

# INTRODUCCIÓN A LA ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA FEMENINA GÉNERO DIVERSE

Daniela Alejandra Pastor

DOI: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.12739391.v4>

Fecha: 30/7/2020

Revisado: 4/02/2021

*Esta es una edición autogestionada.*

*Se solicita colaboración en la difusión del Proyecto Ovotabú y este material para poder seguir investigando y publicando.*

*En caso de querer contratar talleres, charlas, acercarme comentarios, etc. pueden contactarse a:*

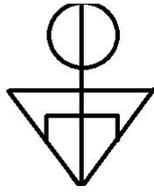
**Instagram:** @ovotabu **Página:** [www.ovotabu.com](http://www.ovotabu.com) **e-mail:** [ovotabu@gmail.com](mailto:ovotabu@gmail.com)

*Autora: Daniela Alejandra Pastor es Licenciada en Biotecnología y Biología Molecular egresada de la Universidad Nacional de La Plata. Actualmente se desempeña como Personal de Apoyo de CONICET en el área de cultivo celular en el IHEM (Instituto de Histología y Embriología de Mendoza). Es miembro del IDEGEM (Instituto Multidisciplinario de Género y Mujeres de la UNCuyo). Durante su tiempo de estudiante participó en el Espacio Pedagógico de la Facultad de Ciencias Exactas de la UNLP y tiene experiencia docente en los niveles medio y universitario. Creadora del proyecto de educación independiente y autogestionado “Ovotabú” (en el año 2017) desde el cual pretende democratizar conocimientos sobre la fisiología del ciclo menstrual desde una perspectiva de género. Este proyecto ha realizado actividades en varios países de Latinoamérica: Argentina, Chile, Colombia y Costa Rica.*

Protegido con Creative Commons: El material se puede compartir con fines no lucrativos, puede reproducirse parcialmente citando a la autora.



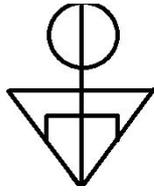
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es>



# PROYECTO OVOTABÚ

## ÍNDICE:

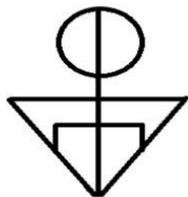
<u>SOBRE EL PROYECTO OVOTABÚ</u> .....	4
<u>INTRODUCCIÓN</u> .....	4
<u>LENGUAJE PARA UNA NUEVA CULTURA</u> .....	5
<u>FISIOLOGÍA DEL CICLO MENSTRUAL CON PERSPECTIVA FEMINISTA Y DE GÉNERO</u> .....	6
<u>GENITALIDAD DE LAS CUERPAS</u> .....	7
Mamas.....	8
Útera, trompas uterinas, ovarias, vagina.....	10
La útera y cérvix.....	11
Trompas uterinas.....	12
Vagina.....	12
Las ovarias.....	13
La vulva.....	13
Perineo.....	14
La Clítoris.....	15
Episiotomía considerada mutilación genital femenina.....	17
Glándulas uretrales.....	17
Glándulas vulvovaginales.....	19
Monte de Venus.....	20
Labios externos e internos.....	20
<u>RESIGNIFICANDO A LA MENSTRUACIÓN</u> .....	22
<u>HIPÓFISIS O PITUITARIA</u> .....	22
<u>CICLO DE LAS OVARIAS</u> .....	24
Ovogénesis: Las óvulas son células gametas.....	25
Folículos.....	25



# PROYECTO OVOTABÚ

Ciclo folicular.....	26
Fase folicular.....	27
Ovulación.....	27
Fase lútea.....	27
<u>EL CICLO DE LA ÚTERA.....</u>	<u>27</u>
Menstruación.....	27
Fase proliferativa.....	28
Fase secretora.....	28
<u>CICLO MENSTRUAL Y OVULATORIO.....</u>	<u>29</u>
<u>MENARQUIA.....</u>	<u>32</u>
<u>INTERSEXUALIDAD Y MENSTRUACIÓN.....</u>	<u>34</u>
<u>CONSIDERACIONES FINALES.....</u>	<u>35</u>
<u>BIBLIOGRAFÍA.....</u>	<u>36</u>
<u>ANEXO I: COLABORADORAS Y</u>	
<u>AGRADECIMIENTOS.....</u>	<u>43</u>





# PROYECTO OVOTABÚ

## SOBRE EL PROYECTO OVOTABÚ

Desde el año 2017 este proyecto ha realizado talleres sobre la fisiología del ciclo menstrual dirigido a adultas.

Sostengo un profundo convencimiento de que es necesario crear instancias de formación y debate acerca de los temas relacionados a la educación sexual integral y los derechos reproductivos. Las adultas cuentan con necesidades y características particulares de aprendizaje que están relacionadas con la deuda de una correcta implementación de una educación sexual integral en su etapa escolar, una cultura predominante desinformante y a las curiosidades particulares que despiertan las vivencias sexuales a lo largo de sus vidas.

## INTRODUCCIÓN:

Si este no fuera un mundo atravesado por el poder y los abusos del mismo quizás sería trivial el conocimiento. Nadie se hubiera tomado el trabajo de esconder información y de inventar mitos desinformantes. Nos exploraríamos sin vergüenzas. Sería más sencillo reconocer la subjetividad y la autenticidad de nuestra materialidad y nuestra personalidad.

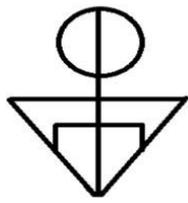
**Lo que sabemos y lo que no nos construye, nos empodera o nos oprime.**

Como seres sociales estamos todo el tiempo aprendiendo cosas e incorporándolas a nuestra vida, a nuestra forma de pensarnos, sentirnos y desearnos. Estos saberes construyen ideas previas que relacionamos con los conocimientos nuevos que aprendemos. Cuando esa información es incorrecta o responde a intereses de dominación y estigmatización de unos sobre otros, causan desinformación.

**La desinformación provoca una visión distorsionada sobre nuestras cuerpos.** Ataca el acceso a los derechos a la salud en general. Entonces, **logran alienarnos de la cuerpo.** Dejamos de ser habitantes de la corporalidad que tenemos para estar a merced de los intereses del sistema.

La necesidad del patriarcado de controlar la reproducción humana, que llega al mundo en un cuerpo sexuado femenino, se satisface a través de las violencias a los géneros. Esto se perpetúa culturalmente a través de la educación.

Comparto este manual que ha llevado mucho trabajo **por amor** (sin financiamiento



# PROYECTO OVOTABÚ

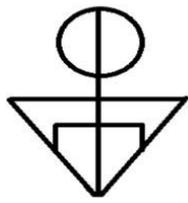
externo) **y con amor**. Aquí muestro parte de mi camino de deconstrucción y reconstrucción basado en la experiencia en los talleres, intentando responder a las dudas más comunes que he encontrado. Si la vida me permite continuar esta investigación podría seguir escribiendo sobre temas pendientes en el presente trabajo como: plenopausia (menopausia), orgasmo femenino, feromonas, etc.

Comenzaremos con una descripción de la genitalidad femenina, al mismo tiempo que se muestra la problemática social de la mayoría de las órganos. Luego comienzo a trabajar en el ciclo menstrual presentándolo por etapas. A medida que avance el texto se agregará detalle a la complejidad de eventos intervinientes. Al finalizar podrán encontrar un apartado sobre menarquia e intersexualidad.

## LENGUAJE ANTIPATRIARCAL PARA UNA NUEVA CULTURA:

Una cultura feminista necesita de un **lenguaje inclusivo** para poder expresar lo que sea necesario respetando las diversidades de género autopercibidas. Además, debido a mi experiencia y reflexión en esta temática, considero que la exclusión no es la única violencia que se ejerce desde el **lenguaje patriarcal** por lo que hay otros objetivos a tener presentes. Uno de estos objetivos es usar un **lenguaje descolonizante**, como es el caso de nombrar órganos de la cuerpo por su posición anatómica y no como premio a ginecólogos machistas que han construido conocimiento ejerciendo violencia sobre las féminas. También es necesario un **lenguaje visibilizador** cuando amerite resaltar y valorar lo femenino (ejemplo de esto es decir útero, órgano, cuerpo, etc). Usar un **lenguaje antipatriarcal** sería el que unifique todos estos objetivos.

Cada vez que en el presente texto se hace referencia a la palabra **\*mujer**, es bajo la siguiente definición: género binario, (relación biunívoca entre el sexo y el género) cuya identificación con el mismo articula la imposición de múltiples mandatos a cumplir: maternidad, ser objeto de deseo, ser cuidadora por amor y formar familia. Estos mandatos no son inocentes sino que constituyen una programación social para reproducir los intereses de capitalismo patriarcal. Cuando se menciona al **sexo femenino** se hace desde una perspectiva **género diverse**, necesaria para deconstruir los determinismos de géneros binarios y cis-normativos.



