

EL ESTRÉS CULTURAL SUPRIME LA OVULACIÓN

Riesgo para la osteoporosis

Jerilynn C. Prior BA, MD, FRCPC

Profesora de Endocrinología

Universidad Británica de Columbia, Vancouver, Canada.

La verdadera salud de las mujeres requiere el bienestar social, emocional y económico además el bienestar físico. Cada vez más las mujeres están sometidas al estrés relacionado con la pérdida de control sobre sus propias vidas. En un esfuerzo para conseguir el control las mujeres sobre su propio cuerpo sienten que están constantemente pensando en no estar obesas. Incluso aunque no realicen ningún cambio en su dieta saludable, realicen buen ejercicio y tengan un peso normal y una mentsruación, el estrés de preocuparse por el peso puede trastornar la ovulación y aumentar la pérdida de hueso y el riesgo de osteoporosis.

INTRODUCCIÓN

Las demandas culturales sobre los roles, actividades y formas de vivir de las mujeres, difieren dependiendo de muchas variables incluyendo la geografía local y cultural, la economía, el lugar en la familia que ha creado, y el tiempo en que están viviendo en la historia (para alistar solo algunos aspectos). Estas demandas socio-culturales influyen la forma en que las mujeres sienten sobre ellas mismas. Las expectativas culturales también influyen la forma en que todos los miembros de la sociedad incluyendonos nosotras mismas ven a las mujeres como un todo. Y finalmente y más pertinente para esta conferencia sobre mujer, salud y trabajo, las influencias culturales, la actitud de los médicos y del sistema de atención sanitario hacia las mujeres en general y hacia las mujeres como pacientes específicos. Además, antes de llegar a la discusión, una influencia específica y sutil de la cultura en el estrés emocional de las mujeres, ciclos menstruales y riesgo para la osteoporosis, necesitamos echar un vistazo a las perspectivas de como se puede analizar la salud de las mujeres. Aunque la mayoría de nosotras sabe que nuestros cuerpos físicos influyen nuestra salud y también sabemos que existen efectos del estrés relacionado con nuestro trabajo, situaciones en el hogar y relaciones aunque no sean culturales en nuestra salud, nosotros podríamos tener una perspectiva sobre salud que ignore estos factores. A continuación podríamos preguntarnos algunas cuestiones sobre si o no la perspectiva desde la cual las mujeres son analizadas, desde factores socio-culturales o fisiológicos son variables a tener

en consideración. Utilizando las respuestas a estas preguntas las actitudes hacia las mujeres se pueden agrupar en cuatro aproximaciones diferentes.

Cuatro perspectivas desde las cuales podemos ver la salud de las mujeres

El primer aspecto de la visión respecto a la mujer afirma que las mujeres son iguales fisiológica y culturalmente que los hombres o que son muy poco diferentes. Muchas de nosotras en mayor o menor grado, que fuimos influenciados por los movimientos recientes de mujeres o por las primeras luchas por el derecho al voto (entre el movimiento sufragista) sentimos en materia de derechos políticos, especialmente dentro de las democracias que las mujeres son iguales a los hombres. Esto es un aspecto muy fundamental del poder político de la mujer. Las mujeres han entrado en todas las ocupaciones y en la lucha deportiva utilizando esta afirmación de igualdad con los hombres. La mayoría de nosotras que hemos tenido éxito en términos de cultura dominante tenemos esta política fundamental de la igualdad como una creencia que se mantiene muy profundamente.

La perspectiva de que las mujeres y los hombres son iguales ignora las diferencias del entorno cultural y las diferencias fisiológicas a asumiendo la presunción que ha mantenido la mayoría de la investigación médica que se ha realizado solamente con hombres y que ha dado la impresión de que estos mismos hallazgos de la investigación podrían ser aplicados a mujeres también. Esta es también la perspectiva que ha sido proclamada en un esfuerzo para persuadir al Movimiento Olímpico Internacional, para estimular a las mujeres a que participen en muchos deportes como la maratón.

