamado *SPM*.

Los individuos construyen los acontecimientos pasados a través de narraciones personales para demandar y construir vidas (Riessman 1993: 2; traducción propia).

El punto de partida para estas investigaciones es la misma mujer pero no tan sólo esta ya que hablamos de identidad (en relación a ellas mismas²⁵ y los/ las que la rodean²⁶) y de relaciones de género.

Por lo tanto considero importante, sino indispensable el poner especial atención a las personas que rodean a las mujeres teniendo en cuenta a los hombres, que nos pueden dar una visión diferente del fenómeno, muy enriquecedora y de especial interés por lo que respecta al estudio de las políticas en las relaciones de género. Políticas que en definitiva reflejan a la vez que son reflejadas por los mismo procesos a gran escala.

Para el investigador orientado sociológicamente, estudiar las narraciones es adicionalmente útil por lo que revelan de la vida social –la cultura ‘habla por sí misma’ a través de la historia de un individuo. Es posible imaginar diferencias

²⁴ “El conocimiento que tenemos respecto a la salud y la sanidad se concreta, por lo general, en datos cuantitativos, ya que se hacen todavía pocos estudios cualitativos que reconozcan la experiencia, la subjetividad de las personas, su diversidad” (Esteban, M^a Luz, 2001: 232)

²⁵ “De hecho, dado que la menstruación es sólo experimentada por mujeres, puede ser un marcador importante de la feminidad” (Rodgers, 2001: 523; traducción propia). En su estudio de 165 mujeres y las experiencias sobre la menstruación, Martin encontró que las mujeres entrevistadas describían la menstruación como “una marca de feminidad” (Martin, 1987).

²⁶ El periodo menstrual puede ser visto también como un simbolismo de la unión con otras mujeres. Martin describe maneras en las que la menstruación une a las mujeres (Martin, 1987:102-103) y una parte de sentirse unidas como mujeres es sentirse diferentes a los hombres.

de género, opresión racial y otras prácticas de poder que pueden ser dadas por hecho por hablantes individuales (Riessman, 1993: 5; traducción propia).

Según Laws (1990), la manera en la que la menstruación es entendida puede reflejar la forma en la que las mujeres están situadas en cualquier estructura social. Precisamente esta autora es una de las pocas que ha trabajado la menstruación a través de la visión masculina, dándonos así una aproximación única al tema. La autora investiga qué saben realmente los hombres así como qué piensan de la menstruación y finalmente cómo éstos acaban imponiendo sus criterios sobre las mujeres. Shirley Lee (2002) por otro lado, es una de las pocas autoras que se interna en el significado de la menstruación pero también del SPM en las vidas de las mujeres. Uno de los más importantes resultados de su estudio es la identificación de un grupo de mujeres que son extremadamente positivas por lo que concierne a sus experiencias relacionadas con el ciclo menstrual.

Elas reconocieron que el cambio era una parte integral de la menstruación, y su conciencia servía para diferenciar estas fluctuaciones del SPM, una etiqueta que medicalizaba un proceso normal, femenino y biológico (Lee, 2002: 33; traducción propia).

La experiencia subjetiva de las mujeres respecto sus ciclos menstruales es por tanto muy importante y es mediante el análisis de los discursos de estas experiencias que podemos sugerir razones por las que las mujeres las describen en la manera que lo hacen o las sienten en la manera que las sienten. Todo esto en definitiva hace cambiar el énfasis hacia las palabras y significados en lugar de en los números y en las causas, hacia la subjetividad en lugar de la objetividad, viendo la persona como un *participante activo*²⁷ en su propia experiencia, en lugar de un organismo pasivo.

²⁷ “Hay que tener en cuenta la influencia de los discursos y prácticas hegemónicas sobre la gente, pero viendo también el protagonismo de las personas en sus vidas, que puede llegar incluso a la contestación de las ideas dominantes” (Esteban, 2001: 233).