# PROYECTO OVOTABÚ

## FISIOLOGÍA DEL CICLO MENSTRUAL CON PERSPECTIVA FEMINISTA Y DE GÉNERO

Las Ciencias Médicas antropológicamente han ejercido poder para heteronormar binariamente la vida, las aspiraciones, los placeres y los roles laborales de los cuerpos. Han reforzado conceptualizaciones desde visiones donde algunos son superiores y otros inferiores. Este legado es también lo que opera a nivel de preconcepciones lo que dificulta la divulgación de conocimientos científicos desde una perspectiva de género.

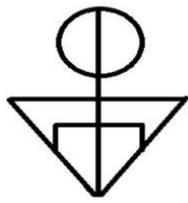
En 1972, los sexólogos John Money y Anke Ehrhardt popularizaron la idea de que sexo y género son categorías separadas (Fausto Sterling, 2006). Si no se entiende que estos son conceptos diferentes será muy difícil lograr los puntos de encuentro necesarios para una democratización de los saberes biológicos sexuales y se seguirá reforzando así el poder médico hegemónico. Para lograr una autonomía de los cuerpos es necesario apropiarse de estos conocimientos.

La especie humana (mamíferos) perpetúan los individuos de la especie a través de un tipo de reproducción que se denomina sexual. Este tipo de reproducción consiste en la unión de dos células gametos o sexuales: espermatozoide y óvula, en un evento biológico denominado fertilización. En la naturaleza, en otras especies existen otros tipos de reproducción (por ejemplo en ciertas plantas se dan distintos tipos de reproducción asexual y en microorganismos como bacterias se reproducen a través de la fisión binaria).

El sexo biológico tiene que ver con esta capacidad de reproducir a los organismos biológicos para que la especie se perpetúe y evolucione. Anatómicamente y fisiológicamente en el ser humano hay un macho productor de gameto masculino, el espermatozoide, y una hembra que es productora de gameto femenino, la óvula.

Pero no todo es biología en la vida de los seres humanos. Devenimos en una sociedad organizada patriarcalmente que establece relaciones de poder injustas entre las personas basadas en el sexo biológico.

Según el análisis que hace Duque, la filósofa Judith Butler sostiene que la orientación sexual, la identidad sexual y la expresión de género son el resultado de una construcción-producción social, histórica y cultural. Por lo tanto, para dicha pensadora, no existen papeles sexuales o roles de género esencial o biológicamente inscritos en la



# PROYECTO OVOTABÚ

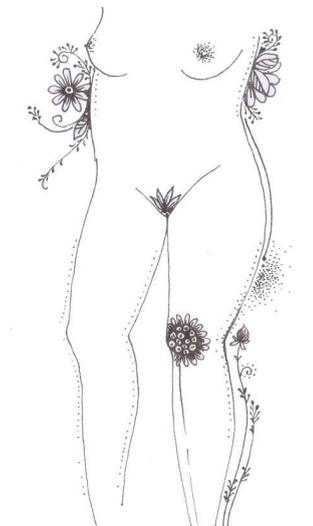
naturaleza humana. En otras palabras, en términos de lo humano, la única naturaleza es la cultura. O, para ser más exactos, todo lo natural constituye una naturalización de la construcción cultural (Duque, 2010).

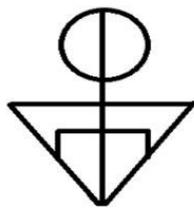
Existen géneros binarios y no binarios. Los binarios son: varón, mujer. Los Trans binarios son : transvarón, transmujer. Los géneros trans no binarios son: genderqueer, demichica, demichico, neutrois, género fluido, bigénero, agénero, etc. (Asamblea no Binaria, 2019).

En este contexto es importante reconocer que la menstruación y su ciclo es un fenómeno biológico intrínseco del sexo femenino aunque se habiten sexualidades género diversas y existan diversidades de configuraciones corporales como las intersex y las trans.

A lo largo de este material se busca expresar de manera simple y certera la fisiología del ciclo menstrual en estado de salud. No se tienen en cuenta variaciones a causa de enfermedades, por los métodos anticonceptivos o tratamientos hormonales.

La complejidad didáctica de este tema radica, entre tantas cosas, en encontrar una forma de relatar la coordinación hormonal de varios eventos que suceden en diferentes órganos. Es por esto que se van a presentar los ciclos que suceden en cada órgano por separado y luego se integrará la información en el apartado de ciclo menstrual. Esto ha sido aplicado en los talleres Ovotabú como técnica iterativa donde, de a poco, se vuelve sobre lo mismo para ir agregando información más específica.





# PROYECTO OVOTABÚ

## GENITALIDAD DE LAS CUERPAS

La información que se presenta a continuación tiene como objetivo hacer un repaso sobre la genitalidad para facilitar la comprensión de los mecanismos fisiológicos, mostrar diversidad dentro de la anatomía y dejar planteadas las problemáticas sociales que han afectado a la mayoría de las órganos.

En cuanto a la gran cantidad de estructuras del aparato sexual femenino que son conocidas con el nombre de los ginecólogos que las describieron y debido a que esa historia patriarcal de la ginecología esconde torturas y maltratos como la vivisección (cortar viva y sin anestesia a una persona) (Kaminsky, 2018), se omiten estos nombres como acto de descolonización.

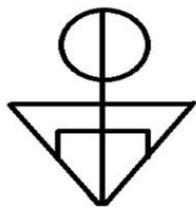
Además se tiene en cuenta que desde el año 1998 el Comité Federativo de Terminología Anatómica estableció que todos los nombres de estructuras tengan algún valor descriptivo, se eliminen los epónimos (nombres propios) y homónimos (nombres parecidos entre estructuras) y que todas las estructuras encontradas en las mismas regiones anatómicas tengan nombres que armonicen entre ellos (EcuRed).

Y como ya se mencionó en el apartado “Lenguaje para una nueva cultura”, se le cambiará el género gramatical al femenino a todas las órganos para visibilizar su carácter femenino. Se puede encontrar antecedentes de esto en la palabra “útera” en el *Manual Introductorio a la Ginecología Natural* de Pérez San Martín (2015).

**LAS MAMAS:** Órganos glandulares ubicadas en el pecho. Están formadas por tejido conjuntivo, grasa y tejido mamario que contiene las glándulas que producen la leche materna (Figura 1).

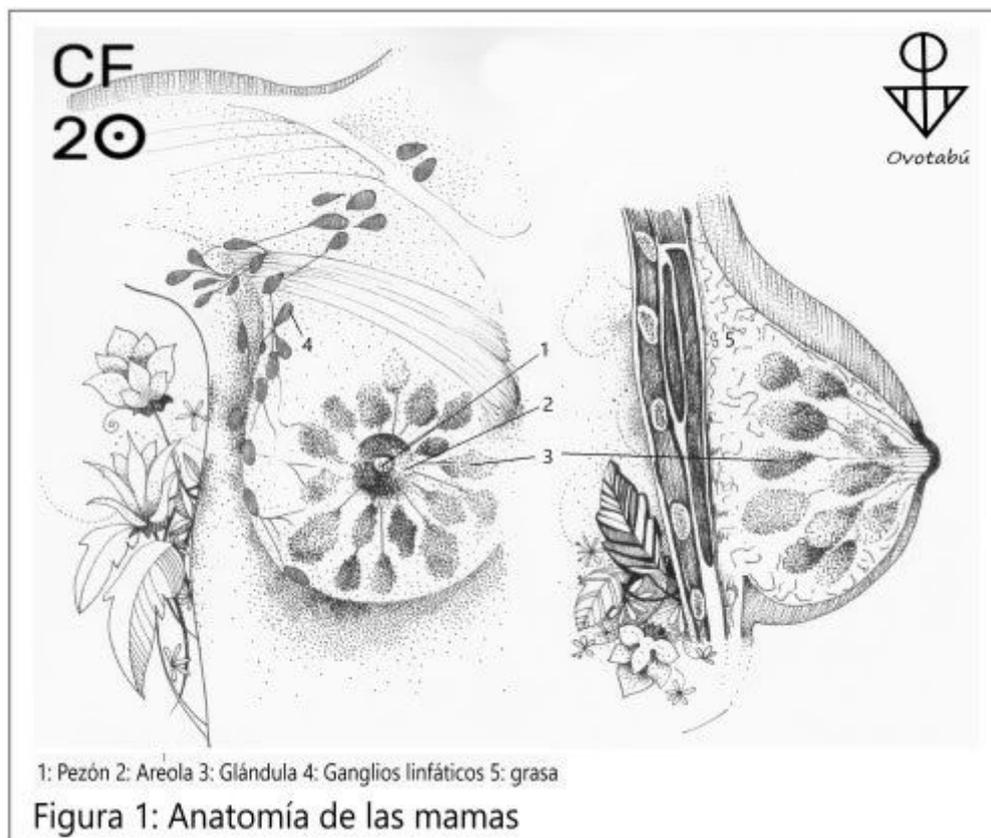
Todos los meses las féminas experimentan fluctuaciones hormonales debido al ciclo menstrual normal que se relacionan con cambios en el tejido glandular mamario. Durante la fase premenstrual se puede observar una mayor actividad metabólica de este tejido lo que explica sus cambios de tamaño en forma cíclica (Nazário et al., 1994).