Como un desbordamiento, quizá por la influencia de este movimiento hacia la igualdad, ha existido una tendencia a afirmar que la mujer no es solo igual en la esfera socio-cultural sino que nuestros cuerpos y fisiologías de mujer son iguales (o por lo menos no inferiores) a la de los hombres. Dado que todas sabemos que esto no es estrictamente verdad, no lo podemos afirmar de una forma abierta. Sin embargo, a nivel emocional muchas de nosotras como mujeres efectivas, hemos conseguido darnos cuenta o vivir de una forma razonable esta igualdad con los hombres pero distanciándonos emocionalmente nosotras mismas de nuestros cuerpos de mujer. Este proceso de distancia implica ignorar nuestros ciclos menstruales, controlar nuestra fertilidad, y a veces solicitar la extirpación quirúrgica de órganos que nos trastornan e interfieren en nuestro trabajo.

Sin embargo, la posición de que las mujeres son cultural y fisiológicamente iguales a los hombres nos produce mucho más esfuerzo emocional. Después de todo la mayoría de nosotras menstruamos, y podemos tener síntomas premenstruales físicos y emocionales, y debemos vivir con mamas, riesgo de quedarnos embarazadas y finalmente atravesar la menopausia. Si tomamos la

perspectiva de que los cuerpos de las mujeres son iguales a los de los hombres (y que la cultura es irrelevante), cuando nuestros cuerpos de mujer interfieren con lo que deseamos realizar no sentimos resentidas o incluso pensamos que se ha abusado de nosotras.

El punto de vista de que las mujeres y los hombres son iguales ignora las diferencias fisiológicas entre ser mujer y hombre y el papel de la cultura en la formación de los conceptos de feminidad de salud de las mujeres. La construcción mental de que las mujeres son iguales a los hombres es una estructura que no apoya a la mujer como Apropiada@ ni valoriza nuestros cuerpos, proporciona una base pobre para la autoayuda y puede conducir a una sobreutilización de los recursos de asistencia sanitaria.

La segunda de las perspectivas de la mujer es la perspectiva actual de que la mujer es físicamente diferente a los hombres y que la cultura es irrelevante. Este punto de vista conduce con frecuencia a un concepto de que los cuerpos de las mujeres son diferentes y que además (dadas las influencias subconscientes culturales (1)) son inferiores a los cuerpos de los hombres. El resultado es que las diferencias físicas se comprenden como productoras de detrimento para la mujer. Las diferencias reproductivas, musculares, de tamaño corporal y emocionales, se ven como Aminusvalías@ con las que tiene que luchar la mujer para superarlas. Algunas de nosotras en el campo de la asistencia sanitaria/médica podemos trabajar para ayudar a la mujer a luchar de muchas formas para que no sea victimizada por sus funciones corporales. Esta aproximación a la salud de las mujeres ha sido el punto de vista dominante de los que dicen realizar una buena atención sanitaria así como de algunos grupos de mujeres que están firmemente convencidas de que tienen que ayudar a otras mujeres.

Desde la perspectiva de que los cuerpos de las mujeres son diferentes a los de los hombres (pero la cultura tiene poco o nada que ver con la salud) se producen movimientos que diagnostican y tratan un gran número de enfermedades, que dominan la conciencia y la ciencia de la literatura médica. Habitualmente este tipo de enfermedades se producen en forma de novedades que son discutidas intensamente y se popularizan@ y más adelante no se continúan discutiendo. Estas enfermedades incluyen el síndrome premenstrual, la menopausia, el síndrome de crecimiento de candidas, la hipoglucemia, el trastorno afectivo estacional y muchos otros. Por ejemplo, en el pasado, se creyó que la histeria estaba producida por el desplazamiento del útero hacia la garganta de una mujer! Por lo tanto la histeria sería un ejemplo precoz de un deterioro literal de los propios órganos reproductivos de la mujer. En la histeria, como en la mayoría de los síndromes mencionados, hay una fuerte relación entre los órganos reproductivos de la mujer y una disfunción emocional (2).

El llamado Síndrome Premenstrual (PMS) o Disforia Luteal Tardía (3) (como se designa oficialmente en Estados Unidos en el manual de trastornos mentales), es un buen ejemplo de que las mujeres se han visto menos valoradas o victimizadas por sus cuerpos femeninos. Basado en una poca clara comprensión de la relación existente entre los campos fisiológicos y emocionales, y de la influencia que tienen las fluctuaciones normales de estrógeno y progesterona en el ciclo menstrual normal, un cierto grupo de síntomas se ha definido como anormal. No se ha considerado que la cultura tenga ningún papel en la creación de estas creencias sobre salud, ni que las demandas culturales intensifiquen estas experiencias. Además, un complejo de síntomas se ha reconvertido en una enfermedad que debe ser tratada para ayudar a las mujeres.