Propuestas finales

En primer lugar creo necesario un abandono definitivo del uso del término *SPM* y afines tanto en medios populares como científicos. De esta manera se evitaría su mal uso así como posibles confusiones. Además tenemos que recordar que utilizar dichos términos ayuda a extenderlos en el entorno estudiado²⁸. Una buena alternativa podría ser la de *experiencias premenstruales* o *premenstruales* previniendo de esta manera la aparición en textos de la expresión *síntomas premenstruales* los cuales pueden referirse a una enfermedad.

Con eso no se está negando el padecimiento por parte de muchas mujeres de experiencias que interfieren en sus vidas cotidianas, aunque sí se excluye una expresión que por sí misma define un estado patológico o de anomalía hereditaria. De la misma manera se tendrían que rechazar de entrada, encuestas y cuestionarios usados desde hace tiempo y que insisten en las experiencias (de hecho éstas hablan de *síntomas*) negativas.

Es fundamental subrayar la importancia que posee la educación para la salud y más concretamente la referente a la *salud reproductiva* para tratar de dismantelar mitos así como profundizar en las experiencias, concepciones y expectativas que los y las adolescentes tienen sobre estos temas.

Se tendría que eludir la *universalización del fenómeno* a la que muchas veces nos lleva la bio-medicina. Aunque las mujeres comparten una serie de sucesos biológicos parecidos los cuales pueden afectar a su salud y bienestar, muchas veces se distinguirán dramáticamente en la forma como ellas experimentan y crean significados de éstos, algo que depende altamente de su localización social en el espacio y tiempo²⁹ (Martin, 1987).

La bio- medicina necesita abrirse a disciplinas sociales (antropología, sociología, historia y estudios de género) que con investigaciones de tipo más cualitativo otorguen contexto y significado a muchos de los padecimientos que sufren las mujeres. Finalmente, no importa lo que sepamos sobre el nivel hormonal, nivel de estrés, nivel socio-económico o estado anímico de la mujer si no sabemos el significado que tienen para ella sus *experiencias premenstruales*. Un enfoque de este tipo deja de ver a la mujer tan sólo como un organismo pasivo para incorporarla como un agente activo que interpreta el mundo que le rodea e intenta dar sentido a todo aquello que le ocurre.

Esto plantea una nueva gama de cuestiones a responder sobre las *experiencias premenstruales*: ¿Qué significa el *SPM* para los hombres y mujeres que usan el término y por qué éste es tan

²⁸ En el apéndice de su artículo sobre el significado de la menstruación y del SPM en las vidas de las mujeres, Lee nos pone ejemplos de preguntas para las entrevistas de las que cito algunas: "¿Tiene experiencia personal con el Síndrome Premenstrual o SPM? ¿Puede darme una definición del SPM? ¿Qué cree que causa el SPM?" (Lee, 2002:33; traducción propia). En este sentido no puedo estar de acuerdo con la autora ya que opino que el uso tanto del término Síndrome Premenstrual como el de su acrónimo en una investigación sería no sólo legítima el concepto, sino que además contribuye a la expansión del mismo.

²⁹ Mujeres con una dieta pobre y viviendo en condiciones muy difíciles como puede ser por ejemplo un país o zona de guerra, tienden a tener periodos escasos e irregulares. La menstruación es un signo de salud y las mujeres que viven en países del tercer mundo tienden a sufrir de malnutrición y de enfermedades de la pobreza que resultan de una vivienda pobre así como agua en malas condiciones (Laws, 1990).

importante en sus vidas? ¿Qué discursos usan las mujeres para dar sentido a sus *experiencias premenstruales* y *menstruales*? ¿Qué papel juegan éstas en su vida cotidiana y en sus relaciones de género?