Con respecto a las características externas del seno incluyen un pezón rodeado por



# PROYECTO OVOTABÚ

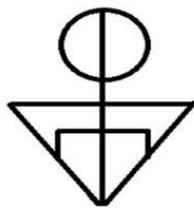
una areola pigmentada. La areola es típicamente circular y su tamaño puede variar entre 25 a 100 mm de diámetro. La región areolar posee pequeñas glándulas areolares elevadas que secretan líquido lubricante durante la lactancia para proteger el pezón del roce (Betts et. al., 2013). También hay vellos en esta zona.



La erección del pezón (controlada por el sistema autónomo) puede deberse a la hipotermia, la excitación emocional y los estímulos mecánicos, como la succión durante la lactancia o el roce de la ropa (Furlan et.al., 2016). Las razones emocionales para esto no sólo se limitan a la excitación sexual, sino también a emociones intensas como nervios o miedo. Los hay de distintas formas: algunos sobresalen, otros son cortos, pueden ser planos o invertidos.

Culturalmente estas órganos son objeto de estigmatización y cosificación. Cuando se desnudan públicamente en circunstancias que no son para el consumo del sistema patriarcal, como cuando se amamanta o manifiestan ideas, se señalan y se critican. Pero si se trata de cosificar a la mujer se acepta y pasa desapercibido (Gimenez, 2019).

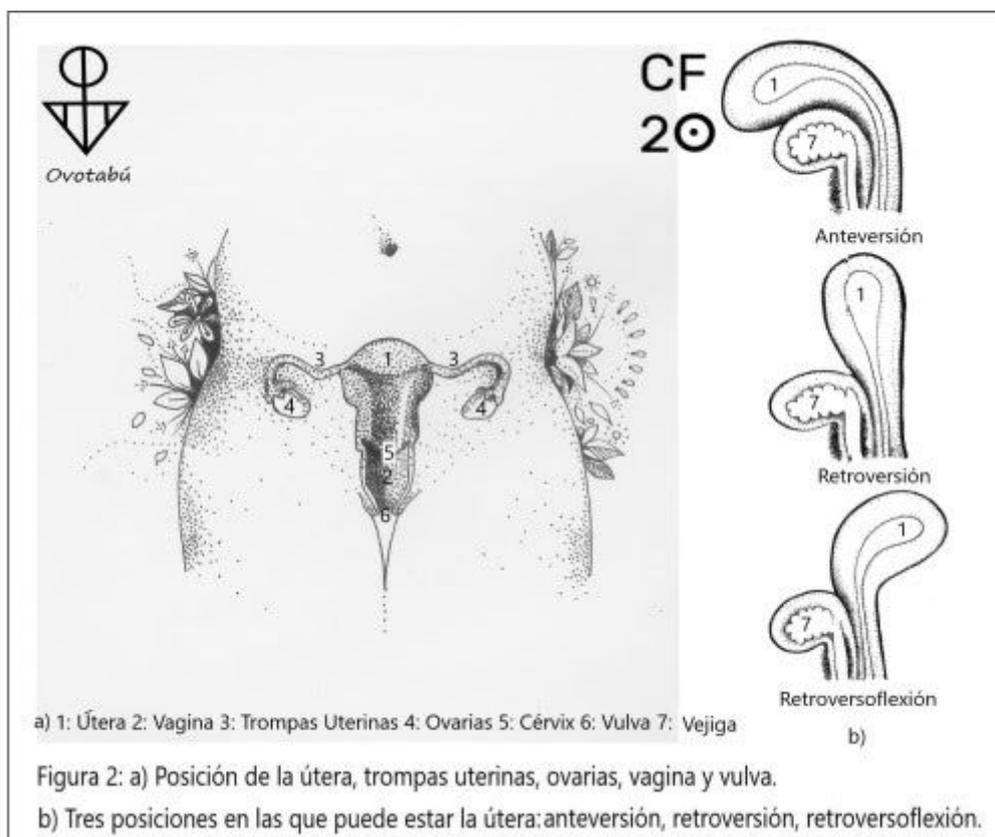
En África Central y Occidental, el aumento de tamaño de los senos de las/es niñas/es o telarquía se entiende como el inicio de una etapa de peligro a las violaciones por



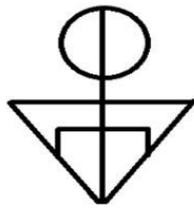
# PROYECTO OVOTABÚ

convertirse en objeto de deseo de los hombres. Para prevenir esto se realiza una práctica reconocida como “planchado de senos”, la cual consiste en aplicar sobre las glándulas mamarias distintos materiales de superficie plana, calentados previamente al fuego o sobre el carbón a modo de improvisadas planchas. Se mantienen directamente en contacto con los senos todo el tiempo que la niña/e soporte (día tras día, mes tras mes). El ritual es llevado a cabo por mujeres cercanas que intentan protegerlas, siendo en un 60% de los casos la madre quien realiza la práctica y en un 40% restante abuelas, hermanas, tías o niñeras (González Blanco et al., 2015).

**ÚTERA, TROMPAS UTERINAS, OVARIAS, VAGINA, VULVA:** En la Figura 2 se puede ver la relación anatómica entre cinco órganos compuestas por sus respectivas estructuras anexas.



**ÚTERA Y CÉRVIX:** En la Figura 2b podemos ver las distintas posiciones en las que las féminas tienen la útera en su posición de reposo. La posición anteversión es la más frecuente. La útera retroversa es una variante anatómica de esta órgano que está presente en el 20-30% de las mujeres (Cayetano et al., 2020).



# PROYECTO OVOTABÚ

Esta órgana se sitúa entre la vejiga y el recto, tiene el tamaño y la forma de una pera invertida si no ha habido fecundación.

En la útera sucede un ciclo, que tiene que ver con la regeneración y el desprendimiento del epitelio que reviste su cavidad interna (el endometrio) dando origen al sangrado menstrual. Se puede dividir anatómicamente en tres partes:

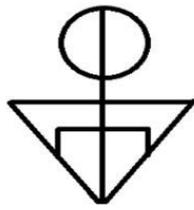
1) **Fondo:** que se conecta con las trompas uterinas.

2) **Cuerpo:** que es la parte central.

3) **Cérvix:** o cuello de la útera que se abre en la vagina. En este último tramo se encuentra la os del cervix que es el canal que conecta el interior de la útera con la vagina. Su estado de relajación y contracción varía durante el ciclo menstrual, lo que produce cambios en su posición y grado de apertura. Las células secretoras de la mucosa cervical producen la secreción llamada moco cervical que cambia sus propiedades en relación al ciclo hormonal. Durante la ovulación es menos viscoso y más alcalino (pH 8,5) mientras que en otras fases del ciclo menstrual forma un tapón cervical que impide físicamente la penetración de los espermatozoides. Asimismo interviene en la capacitación espermática, que es un cambio funcional de los espermatozoides para que puedan fecundar al ovocito secundario (Tortora-Grabowski, 2002, p. 1004). El moco cervical posee propiedades inmunológicas debido a que opera tanto como barrera física a los patógenos, como así también debido a la presencia de componentes del sistema inmune como: inmunoglobulinas, complemento, anticuerpos, citoquinas, proteínas antimicrobianas, y células del sistema inmune (Han et al, 2017).

Mucho se puede decir sobre cómo la misoginia se ha plasmado históricamente en las conceptualizaciones de la útera. Para esto recomiendo la lectura del trabajo de Camacaro (2017), "Cuerpo de mujer: territorio delimitado por el discurso médico". Expondré aquí algunas ideas de dicho trabajo.

Para los hipocráticos, cuyo modelo de salud era el cuerpo masculino, la presencia de la útera causaba interrogantes debido a que consideraban que no había lugar para la misma en el cuerpo humano. Planteaban que la útera se movía por la cuerpa y que se unía a otros órganos como el corazón, el cerebro, el hígado, etc. Atribuían este movimiento a la sequedad que producía la falta de relaciones sexuales y por ello era atraída (como por un imán) a otros órganos más húmedos. Cuando lograron reconocer a la útera fue posible controlarla y se consolidó como la razón de la patología femenina.