La lógica extensión de las mujeres como víctimas de sus cuerpos se ilustra por el reciente estudio doble-ciego, controlado con placebo; el ensayo clínico Canadiense de la Fluoxetina (Prozac, una droga antidepresiva muy poderosa) (4). Se dieron grandes dosis diarias de Fluoxetina, en un estudio del fármaco y las mujeres experimentaron tantos efectos secundarios que una tercera parte de aquellas que estaban situadas en la alta dosis, aunque necesitaban ayuda médica abandonaron el estudio (4). Sin embargo los síntomas premenstruales graves eran muy raros en la población en que se basaba este estudio epidemiológico (5), y se modificaron significativamente en los tres a seis meses por medio de un cambio en los estilos de vida así como con un programa de ejercicios (6). Los síntomas de síndrome premenstrual también se ha demostrado que están muy influenciados por las expectativas culturales (7). Tanto el primer punto de vista en que las mujeres y los hombres se ven como iguales y la perspectiva de la parte física de las mujeres (pero no cultural) son un problema que ya hemos discutido. Los dos puntos de vista son difíciles para conseguir una buena salud para las mujeres. Habiendo demostrado que los "cuerpos iguales" y las mujeres "víctimas de su propio cuerpo" son perspectivas sobre la salud de las mujeres que tienen déficits, vamos a ver una perspectiva que ignora las funciones del cuerpo y la parte fisiológica de forma completa y subraya sobretodo las causas culturales para provocar los problemas de salud y enfermedad de las mujeres. Como se muestra (en la figura 1 a la izquierda) las mujeres como "víctimas de su propia cultura" es un punto de vista que plantea que cualquiera de los problemas de salud que experimentan las mujeres son creados en realidad por el ambiente sociopolítico. En el primer momento tuve dificultades para encontrar un ejemplo que ilustrara esta perspectiva. Sin embargo, en un reciente esfuerzo por parte de muchas mujeres de muy diferentes formaciones (enfermeras, promotores de salud, sociólogas, médicas, etc.) para intentar preparar una solicitud para un centro especial para la salud de las mujeres, cada vez que existía una variable biológica, o que se mencionaba una diferencia física o hormonal en una de las categorías propuestas en la investigación desaparecía del borrador final.

Yo propuse para este centro de salud de las mujeres ,que se pudiera realizar un estudio prospectivo basado en la transición hacia la menopausia de la población normal Para mi es importante investigar lo que las mujeres experimentan cuando creen llegar a una fase anterior a la menopausia, enseñarles a documentarse sobre las características del ciclo menstrual, recoger sistemáticamente sus emociones y experiencias psicológicas (como sensaciones de frustración, autoestima, tensión mamaria y sueño) y centrarse en los grupos que puedan explicar sus propias historias, sus experiencias. Sin embargo, todas estas variables fueron ignoradas y la descripción del proyecto se convirtió en "determinantes culturales de salud en la menopausia". Este ejercicio me sugirió que mis colegas; incluso las procedentes de ciencias biológicas, se encontraban más cómodas discutiendo las dificultades ambientales y prácticas culturales, geográficas y sociales de las mujeres para conseguir una buena asistencia en la salud que en aprender sobre los aspectos socioculturales y biológicos de la transición normal de la menopausia.

Como un segundo ejemplo en el cuadrante de las mujeres como víctimas de la cultura, los trastornos de la conducta alimentaria se ven a menudo desde la perspectiva de que la psicología de las mujeres es igual a la de los hombres, pero que la cultura es la causa de que las mujeres aumenten la probabilidad de desarrollar anorexia o bulimia comparada con los hombres. Es un mérito realmente de este argumento. La cultura occidental dominante en las últimas décadas del siglo XX insiste en que el valor de las mujeres se relaciona con su delgadez (8). Esto se asocia a que por lo menos el 2% de mujeres entre 10 y 25 años están por debajo de lo que se considera un peso normal y muchas de éstas han sido han tenido trastornos que les podía costar la vida, tanto de temperatura como de equilibrio de electrolitos ,y han sido sometidas a riesgos de osteoporosis a largo plazo. Sin embargo, aunque está claro que la expectativa cultural de la forma y tamaño del cuerpo están poderosamente relacionada con la aparente crecimiento de la incidencia de la anorexia nerviosa, la pubertad de las mujeres, los cambios de apetito en el ciclo menstrual (9), y los cambios de humor y de retención de líquidos son también unas variables poderosas en los desórdenes de la conducta alimentaria , y tambien queda claro que los hombres raramente desarrollan anorexia . Aunque esto puede relacionarse predominantemente con el hecho de que el hombre no tiene una clara obligación de ser delgado, tampoco tiene unas hormonas fluctuantes que influencien el apetito y su peso. Además, el fenómeno de la anorexia debe ser enfocado de forma más clara, se debe comprender también como una interacción entre las demandas fisiológicas y culturales.