Bibliografía

- Abplanalp, J. M. (1985). Premenstrual Syndrome: A selective Review. En *Lifting the curse of menstruation. A feminist appraisal of the influence of menstruation on women's lives*. S. Golub, Ed. New York: Harrington Park Press.
- Anson, O. (1999). Exploring the bio-psycho-social approach to premenstrual experiences. *Social Science & Medicine*, 49(1): 67-80.
- Bancroft, J. (1995). The menstrual cycle and the well being of women". *Social Science & Medicine*, 41(6): 785-791.
- Berga, S. L. (1998). Understanding premenstrual syndrome. *The Lancet*, 351: 465.
- Bleichmar, D. (1999). *La depresión de la mujer*. Madrid: Temas de Hoy.
- Buckley, T. y A. Gottlieb, Eds. (1988). *Blood Magic. The anthropology of menstruation*. Berkeley: University of California Press.
- Burin, M. y Moncarz, E. (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
- Cénac, A. et al. (1987). Premenstrual síndrome in Sahelian Africa. A comparative study of 400 literate and illiterate women in Niger. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 81: 544-547.
- Chaturvedi, S. et al. (1995). Suicidal ideas during premenstrual phase. *Journal of affective disorders*, 34: 193-199.
- Chirawatkul, S. y L. Manderson (1994). Perceptions of menopause in northeast Thailand: contested meaning and practice. *Social Science & Medicine*, 39(11): 1545-1554.
- Choi, Precilla Y. L. (1995). The menstrual cycle and Premenstrual Syndrome. *Social Science & Medicine*, 41(6): 759-760.
- Chrisler, J. C. y K. B. Levy (1990). The media construct a Menstrual Monster: A content Analysis of PMS Articles in the Popular Press. *Women & Health*, 16(2): 89-104.
- Dalton, K., Dalton, M. y K. Guthrie (1987). Incidence of the premenstrual syndrome in twins. *British Medical Journal*, 295: 1027-1028.
- De La Gandara, Martin, J. J. y E. De Diego Herrero (1996). Transtorno Disfórico Premenstrual: Un estudio epidemiológico. *Actas Luso-Españolas de Neurología y psiquiatría*, 24(3): 111-117.

- Diorki, S.L. (2002). *Diccionario Mosby de medicina y ciencias de la salud*. Madrid : Harcourt / Mosby.
- Eagan, A. (1988). The selling of premenstrual syndrome. Who profits from making PMS "The disease of the 80s"? En *Women's Health. Readings on Social, Economic, and Political Issues*. N. Worcester y M. H. Whatley, Eds. Dubuque, Iowa: Kendall Hunt Publishing Company.
- Ehrenreich, B. y English, D. (1990). *Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres*. Madrid: Alfaguara.
- Eriksson, E. et al. (2002). New perspectives on the treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Archives of Women's Mental Health*. 4: 111-119.
- Esteban, M^a Luz (2001). *Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud*. Donostia: Tercera Prensa-Hirugarren Prentsa S.L.
- Fausto-Sterling, A. (1985). *Myths of gender. Biological theories about women and men*. New York: Basic Books.
- Fradkin, B. y P. Firestone (1986). Premenstrual Tension, Expectancy, and Mother-Child Relations. *Journal of Behavioral Medicine*, 9(3): 245-259.
- Frances, A; Firts, M.B. y H. A. Pincus (1997). *DSM-IV. Guía de uso*. Barcelona: Masson.
- Frank, R. (1931). The hormonal causes of Premenstrual Tension. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 26: 1053-1057.
- Freeman, E. W. y K. Rickels (1999). Characteristics of placebo responses in medical treatment of Premenstrual Syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 156: 1403-1408.
- Fryer, C. P. et al. (1999). Premenstrual dysphoric disorder: literature review. *Archives of Women's Mental Health*, 2: 1-27.
- Golub, S., Ed. (1985). *Lifting the curse of menstruation. A feminist appraisal of the influence of menstruation on women's lives*. New York: Harrington Park Press.
- Goudsmit, E. M. (1996). ¡Todo es mental! Puntos de vista estereotípicos y la psicologización de las enfermedades de la mujer. En *Mujer y salud. Una perspectiva feminista*. S. E. Wilkinson y C. Kitzinger Eds. Barcelona: Paidós.
- Greene, R. y Dalton, K. (1953). Premenstrual Syndrome. *British Medical Journal*, 1: 1007-1014.
- Habek, D. et al. (2002). Using acupuncture to treat premenstrual syndrome. *Archive of Gynecology and Obstetrics*, 267: 23-26.