# PROYECTO OVOTABÚ

La palabra \*histeria proviene del término griego hystera: útero. Hipócrates y Galeno concluían en que la causa de la histeria era la insatisfacción sexual, por lo que los masajes de clítoris se convirtieron en tratamiento médico. Esta práctica se extendió hasta finales del siglo XIX (Camacaro, 2017):

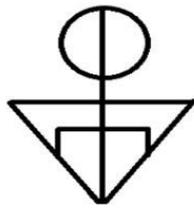
En la edad media predominaban otras prácticas siniestras y hasta mortales: las mujeres que poseían síntomas de histeria eran acusadas de brujería y llevadas a la hoguera. Se sustentaba que el diablo había penetrado en la naturaleza de la mujer y por esa causa fueron perseguidas y hostigadas como hechiceras. (Camacaro, 2017)

Muchas de todas estas concepciones siguen vigentes en la actualidad, se sigue asociando a la histeria con una condición psíquica femenina, medicalizando el parto y continúa siendo tabú en la sociedad la anatomía y funcionamiento de las órganos.

**TROMPAS UTERINAS:** Son conductos de casi 10 cm de largo que conectan la útera con cada ovaria. En su lado más distal terminan en un infundíbulo (ind= dentro, funde=verter, bulu=instrumento) en forma de trompeta con extensiones parecidas a plumas: las fimbrias. Los cilios de las células epiteliales de la trompa se agitan hacia la útera y con la ayuda de contracciones musculares impulsan la óvula en esa dirección (Saladin, 2013, pp. 1064-1089).

**VAGINA:** Es un conducto fibromuscular elástico que forma parte de los órganos pélvicos internos de la mujer. Se extiende desde la vulva hasta un poco más allá del cuello uterino y forma espacios cerrados llamados fondos del saco vaginal que rodean el cérvix. La apertura externa vaginal puede estar parcialmente cubierta por una membrana llamada **corona vaginal** anteriormente denominada himen.

Existe una carga religiosa, histórica y moral sobre esta zona, ya que se supone que es “la única forma de comprobar la virginidad de una mujer” (si el himen sangra en la primer relación sexual). Los estudios y nuestras experiencias han demostrado que esta expresión es incorrecta, ya que el himen puede o no romperse previamente, durante el transcurso o con posterioridad al acto sexual, debido a actividades deportivas, movimientos bruscos, masturbación y/o penetración, como también puede estirarse sin romperse en diversas ocasiones (con excepción del parto), debido a que se trata de una membrana



# PROYECTO OVOTABÚ

fibrosa-elástica.

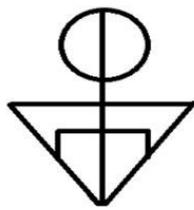
Se dice que su nombre deriva de la mitología grecorromana y hace referencia al Dios Himeneo, que representa la celebración del matrimonio (Pérez San Martín, 2015, p57).

La vagina permite la descarga de líquido menstrual, recibe al pene y al semen y posibilita dar a luz a un bebé. No tiene glándulas pero se lubrica por la filtración de líquido seroso a través de sus paredes (trasudación) y por moco de las glándulas cervicales que se hallan arriba de ella (Saladin, 2013, pp. 1064-1089).

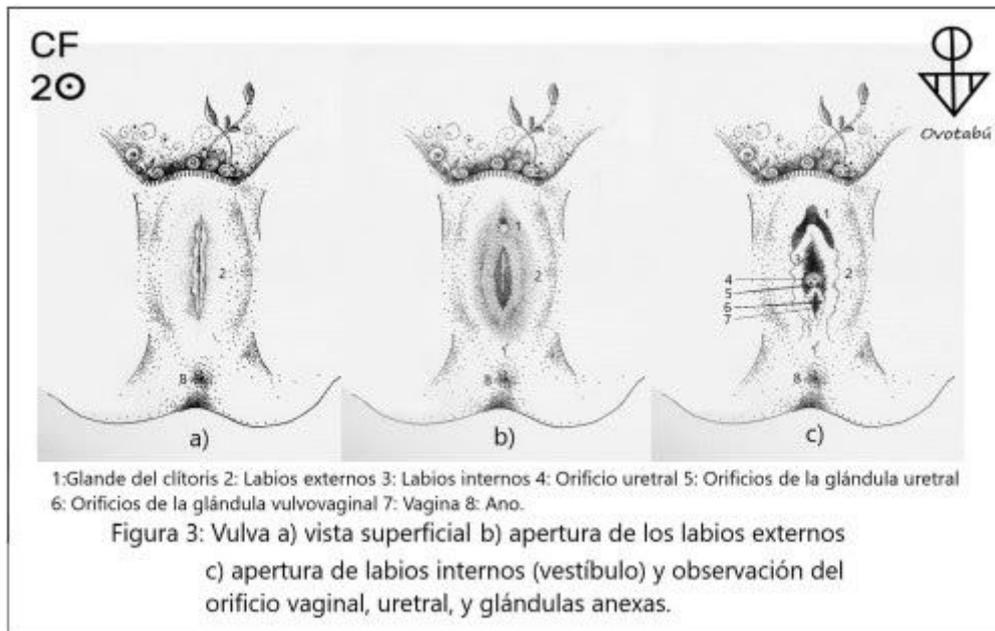
**LAS OVARIAS:** Las gónadas femeninas son las ovarias. En esta órgano es donde se encuentran las células gameto femeninas: las óvulas. Son un par de órganos con forma de almendra y miden casi 3 cm de largo, 1.5 cm de ancho y 1 cm de espesor (Saladin, 2013, pp. 1064-1089).

La foliculogénesis se conoce también como ciclo ovárico y es el ciclo que mensualmente **produce la ovulación**. Se trata del desprendimiento de la célula gameto (ovocita) dejándola disponible para una eventual fecundación. Es por esto que durante la infancia la superficie de las ovarias es lisa. En los años reproductivos esta se vuelve arrugada porque los folículos en crecimiento producen protuberancias en la misma. Después de la menopausia las ovarias se reducen y están compuestas sobre todo por tejido cicatrizal (Saladin, 2013, p 1064-1089). También producen hormonas sexuales: los estrógenos.

**LA VULVA:** Es el conjunto de órganos pélvicos externos (labios externos e internos, orificio vaginal, clítoris, glándulas vulvovaginales, glándulas parauretrales, monte de venus) (Saladin, 2013, pp. 1064-1089) que se encuentran organizados en distintos niveles o capas cada vez más profundas. Los genitales relacionados con el placer, como lo son la clítoris y las glándulas anexas de lubricación, suelen ser omitidos en los manuales de anatomía.



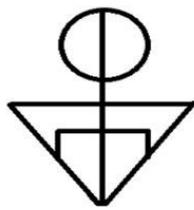
# PROYECTO OVOTABÚ



Además en la zona se encuentra la uretra y el conjunto de músculos esqueléticos llamado perineo.

**PERINEO:** También llamado periné, suelo pélvico o diafragma pélvico. Es el piso de la cavidad pélvica y está constituido por tres capas de **músculos esqueléticos** (es decir por **un tipo de músculo que se puede controlar voluntariamente**) y fascias que abarcan el estrecho inferior de la pelvis (región ósea) y dan soporte a las vísceras. Debido a que las hembras poseen un canal para eventualmente dar a luz, estos músculos presentan diferencias configuracionales respecto a su análogo masculino.

1. **Espacio perineal superficial.** Es el que continúa a la piel, y contiene tres músculos: isquiocavernoso, bulboesponjoso y perineal transverso superficial.
2. **Compartimiento medio.** En el mismo, una hoja triangular delgada, conocida como diafragma urogenital abarca el triángulo urogenital, constituida por una membrana fibrosa y tres músculos: el músculo perineal transverso profundo, el esfínter uretral externo y, sólo en las féminas, un músculo compresor de la uretra.
- 3 **El diafragma pélvico.** Es el componente más profundo, está integrado por dos pares de músculos: el elevador del ano y el coccígeo (Saladin, 2013, p. 341).



# PROYECTO OVOTABÚ

**LA CLÍTORIS:** Es el homólogo al glande del pene en los hombres (ver Figura 4). Es una órgano sexual que funciona de manera exclusiva como centro primario de placer sexual (Nguyen et al., 2019).

- **Porción visible:**

**Glande:** Es la única parte visible, se encuentra cubierto por un pliegue cutáneo llamado capuchón o prepucio clitoral formado por la unión, en su parte superior, de los dos labios externos. Está altamente inervado (por aproximadamente ocho mil terminaciones nerviosas) y perfundido por muchos vasos sanguíneos. Los tejidos eréctiles se llenan de sangre durante la respuesta al estímulo sexual, lo que hace aumentar su tamaño (Nguyen et al., 2019).

- **Porción interna:**

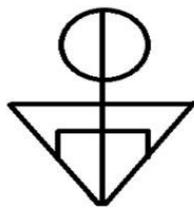
**Cuerpo de la clítoris o tallo:** es la unión en la línea media de los cuerpos cavernosos (Jackson, et al, 2019)

**Cuerpo cavernoso, bulbos emparejados, crura, cruz o raíz** (O'Connell, 2005; Nguyen et al., 2019): Todos estos nombres encontrados en la bibliografía son sinónimos, sin embargo en muchas imágenes en internet aparecen, de manera errónea, combinaciones de sinónimos para una misma parte anatómica dando lugar a confusiones.