Hemos visto hasta aquí que "las mujeres iguales a los hombres", "las mujeres como víctimas de su cuerpo" y "las mujeres como víctimas de su cultura" son puntos de vista incompletos y producen deficiencias de varios tipos. Esto nos conduce a una perspectiva final que toma en consideración tanto el aspecto fisiológico y el lugar sociocultural de las mujeres. Esto obviamente está

rodeado de un halo de totalidad y pocas de nosotras negarían que es probable que sea la "mejor" perspectiva. Sin embargo, para adoptar este punto de vista es necesario comprender lo que es normal de la biología de las mujeres. Es más fácil creer que el conocimiento de esta normalidad es recogida ya por la corriente de literatura médica y que es simplemente ignorada o no aplicada. Como científica que ha empezado a explorar las variaciones en el ciclo menstrual de períodos largos de tiempo en mujeres sanas y que está intensamente y personalmente interesada en conocer lo que es normal en la transición a la perimenopausia, quisiera afirmar que no tenemos esta información necesaria.

La mayoría de lo que nosotras conocemos sobre la fisiología de las mujeres se deriva de una perspectiva que ve a las mujeres como víctimas de sus cuerpos de mujer (que son inferiores a los cuerpos de los hombres (1, 10)). Esto ha sido (y en muchos ejemplos todavía lo es) el paradigma con el que los científicos médicos hacen la investigación. Podríamos negar que un punto de vista cultural preexistente podría influir en la ciencia (que se ve como objetiva), sin embargo, esto es bastante ingenuo (11). Como ejemplo, un estudio reciente de la perimenopausia en una muestra basada en la población midió los niveles de estrógenos durante ocho días después del inicio de la menstruación cuando los niveles son más bajos. La creencia actual sobre la menopausia es que es un momento de niveles de estrógenos anormalmente bajos (que producen un aumento de riesgo para la osteoporosis y la enfermedad cardíaca) y que la menopausia es el período de tiempo en que los estrógenos van siendo cada vez más bajos. Los niveles de estrógenos eran muy altos por lo menos en el 10% de las mujeres ,y similares a la media del ciclo total de una mujer premenopáusicas. A pesar de ello, la conclusión de los autores fué que los niveles de estrógenos estaban "disminuyendo" (12).)Juega la cultura un papel en esta interpretación?

Además, yo creo que el conocimiento riguroso y fisiológico centrado en lo que es normal en las mujeres, relacionado a nuestros cuerpos, la menopausia, ciclo menstrual y otros muchos aspectos de nuestra salud, no existen. En muchos casos, no debido a un prejuicio cultural sino simplemente porque no es una información "interesante" o que no es tecnológica ni puntera para acceder a unas grandes becas sin que exista una idea nueva excitante para conseguir un buen clima de apoyo económico para la investigación. Los estudios de los cambios hormonales normales de las mujeres no tienen suficientes "atractivos científicos" (como lo de los genes, la biología molecular y nuevos agentes farmacéuticos) para que se les den ayudas económicas por los expertos que revisan los proyectos.

Además, probablemente de forma inconsciente, el déficit de la información de lo que es normal para la reproducción de las mujeres se presenta porque las diferencias reproductoras y físicas entre hombres y mujeres han jugado un

importante papel en crear una situación social inferior para la mujer en la cultura industrial de los países industriales de occidente (1, 10). La mayoría de información disponible incluso en la "comunidad científica" está sesgada culturalmente (13). Además, aquellos que han sido los "encargados de mantener" la información sobre los sistemas reproductivos de las mujeres han sido científicos hombres (10) o los cirujanos ginecológicos que se aprovechan de extirpar los órganos afectados y salvan a las mujeres de enfermedades "producidas" por sus órganos femeninos.