- Halbreich, U. y L. S. Kahn (2001). Are women with Premenstrual Dysphoric Disorder Prone to Osteoporosis?. *Psychosomatic Medicine*, 69: 361-364.
- Hunt, K. (1996). ¿Una cura para todas las enfermedades? Interpretación de la menopausia y las complicaciones del tratamiento hormonal sustitutivo. En *Mujer y salud. Una perspectiva feminista*. S. E. Wilkinson y C. Kitzinger Eds. Barcelona: Paidós.
- ICD-10-WHO 1992
- Johnson, T. (1987). Premenstrual syndrome as a western culture-specific disorder". *Culture, Medicine and psychiatry*. 11: 337-356.
- Keye, W. R., Ed. (1988). *The Premenstrual Syndrome*. Philadelphia: Saunders company.
- Kiefer, T. (1988). The "neurotic woman" syndrome. How drug companies feed the fantasies of the male medical establishment. En *Women's Health. Readings on Social, Economic, and Political Issues*. N. Worcester y M. H. Whatley, Eds. Dubuque, Iowa: Kendall Hunt Publishing Company.
- Laws, S. (1990). *Issues of blood. The politics of menstruation*. London: Macmillan.
- Lee, S. (2002). Health and Illness: the meaning of menstruation and premenstrual syndrome in women's lives. *Sex Roles*, 46(1/ 2): 25-35.
- Livesey, J. H. et al. (1989). Assessment of the significance and severity of Premenstrual Tension-I. A New Model. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(3): 269-279.
- Lock, M. (1993). *Encounters with aging: Mythologies of menopause in Japan and North America*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Logue, C. M. y R. H. Moos (1986). Perimenstrual Symptoms: Prevalence and risk factors. *Psychosomatic Medicine*, 48(6): 388-414.
- López-Ibor, J. (2002). *DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Lupton, D. (1994). *Medicine as Culture. Illness, disease and the body in western societies*. London: Sage Publications.
- Martin, E. (1987). *The woman in the body. A cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Martin, E. (1988). Premenstrual Syndrome: Discipline, work and anger in late industrial societies. En *Blood Magic: The anthropology of menstruation*. T. Buckley y A. Gottlieb Eds. Berkeley: University of California Press.
- Martínez Hernández, A. (2000). Anatomía de una ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura. En *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. E. Perdiguero y J. M. Comelles Eds. Barcelona: Bellaterra.

- Marván, M. L. y C. Escobedo (1999). Premenstrual Symptomatology: Role of Prior Knowledge about Premenstrual Syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 61: 163-167.
- Marván, M. L., C. Escobedo y S. Cortés-Iniestra (2001). Women's beliefs about the prevalence of premenstrual syndrome and biases in recall of premenstrual changes. *Health Psychology*, 20(4): 276-280.
- Marván, M. L., C. Escobedo et al. (2001). A comparison of menstrual changes expected by pre-menarcheal adolescents and changes actually experienced by post-menarcheal adolescents in Mexico. *Journal of School Health*, 71(9): 458-461.
- Marván, M. L. y C. Escobedo et Al. (2002). Premenarcheal Mexican girls' expectations concerning perimenstrual changes and menstrual attitudes. *Journal of Psychosomatic Obstetrical Gynecology*, 23: 89-96.
- McInnes, S. C. (2001). The political is personal – Or, why have a revolution when you can have soma?. *Feminist Review*, 68: 160-180.
- McMaster, J. et al. (1997). Menstrual and Premenstrual experiences of women in a developing country. *Health Care for Women International*, 18: 533-541.
- Metcalf, M. G. et al. (1991). Premenstrual Syndrome in hysterectomized women: mood and physical symptom cyclicity. *Journal of Psychosomatic Research*, 35(4/5): 555-567.
- Metcalf, M. G. et al. (1992). The Premenstrual Syndrome: amelioration of symptoms after hysterectomy. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(6): 569-584.
- Nicolson, P. (1995). The menstrual cycle, science and femininity: assumptions underlying menstrual cycle research". *Social Science & Medicine*, 41(6): 779-784.
- Perdiguero, E. y J. M^a Comelles, Eds. (2000). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra.
- Rako, S. (2003). *No more periods? The risks of menstrual suppression and other cutting-edge issues about hormones and women's health*. New York: Harmony Books.
- Richardson, J. T. (1995). The premenstrual syndrome: a brief history. *Social Science & Medicine*, 41(6): 761-767.
- Riessman, C. K. (1993). *Narrative analysis*. London: Sage Publications.
- Rodin, M. (1992). The social construction of Premenstrual Syndrome. *Social Science & Medicine*, 35(1): 49-56.
- Rodgers, J. (2001). Pain, shame, blood, and doctors: how women with learning difficulties experience menstruation. *Women's Studies International Forum*, 24(5): 523-539.
- Sáez, C. (1988). *Sobre la mujer y salud mental*. Barcelona: La Sal.