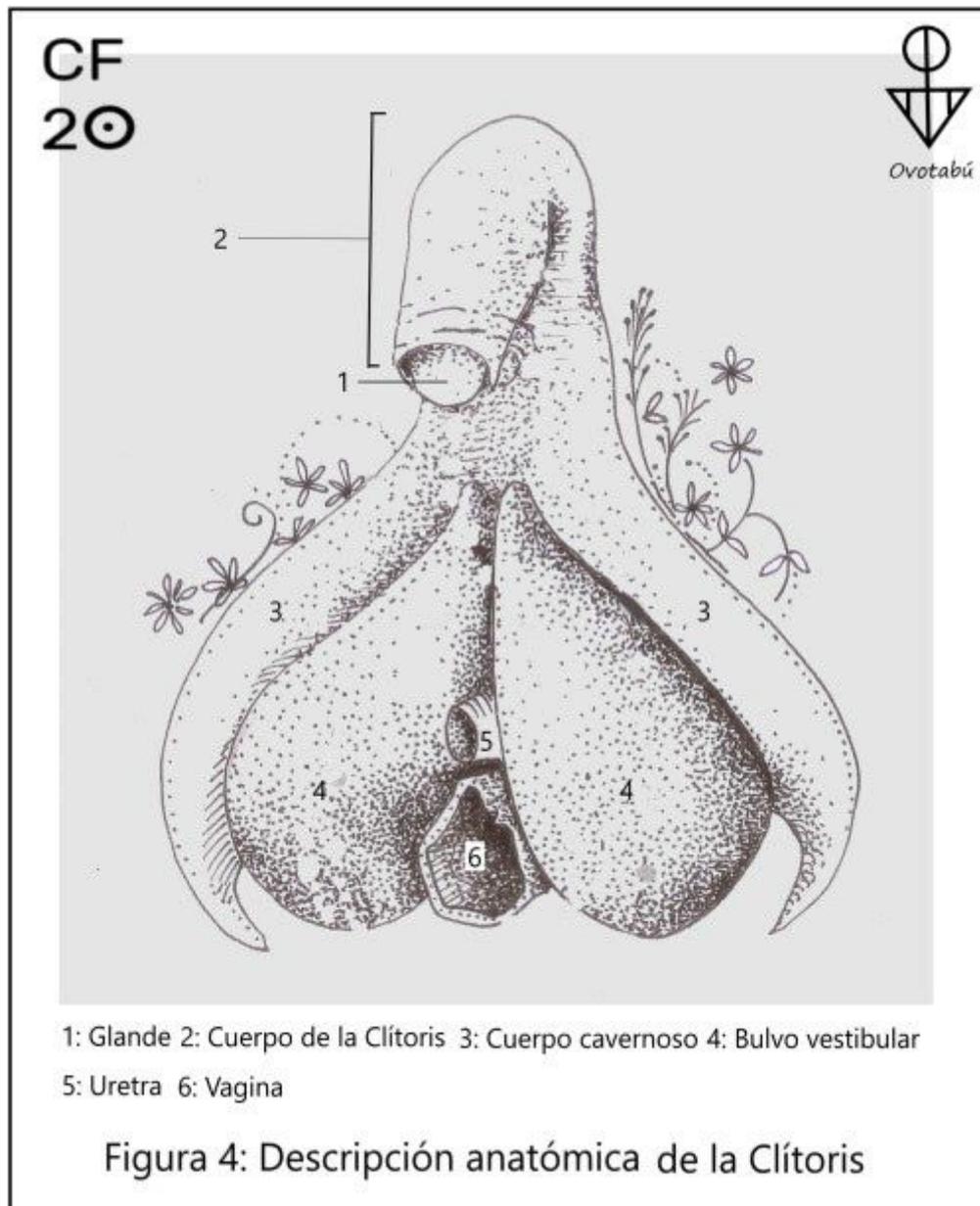
**Bulbo vestibular:** Los bulbos vestibulares se encuentran bajo la piel de los labios externos y se unen por debajo de la vagina y rodean la entrada y el tercio inferior (Saladin, 2013, pp. 1064-1089).

En lo que compete al aspecto social de la clítoris, la cultura patriarcal y la medicina hegemónica han sido altamente misóginos a lo largo del tiempo con sus concepciones y conceptualizaciones. Son muchos los anatomistas que se han proclamado descubridores de la clítoris incluyendo: Colombo, Fallopi, Swammerdam y De Graaf. Sin embargo, su descripción anatómica aún hoy resulta insuficiente y esto limita la preservación en caso de cirugía (O'Connell, 2005).

En 1987, Josephine Lowndes Sevely publica *Eve's Secrets, A Revolutionary Perspective on Human Sexuality*. quien en este estudio describe detalladamente cada parte que compone al clítoris, y desmiente así la concepción tradicional de que es un pequeño pene (Pérez San Martín, 2015).

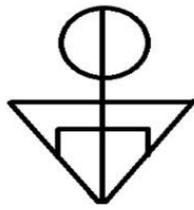


# PROYECTO OVOTABÚ



La **clitoristomía** es una operación médica que data de los tiempos hipocráticos y que consiste en remover parte o toda la clitoris. En 1866, Brown lo propone como tratamiento para la locura, epilepsia, catalepsia e **histeria** (Brown, 1866).

Actualmente 100–140 millones de niñas/es y féminas adultas en todo el mundo viven con las consecuencias de la **mutilación genital femenina (también conocida como ablación o circuncisión femenina)**. Consiste en realizar procedimientos que intencionalmente alteran o causan daño en los órganos genitales femeninos por razones no médicas. Es una práctica mayormente realizada en menores de 15 años y es internacionalmente reconocida como una violación a los derechos humanos de las niñas/es y féminas, reflejando una profunda inequidad entre sexos. El procedimiento no tiene ningún



# PROYECTO OVOTABÚ

beneficio para ellas/es. Puede causar sangrado excesivo y problemas urinarios, cistitis, infecciones, como complicaciones en el parto incrementando el riesgo de muerte de recién nacidos. Esta práctica también difiere de la mayoría de las otras formas de violencia contra las féminas porque se realiza de forma rutinaria en casi todas las niñas/es, se promueve como práctica social muy valorada y porque es un tipo de violencia donde tanto la organización como la escisión es realizada por féminas (OMS, 2012).

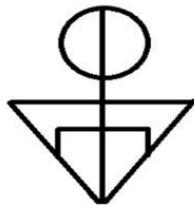
## EPISIOTOMÍA CONSIDERADA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

La episiotomía es un procedimiento que se realiza durante el parto vaginal y que consiste en realizar cortes en el suelo pélvico para facilitar el nacimiento del bebé. Hay discusiones respecto de esta práctica porque cortar el músculo favorece el desgarro vaginal, por lo que no cumpliría una función de protección (Del Castillo, 2006). Lo mejor es esperar a que los músculos se dilaten naturalmente. Al ver la estructura completa de esta órgano se concluye que durante este procedimiento se corta la clítoris también y altera su sensibilidad. Es por esta razón que el abuso de esta práctica en condiciones innecesarias se considera mutilación genital femenina (Rovati, 2014).

**GLÁNDULAS URETRALES:** Son un par de glándulas que desembocan en el interior de la vulva, a ambos lados y un poco más abajo del orificio externo de la uretra (Saladin, 2013, pp. 1064-1089) (Figura 5). Aunque se ha encontrado que un tercio de las féminas carecen de ella (Peter, 2012).

Estas glándulas se pueden nombrar de varias maneras. Una de estas denominaciones es **próstata femenina**, debido a que su secreción es producida por tejido prostático (Rubio et al., 2009). Otras formas de nombrarlas son aquellas que hacen referencia a su posición anatómica: glándulas uretrales, glándulas parauretrales, glándulas menores. Hay quienes proponen nombrarla glándula Anarcha en honor a las esclavas afroamericanas que sufrieron prácticas tortuosas (sin anestesia, inclusive) en el transcurso de las investigaciones ginecológicas de Sims (Casla, 2019).