Además, la dificultad desde el punto de vista de que la fisiología única de las mujeres y el lugar sociocultural en esta sociedad son los que afectan a su salud, radica en que estos dos aspectos han sido inadecuadamente estudiados, en especial dentro del mismo estudio. Si mis colegas y yo persistimos y tenemos éxito en construir un centro para una atención especial a la salud de las mujeres, podremos identificar y delimitar muchos de los aspectos culturales de la salud y las barreras para acceder al conocimiento. Sin embargo, esto no proporcionará a la mujer una información más centrada sobre su biología.

Las características hormonales y ovulatorias de una muestra de población premenopáusica y perimenopáusica aún tiene que ser definidas de una forma prospectiva. Tienen que ser realmente combinadas e integradas como un todo con las experiencias de las mujeres para que nos permitan actuar con conocimiento de las diferencias biológicas y socioculturales que tenemos de los hombres. Creo que cuando comprendamos nuestra propia fisiología y como se adapta a las situaciones de estrés de nuestros ambientes ganaremos poder y libertad de este autoconocimiento. Sólo con esta comprensión podremos, las mujeres, conseguir la salud. Las influencias del estrés relacionado con la cultura en la reproducción

Hemos visto recientemente ejemplos muy específicos del impacto negativo cultural en la fisiología normal en la restricción de la alimentación y trastornos sutiles en el ciclo menstrual. Esto nos proporciona un ejemplo de la importancia de la salud cultural y social (así como la espiritual) en la función reproductiva y la salud. Este ejemplo es un fenómeno denominado "restricción de la alimentación".

Con el creciente conocimiento que tenemos sobre la anorexia, los investigadores de ciencias sociales sospecharon que existían mujeres de peso normal, que no usaban laxantes ni vomitaban como forma de controlarse el peso, pero que para ellas el peso y su imagen corporal era muy importante. Además, la actitud subyacente a las acciones se tenía que poder valorar. Con este objetivo, Stunkard y Messick diseñaron y validaron para mujeres y hombres el cuestionario de los Tres Factores de la Alimentación que incluía una escala de restricción de la alimentación (14). Una alta puntuación en la

escala de restricción de la alimentación no se correlacionaba con un bajo peso sino con un peso aumentado si se comparaba con aquéllas que no estaban "restringidas". Además, se plantea el interrogante de por qué si sólo estaban preocupadas por el aumento de peso, su proceso metabólico las hacía vulnerables a la obesidad. Esta cuestión no se resolvió pero usando esta escala de actitud se pueden diferenciar características psicológicas y de dieta.

Estudios posteriores de un centro alemán que se había especializado en reproducción e investigaciones de la dieta demostró que en 53 mujeres de "peso normal, sanas y no seleccionadas (de 18 a 26 años)" que habían puntuado sobre la media en la escala de restricción de la comida pesaban más, comían menos calorías por día (en un diario recogido durante los 7 días de la semana), y tomaban cantidad de comida por día que las que estaban menos restringidas (15). Un grupo separado de mujeres de 19 a 24 años fue segregado por sus puntuaciones en la escala de restricción, siendo 13 las que no eran restringidas y 9 las que sí lo eran: tenían los niveles hormonales del ciclo menstrual medidos durante un ciclo (16). Las mujeres con dieta restringida tenían una fase luteínica mucho más corta después de la ovulación y los niveles de la hormona de la ovulación, la progesterona, mucho más bajos (16). Los niveles de estrógenos no eran diferentes y las longitudes del ciclo fueron ligeramente más cortas y las medidas del metabolismo equivalentes (16).