- Sandmaier, M. (1988). Alcohol, mood-altering drugs and smoking. En *Women's Health. Readings on Social, Economic, and Political Issues*. N. Worcester y M. H. Whatley, Eds. Dubuque, Iowa: Kendall Hunt Publishing Company.
- Schmidt P. et al. (1998). Differential behavioral effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. *New England Journal of Medicine*, 338: 209-216.
- Simon, R.C. y C. C. Hughes (1985). *The culture bound syndromes: folk illness of psychiatric and anthropological interest*. Dordrecht: Reidel.
- Soong Tan, K. (2001). Premenstrual Asthma. *Drugs*, 61 (14): 2079-2086.
- Speroff, L. (1988). Historical and social Perspectives. En *The Premenstrual Syndrome*. W. R. Keye, Ed. Philadelphia: W. B. Saunders Co.
- Sveinsdóttir, H. (1998). Prospective assessment of menstrual and premenstrual experiences of Icelandic women. *Health Care for Women International*. 19: 71-82.
- Van De Walle, E. y E. P. Renne, Eds. (2001). *Regulating Menstruation. Beliefs, Practices, Interpretations*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Van Den Akker, O. B. et al. (1995). Menstrual cycle symptom reporting in three British ethnic groups. *Social Science & Medicine*, 40(10): 1417-1423.
- Walker, A. (1995). Theory and Methodology in Premenstrual Syndrome Research. *Social Science & Medicine*, 41(6): 793-800.
- Walker, A. (1997). *The menstrual cycle*. London: Routledge.
- White, K. (1991). The sociology of health and illness. *Current Sociology*, 39(2).
- Wilkinson, S. y C. Kitzinger (1996). *Mujer y salud. Una perspectiva feminista*. Barcelona: Paidós.
- Worcester, N. y M. H. Whatley, Eds. (1988). *Women's Health. Readings on Social, Economic, and Political Issues*. Dubuque, Iowa: Kendall Hunt Publishing Company.
- Yu, Mei-yu et al. (1996). Perimenstrual symptoms among chinese women in an urban area of China. *Health Care for Women International*, 17: 161-172.

Preguntas de la editora

1. Su artículo hace un recorrido por los distintos modelos que, tanto desde las ciencias sanitarias como desde los estudios sociales y feministas, se han propuesto para explicar el síndrome premenstrual. En el análisis del SPM confluyen los intereses de la antropología de la

medicina y de la de género. A su modo de ver ¿cuáles son las aportaciones más relevantes que las orientaciones feministas y de género han realizado a la antropología de la medicina? En sentido contrario ¿cuál es el papel que el estudio de los procesos corporales y de salud / enfermedad / atención juega dentro de los estudios feministas y de género? En concreto ¿podría señalar las principales líneas de reflexión sobre las relaciones de género que su aproximación crítica a la construcción social del SPM perfila?