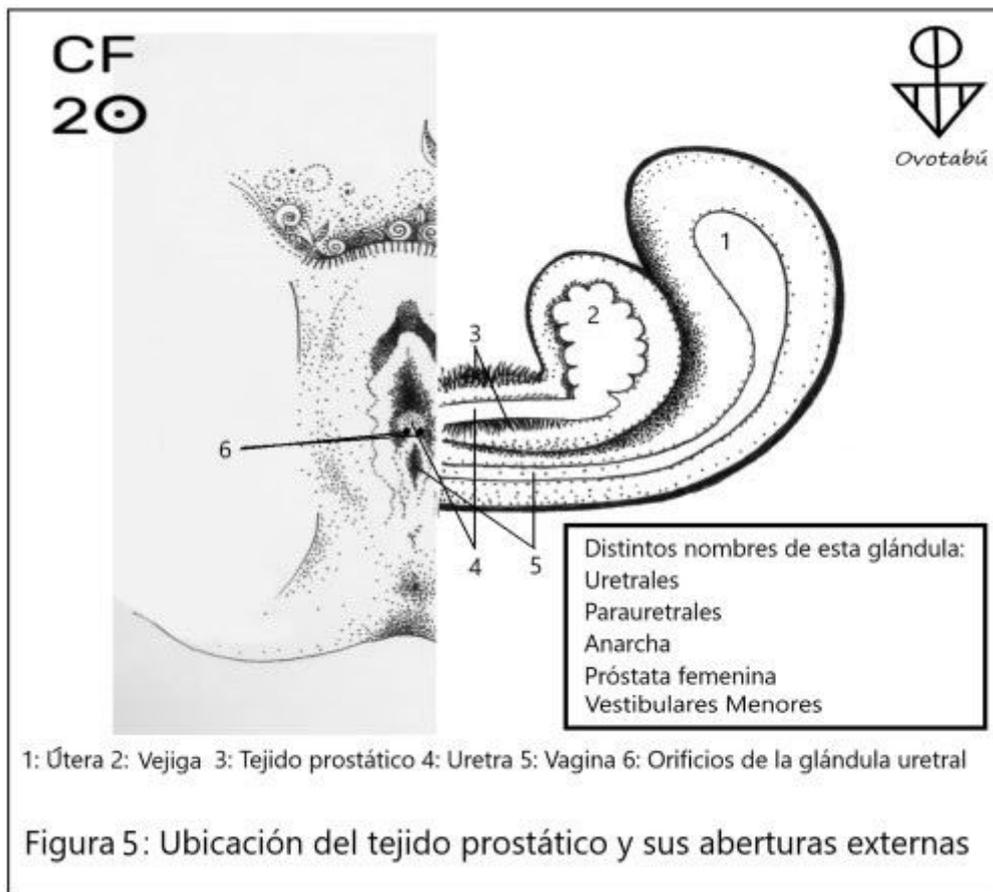
Estas glándulas son las que producen la eyaculación femenina. Esta fue negada durante mucho tiempo por la comunidad médica ya que la consideraron incontinencia urinaria (Masters et al., 1992). Esta negación se sustentaba en que su contenido se evacúa cerca de la uretra y su composición contiene urea como la orina, entre otras sustancias, que



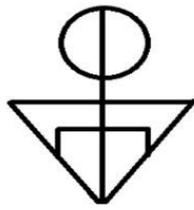
# PROYECTO OVOTABÚ

se pueden encontrar en el líquido prostático masculino.

**¿Por qué las féminas tienen próstata?** Durante el desarrollo embriológico inicial el patrón básico es femenino, es decir, todas/es/os somos féminas. Esto cambia cuando el embrión masculino empieza a producir sus propias hormonas alrededor de la octava semana de gestación. Sólo entonces el desarrollo físico de los cuerpos masculino y femenino diverge. Para poder formar la próstata del varón, la femina debe poseer una estructura primordial (seno urogenital) a partir de la cual, en el tiempo apropiado, continúa su desarrollo hacia una estructura como la próstata. Esto da como resultado que la mujer también posea una glándula prostática. (Rubio et al., 2009).



En la práctica, el tipo y cantidad de líquido eyaculado puede variar enormemente. Mientras que algunas expulsan sólo algunas gotas y lo describen al líquido como espeso y blancuzco, otras pueden expulsar el equivalente a varias tazas y describirlo como transparente y acuoso (Millán, 2012).



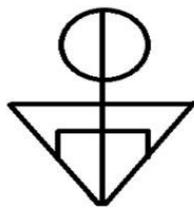
# PROYECTO OVOTABÚ

El desconocimiento acerca del funcionamiento de esta glándula puede causar vergüenza en muchas féminas en el momento de la excitación sexual (Gilliland, 2009) porque se confunde este flujo con orina.

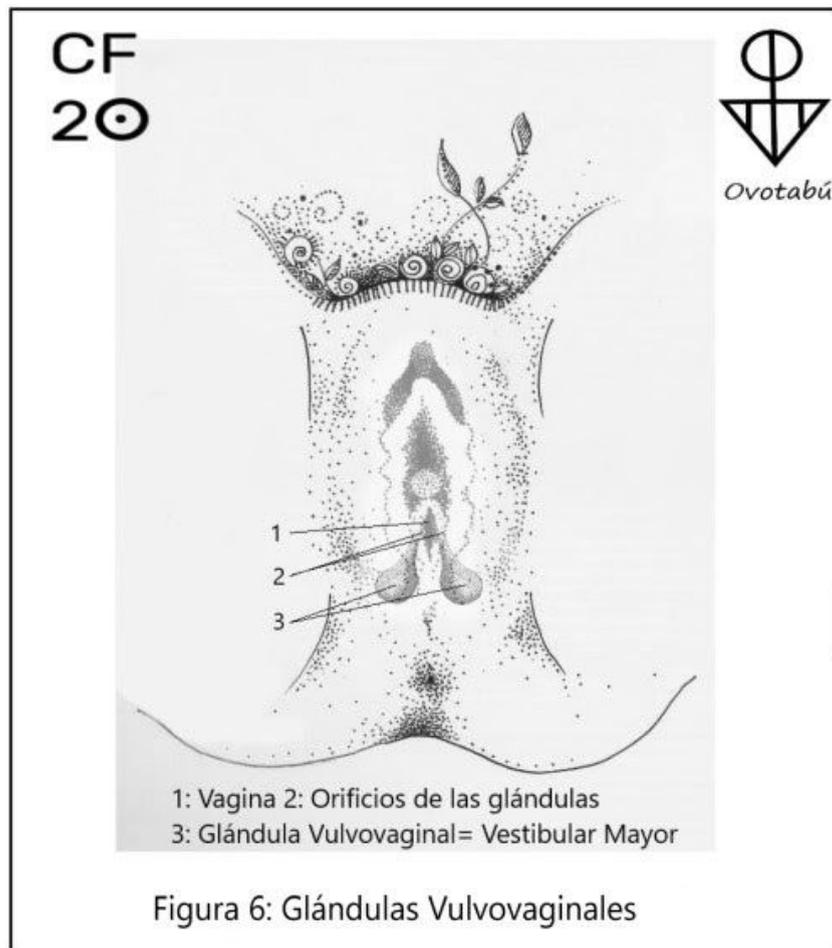
Durante los exámenes vaginales se observan con frecuencia aberturas similares a conductos justo afuera y dorsal al meato uretral. Por lo general se ven en multíparas y su ubicación puede ser el resultado de una distorsión que fue concomitante con el trabajo de parto. Esto produjo un aplanamiento de la eminencia uretral con eversión de la mucosa uretral distal. En las hembras que no han tenido hijos, los labios uretrales están normalmente bien formados, la mucosa uretral no está evertida y las aberturas de los conductos parauretrales generalmente no son visibles hasta que los labios uretrales están separados y la mucosa más externa está expuesta (Huffman et al., 1948).

Moalem y Reidenberg sugirieron que las secreciones de las glándulas pueden tener cualidades antimicrobianas y proteger contra las infecciones del tracto urinario (Moalem y Reidenberg, 2009; Huffman et al., 1948).

**GLÁNDULAS VULVOVAGINALES:** Esta es otra de las glándulas olvidadas en nuestra genitalidad. En la Figura 6 se puede ver que son dos glándulas secretoras diminutas situadas a cada lado de la apertura de la vagina. Con frecuencia no son visibles. Secretan una pequeña cantidad de líquido que ayuda a lubricar los labios vaginales durante la función sexual (Saladin, 2013, pp. 1064-1089; Healey, 2012).

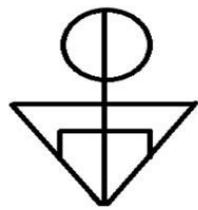


# PROYECTO OVOTABÚ



**MONTE DE VENUS:** El monte de Venus es un sector de tejido graso blando ubicado sobre la pelvis, que se cubre de vello a partir de la pubertad (Saladin, 2013, pp. 1064-1089). La costumbre de depilar esta zona establece un estereotipo de belleza que infantiliza a la mujer.

**LABIOS EXTERNOS E INTERNOS:** Los **labios externos** son pliegues de tejido relativamente voluminosos y carnosos, que encierran y protegen el resto de los órganos pélvicos externos. Los labios externos contienen glándulas sudoríparas y sebáceas, productoras ambas de secreciones lubricantes. Durante la pubertad, aparece vello en la superficie de los labios externos. Los **labios internos** pueden ser muy reducidos o llegar a medir hasta 5 cm de anchura. Se encuentran dentro de los labios externos y rodean las aberturas de la vagina y la uretra (Knudtson-McLaughlin, 2016).