Estos resultados plantean varias cuestiones: 1) existe una asociación entre los trastornos de la ovulación y las actitudes hacia la restricción de la comida que se ha demostrado en otros estudios, 2) se presenta un acortamiento de la fase luteínica y la progesterona es baja si la longitud del ciclo y los niveles de estrógeno son normales y finalmente, 3) ¿cómo puede una actitud alterar la forma en que trabajan los ovarios? En los últimos años hemos estado trabajando con la doctora Susan Barr, Profesora de Nutrición de la Universidad de British Columbia para contestar estas preguntas. Hemos demostrado, en dos diferentes grupos de mujeres, la misma asociación entre una alta puntuación en los cuestionarios de restricción de la comida y una fase luteínica corta del ciclo mensual (17,18). El segundo grupo de mujeres que hemos estudiado difería en el tipo de comida (si eran vegetarianas o no). Encontramos en este grupo de mujeres sanas que habían mantenido su forma de comer en los dos últimos años, que aquellas que eran vegetarianas era más probable que puntuaran más bajo en la escala de restricción de la comida y tuvieron unos ciclos menstruales normales (18). Además, un total de tres poblaciones diferentes de mujeres de países "occidentales" han mostrado asociación entre esta actitud hacia la comida y sutiles cambios dentro del ciclo menstrual. El segundo problema se pregunta sobre las consecuencias en la salud, si existe alguna, en tener unas fases luteínicas más cortas en el ciclo menstrual. En nuestro estudio prospectivo original de 66 mujeres que ovulaban normalmente, que hemos observado durante un año por los ciclos

menstruales, el peso, el ejercicio y la densidad ósea, hemos observado que los trastornos sutiles de la ovulación (el 30% de los ciclos) explicaba un 24% de la variación de la densidad ósea, además que los trastorno de la ovulación estaban fuertemente asociados con un media de un 2% de pérdida de la densidad ósea de la columna lumbar durante un año (19). No podemos encontrar variables que expliquen porque eran diferentes mujeres que tenían ciclos perfectamente normales (13 mujeres), dos o más con fases de ciclos de técnica corta (28), uno o más ciclos anovulatorios (13) (19). Cinco años después de nuestro primer control invitamos a la participación en un estudio de seguimiento y 37 mujeres se presentaron voluntarias (20). Veintisiete mantenían tres o más meses de control de ciclos mensuales que podríamos comparar sus puntuaciones en la escala de restricción (17). Las nueve mujeres que puntuaban en el perfil superior de la escala se parecían mucho a las del perfil más bajo en edad, peso, ingesta dietética, tanto por ciento de grasa corporal, cambio de peso durante cinco años, intervalos del ciclo, pero tenían unas fases luteínicas más cortas. Aquí hemos demostrado previamente una relación entre la longitud de la fase luteínicaa y la pérdida de hueso .En este estudio, quizá por el poco número de casos, los cambios de densidad ósea no se relacionaron con la restricción ,aunque en los dos grupos se encontró una asociación con la fase luteínica del ciclo menstrual (17).

Además de la potencial pérdida de hueso en las mujeres que no ovulen normalmente, por lo menos en teoría, si los niveles de estrógeno son normales y los niveles de progesterona no lo son, podemos esperar un riesgo aumentado de menstruaciones abundantes, cáncer de endometrio, quistes mamarios, y posiblemente cáncer de mama (21). En resumen, existe una razonable evidencia que (a través de trastornos de la ovulación) tanto la subfertilidad como el incremento de pérdida de huesos son riesgos de la salud asociados con la restricción de la comida.

)Como podría una actitud de preocupación sobre el peso producir que el ovario no ovule normalmente? Actualmente se ha comprendido que el estrés emocional actúa en el cerebro produciendo un incremento de la hormona liberadora de la corticotrupina hipotalámica (CRH). El primer objetivo de esta hormona es estimular la glándula suprarrenal para liberar la cortisona. Sin embargo, actualmente sabemos que la lentitud de los mensajes que se dan en forma de pulsos desde la hormona hipotalámica (GnRH) controla las señales desde las hipófisis al ovario (8,22).

A demás, la demanda cultural que los países occidentales hacen sobre las mujeres para que sean delgadas (8) producen un incremento de la preocupación sobre la ganancia de peso y una constante limitación de la ingesta de comida en algunas mujeres (14). Esta actitud hacia el peso y la comida se asocian con un cambio muy sutil en las características ovulatorias del ciclo menstrual (16-18) que podrían dar como resultado una pérdida de

hueso y una disminución de la fertilidad óptima. Esta compleja y probablemente importantes relación muestra, que es esencial, si deseamos asistir a las mujeres para que tengan una salud óptima, comprender como las mujeres están influenciadas por su cultura y poder definir lo que es normal y único sobre la fisiología de las mujeres.