La principal aportación feminista dentro de la especialidad de Antropología de la Medicina ha sido el estudio de los procesos de salud reproductivos, junto con el cuestionamiento del proceso de medicalización de los mismos. Dicha medicalización incluye el proceso histórico de deslegitimación de los saberes de las mujeres en relación con la anticoncepción, embarazo, parto y cuidados de los niños, así como la caracterización patológica de la fisiología reproductiva femenina –de la que el SPM es un ejemplo reciente- y la consiguiente justificación de la desigualdad de género en términos biológicos. Más allá del ámbito reproductivo, otras aportaciones han tenido que ver con la valoración y crítica social del rol de cuidadora adjudicado a la mujer, la importancia de tomar en cuenta la variable de género en relación con la construcción de todo tipo de padecimientos, así como en la dinámica entre los distintos sectores y profesionales de la salud –tanto biomédicos como alternativos y tradicionales.

Por otra parte, el cuerpo de las mujeres ha estado presente entre las inquietudes feministas desde sus inicios históricos. En un primer momento la justificación biológica de la inferioridad de las mujeres es uno de los primeros discursos que se pone en cuestión, enfatizando el papel de la cultura en la creación de diferencias entre los géneros. Posteriormente, desde el feminismo radical, también se lleva a cabo la reivindicación de la necesidad de control de nuestros cuerpos femeninos así como de la importancia de los derechos reproductivos. Asimismo es dentro de la teoría feminista que posteriormente se cuestiona la dualidad sexo-género, dando un nuevo papel al cuerpo.

Por lo que se refiere a este artículo, pone en evidencia el papel del sistema biomédico en la legitimación de un determinado orden de relaciones de género, mediante la sanción y construcción del cuerpo de la mujer “desde una visión reproductivista, negativa y uniformadora” (Esteban 2001). Una construcción más sociocultural que científicamente objetiva, como demuestra su vaguedad científica, y que entronca históricamente con la construcción de otras patologías, como la histeria, que definen qué es y no es socialmente aceptable en el comportamiento femenino. Una categorización que beneficia fundamentalmente a la industria farmacéutica, y que se construye al margen de la experiencia, diversa y subjetiva, de los actores sociales, en este caso mujeres, que son destinatarios de la misma.

2. En las últimas páginas de su artículo usted aboga por el estudio de lo que “realmente experimentan las mujeres” ¿se puede estudiar la experiencia perimenstrual de las mujeres al margen de la construcción social, y biomédica en este caso, de la misma?, ¿considera que las experiencias y narrativas de las mujeres son, de igual manera que los discursos científicos biomédicos, una construcción social?, ¿qué diferencias encuentra entre unas y otros? En ese contexto, citando a M^a Luz Esteban, plantea que la aproximación a las narrativas de las mujeres permitiría analizar el “protagonismo de las personas en sus vidas, que puede llegar

incluso a la contestación de las ideas dominantes” ¿dentro de qué límites considera que se puede hablar del rol activo –agency- de las mujeres en sus experiencias perimenstruales?

La experiencia de las mujeres es también una construcción social en continua interacción con otros modelos y discursos sociales, como es el caso del *SPM*. Ahora bien, la visibilidad y reconocimiento de una y otra construcción son completamente distintos, puesto que mientras un discurso es considerado ciencia, con la legitimación que cuenta por ello, las narrativas de las mujeres no son escuchadas sino tabuladas mediante cuestionarios diseñados con el objeto de estudiar dicho *SPM*. Este es el motivo de plantear en este artículo el uso de técnicas cualitativas, especialmente de análisis narrativo, para dar voz a las protagonistas de sus experiencias, que no síndrome, premenstruales. Al analizar sus discursos, podremos ver hasta qué punto se parecen y diferencian las experiencias de las mujeres del discurso patologizador, la variabilidad interna del discurso de las mujeres, así como el papel que juegan en la constante negociación de la identidad de la mujer en sus relaciones de género, es en este sentido en el que podemos hablar del rol activo de las mujeres en relación a sus experiencias perimenstruales.