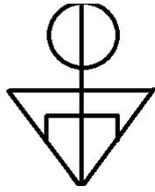
# PROYECTO OVOTABÚ

Ambas estructuras presentan gran diversidad de formas entre las féminas. Para conocer estas formas, se recomienda visitar el **Proyecto The Vulva Gallery** (Atalanta, 2016)<sup>1</sup>.



---

<sup>1</sup> Disponible online en: <https://www.thevulgallery.com/>



# PROYECTO OVOTABÚ

## RESIGNIFICANDO A LA MENSTRUACIÓN:

El sangrado menstrual es sólo la parte visible de todo un ciclo que se repite a lo largo de la vida fértil de las cuerpos femeninas género diversas. Por lo que este material es fundamental para ampliar la mirada respecto a este fenómeno biológico.

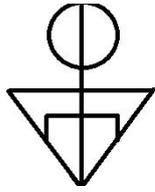
Desde el nacimiento de las ciencias médicas de la mano de Hipócrates (371 a.C.), se ha conceptualizado al sexo femenino como débil y enfermo en contraposición al sexo masculino fuerte y sano (Camacaro, 2017). Esta forma de ver les cuerpos sigue vigente, resignificada de múltiples maneras en la actualidad, por ejemplo se sigue estigmatizando a la menstruación y su ciclo.

Por lo mencionado anteriormente es que en este trabajo se habla de fisiología saludable para resaltar que no solamente es saludable el sangrado menstrual con todas las estigmatizaciones misóginas que fomentan lo contrario, sino que el ciclo entero que habitamos cotidianamente obedece a un proceso fisiológico con el cual sería bueno estar familiarizadas.

Por otro lado, existe la idea culturalmente establecida de que estos son saberes reservados para una comunidad médico-hegemónica. Esto provoca que, cuando se tiene curiosidad sobre estas temáticas, la misma está asociada a la necesidad de saber sobre una enfermedad o afección médica. La consecuencia de esta situación es que se conciba la propia corporalidad a través de lo patológico y no desde la salud. La intención de este material es fomentar el reconocimiento de la cuerpo en su estado de salud, para poder mantenerlo en ese estado.

## HIPÓFISIS O PITUITARIA:

En la Figura 7 se muestra la glándula hipófisis, que si bien no es un órgano sexual femenino, es la encargada de ser el “marcapaso” del ciclo menstrual, por lo tanto es fundamental conocerla. Esta glándula, a través de la liberación de ciertas hormonas llamadas gonadotropinas, regula los eventos del ciclo menstrual y otras funciones que no serán desarrolladas en este texto.



# PROYECTO OVOTABÚ

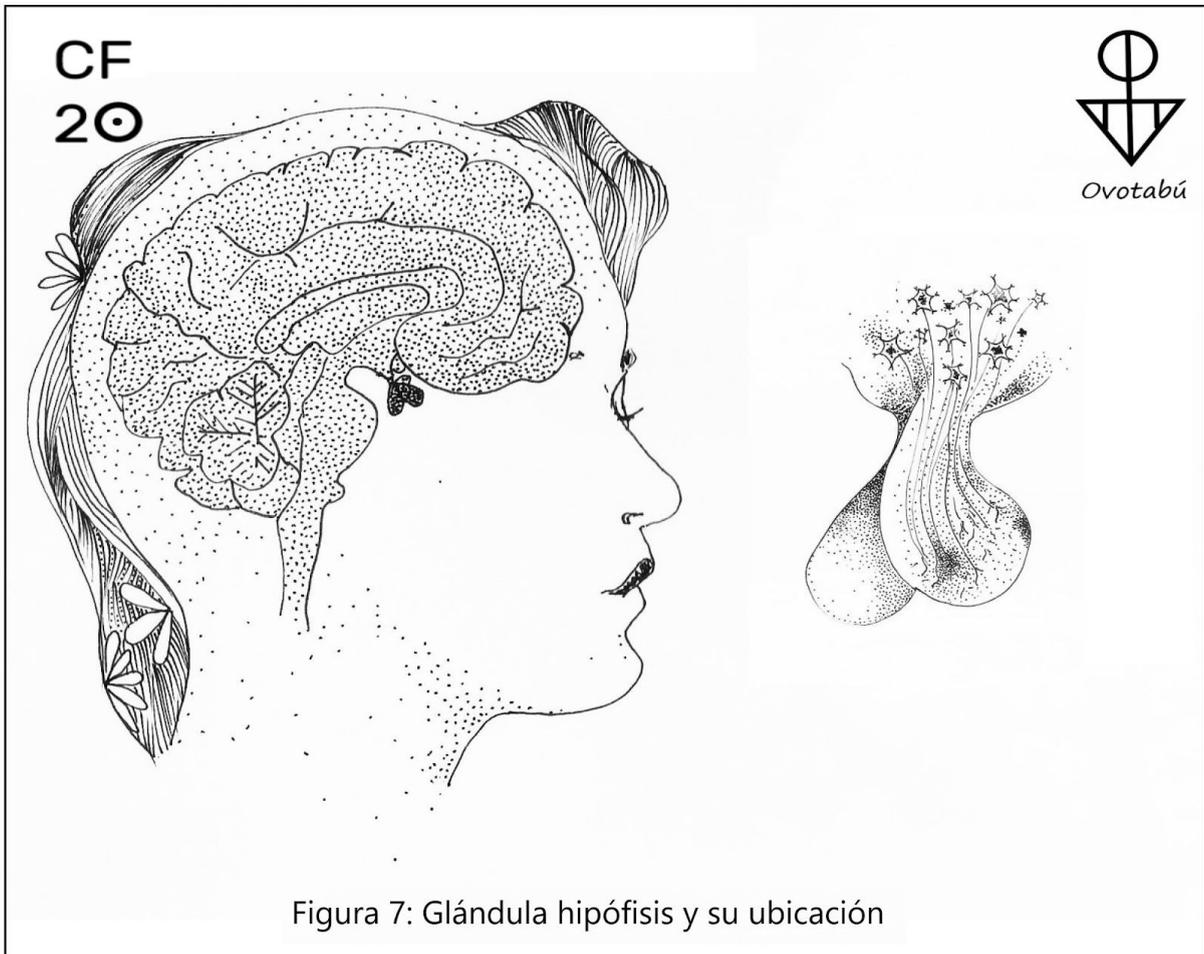
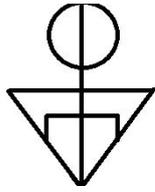


Figura 7: Glándula hipófisis y su ubicación

Cuenta de dos lóbulos, uno que es anterior y se llama adenohipófisis y uno posterior que se llama neurohipófisis. La hipófisis a su vez se encuentra conectada con el hipotálamo, que es una pequeña región encefálica situada bajo el tálamo. Este es el principal centro de integración entre los sistemas nervioso y endócrino (de aquí que se denomine neuroendocrina). **Las experiencias dolorosas, estresantes y emocionales producen cambios en la actividad hipotalámica pudiendo alterar el día de menstruación** (Tortora-Grabowski, 2002, p. 579).