Figura 1. Perspectivas en Mujer y Salud

Realidad Fisiológica - + Realidad Socio-Cultural - las mujeres y los hombres son iguales
Las mujeres son víctimas de sus propia biología + Las mujeres son víctimas de su cultura
Las mujeres son cultura y biología

REFERENCIAS

1. O'Brien M. The politics of reproduction London: Routledge and Kegan Paul, 1981.
2. MacKinnon PCB, Mackinnon IL. Hazards of the menstrual cycle. *Br Med J* 1956;1:555.
3. American Psychiatric Association . Late luteal phase dysphoric disorder. In: American Psychiatric Association , ed. Diagnostic and statistical manual of mental disorders Washington: 1987, p 367-369.
4. Steiner M, Steinberg S, Stewart D, Carter DR, Berger C, Reid R, Grover D, Streiner D, for the Canadian Fluoxetine/Premenstrual Dysphoria Collaborative Study Group . Fluoxetine in the treatment of premenstrual dysphoria. *N Engl J Med* 1995;332:1529-1534.
5. Ramcharan S, Love EJ, Frick GH, Goldfien A. The epidemiology of premenstrual symptoms in a population-based sample of 2,650 urban women: attributable risk and risk factors. *J Clin Epidemiol* 1992;
6. Prior JC, Vigna YM, Alojado N, Sciarretta D, Schulzer M. Conditioning exercise decreases premenstrual symptoms: a prospective controlled six month trial. *Fertil Steril* 1987;47:402-408.
7. Ruble D. Premenstrual symptoms: a reinterpretation. *Science* 1977;197:291-292.
8. Wolf N. The beauty myth Toronto: Vintage Books, Random House, 1990.
9. Barr SI, Janelle KC, Prior JC. Energy intakes are higher during the luteal phase of ovulatory menstrual cycles. *Am J Clin Nutr* 1995;61:39-43.
10. Hubbard RW. The politics of women's biology New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1990.
11. Kuhn TS. The structure of scientific revolution Chicago: University of Chicago Press, 1970.
12. Burger HG, Dudley EC, Hopper JL, Shelley JM, Green A, Smith A, Dennerstein L, Morse C. The endocrinology of the menopausal transition: a cross-sectional study of a population-based sample. *J Clin Endocr Metab* 1995;80:3537-3545.
13. Prior JC. Postmenopausal estrogen therapy and cardiovascular disease (letter). *N Engl J Med* 1991;326:705-706.
14. Stunkard AJ, Messick S. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *J Psychosomatic Res* 1985;29:71-83.
15. Tuschl RJ, Laessle RG, Kotthaus BC, Pirke KM. Behavioral and biological correlates of restrained eating. *Ann N Y Acad Sci* 1989;575:585-586.
16. Schweiger U, Tuschl RJ, Platte P, Broocks A, Laessle RG, Pirke KM. Everyday eating behavior and menstrual function

in young women. *Fertil Steril* 1992;57:771-775. 17. Barr SI, Prior JC, Vigna YM. Restrained eating and ovulatory disturbances: possible implications for bone health. *Am J Clin Nutr* 1994;59:92-97. 18. Barr SI, Janelle KC, Prior JC. Vegetarian versus nonvegetarian diets, dietary restraint, and subclinical ovulatory disturbances: prospective six month study. *Am J Clin Nutr* 1994;60:887-894. 19. Prior JC, Vigna YM, Schechter MT, Burgess AE. Spinal bone loss and ovulatory disturbances. *N Engl J Med* 1990;323:1221-1227. 20. Prior JC, Vigna YM, Barr SI, Kennedy S, Schulzer M, Li DK. Ovulatory premenopausal women lose cancellous spinal bone: a five year prospective study. *Bone* 1996;(In Press) 21. Chang KJ, Lee TTY, Linares-Cruz G, Fournier S, de Lignieres B. Influence of percutaneous administration of estradiol and progesterone on human breast epithelial cell cycle in vivo. *Fertil Steril* 1995;63:785-791. 22. Barbarino A, DeMarinis L, Folli G, Tofani A, Della Casa S, D'Amico C, Mancini A, Corsello SM, Sambo P, Barini A. Corticotrophin-releasing hormone inhibition of gonadotropin secretion during the menstrual cycle. *Metabolism* 1989;38:504-506.