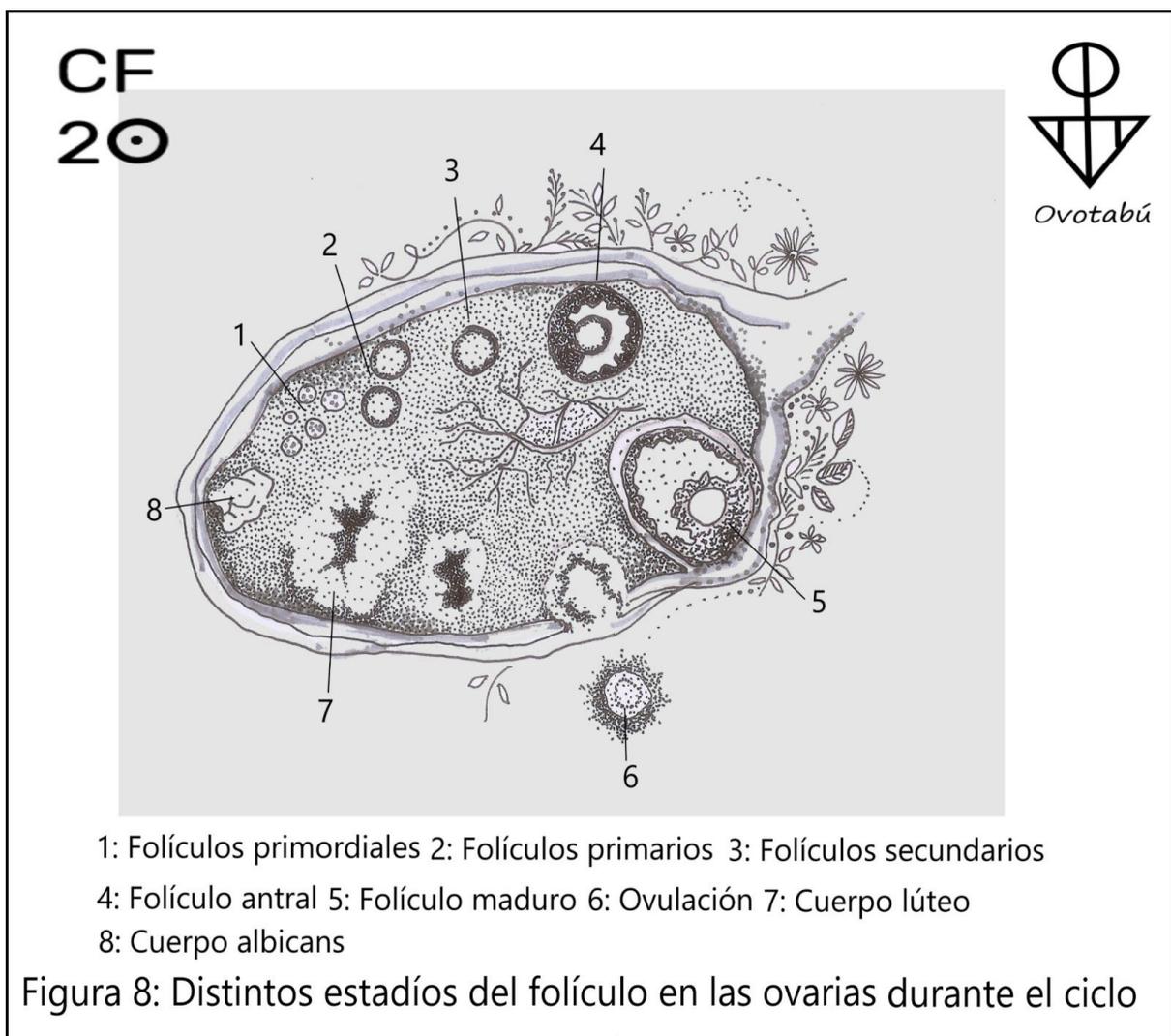
En cuanto a las hormonas relevantes para este tema está la HLG hipotalámica (hormona liberadora de gonadotropinas) que envía impulsos a la adenohipófisis. En respuesta esta última va a liberar las hormonas foliculoestimulante (HFE) y hormona luteinizante (HL) (Tortora-Grabowski, 2002, p. 579). A lo largo de este texto se continuará mencionando y analizando la participación de estas hormonas en cada momento del ciclo menstrual.



# PROYECTO OVOTABÚ

## CICLO DE LAS OVARIAS:

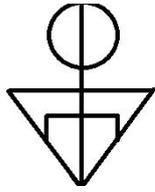
En estas órganos suceden la ovogénesis y la foliculogénesis que son dos procesos fisiológicos relacionados pero diferentes. **La ovogénesis** es la producción de las células llamadas óvulas, empieza antes de que la niña/e nazca. **La foliculogénesis** es el cambio mensual en la estructura del folículo, que es donde se encuentra la óvula dentro de las ovarias. Esta estructura es la que experimenta cambios de función y conformación a lo largo del ciclo ovárico. La ruptura del folículo maduro se denomina ovulación.



- 1: Folículos primordiales 2: Folículos primarios 3: Folículos secundarios  
4: Folículo antral 5: Folículo maduro 6: Ovulación 7: Cuerpo lúteo  
8: Cuerpo albicans

Figura 8: Distintos estadios del folículo en las ovarias durante el ciclo

Se ha extendido la creencia de que las ovarias se turnan cada mes para ovular y esto no es así. Si bien en cada ciclo se ovula una ovocita de una ovaria, ciclo a ciclo puede



# PROYECTO OVOTABÚ

ser varias veces desde la misma ovaria (Reed et al., 2015). Existen casos en los que se ovula naturalmente más de una ovocita abriendo la posibilidad a los embarazos múltiples (mellizos, por ejemplo) (Zanin et al., 2011). También durante la donación de óvulas, donde se sobreestimula la ovulación artificialmente a través de distintas técnicas, por ejemplo con análogos de gonadotropina como la Gonadotropina Coriónica Humana (Theofanakis et al., 2019; López-Rioja et al., 2017) con la que es posible obtener entre 15 a 20 óvulas mediante una punción transabdominal de ambas ovarias (Barroso-Villa et al., 2014).

## OVOGÉNESIS: LAS ÓVULAS SON CÉLULAS GAMETO

Hay muchas formas de clasificar las células pero en cuanto a la reproducción sexual se puede hablar de células gameto (o sexuales) y somáticas.

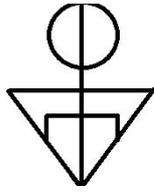
**Las células somáticas** son todas aquellas que conforman a los cuerpos y en su material genético humano tienen dos copias de los 23 pares de cromosomas, por eso los seres humanos somos  $2n$ , es decir, una copia de los cromosomas es aportada por el espermatozoide y el otro por la óvula. Estas células se dividen por **mitosis**.

**Las células gameto** son los espermatozoides y las óvulas, tienen una sola copia de cada cromosoma ( $1n$ ) debido a que se dividen a través de la **meiosis**. En el momento de la fertilización se regenera un individuo  $2n$ .

La producción de óvulas recibe el nombre de ovogénesis (Saladin, 2013, pp. 1064-1089). En el inicio del desarrollo fetal de las féminas se diferencian las células destinadas a ser óvulas, unas 200.000 a 2.000.000 de oogonios primarios que entran en la profase de la meiosis I. Dicha fase se completa luego de la pubertad (Tortora-Grabowski, 2002, p. 1001).

**FOLÍCULOS:** La información que se presenta a continuación tiene su complejidad. Sin embargo lo que es importante de resaltar aquí es que dentro de las ovarias las ovocitas se encuentran cada una por separado contenidas en **los folículos**. Esta estructura es la que tiene cambios de función y conformación a lo largo del ciclo ovárico.

Este folículo se encuentra compuesto por: las **células de la granulosa** que secretan líquido folicular; **el antro** del folículo, que es líquido folicular secretado por las células de la granulosa compuesto por grandes concentraciones de estrógenos; y la **ovocita** con su zona



# PROYECTO OVOTABÚ

pelúcida (una capa transparente de glucoproteínas). Por fuera del folículo encontramos las **células tecales** (Tortora-Grabowski, 2002, p. 1001).

**CICLO FOLICULAR:** A continuación se presentan las fases de este ciclo (Figura 8):

**Fase Folicular:** Durante esta fase continúa el crecimiento de los folículos secundarios, selección y formación del folículo maduro (Tortora-Grabowski, 2002, p. 1014). La hormona hipofisaria, llamada Hormona Folículo Estimulante (FSH - la sigla corresponde al nombre en inglés: Follicle Stimulating Hormone), tiene este nombre porque interviene en esta parte del ciclo estimulando la maduración de los folículos. Tanto el crecimiento del folículo, cómo el aumento de células de la granulosa que se da en esta etapa produce un aumento de estrógenos en sangre (Reed, et al, 2015).

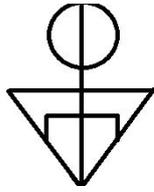
**Fase Ovulación:** Es el momento en el que la óvula es liberada de la ovaria para emprender un viaje a través de las trompas uterinas hasta la útera. Aquí los estrógenos llegan a una concentración tal que estimulan el pico de hormona hipofisaria (LH) que desencadena la ovulación unas 36 a 37 hs después. Luego de esto los niveles de estrógenos caen rápidamente (Reed, et al, 2015).

**Fase Lútea:** Comprende la diferenciación de los folículos que ha liberado a la óvula en una estructura denominada cuerpo lúteo. Esta fase comienza unas horas después de haber sido expulsada la ovocita del folículo maduro. El cuerpo lúteo secreta progesterona y, en menor cantidad, estrógenos. Si no hay fecundación el cuerpo lúteo, degenerará en unos cuantos días a cuerpo albicans o blanco conforme disminuyen las concentraciones hormonales (Zanin et al., 2011). La hormona hipofisaria luteinizante (LH) tiene este nombre porque interviene en la diferenciación del folículo a cuerpo lúteo.

El desarrollo del folículo dominante se ha descrito en tres etapas (Reed, et al, 2015):

1. Reclutamiento mediado por un pico de FSH. Entre los días 1 a 4 se recluta un grupo de folículos.
2. Selección: entre los días 5 a 7 del ciclo se selecciona el folículo destinado a ovular
3. Dominancia: El día 8 del ciclo un folículo ejerce su dominancia promoviendo su propio crecimiento y suprimiendo la maduración de otros folículos que se atresian.

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) o “hiperandrogenismo” es una afección frecuente que implica que el folículo no ovule conformando múltiples quistes de folículos maduros. Esta representa la primera causa de consulta endocrinológica en féminas que



# PROYECTO OVOTABÚ

cursan la edad reproductiva e incluye en su contexto clínico la presencia de obesidad, irregularidades menstruales, anovulación crónica, acné, hirsutismo, seborrea, acanthosis nigricans y alopecia, entre otras manifestaciones (Dewailly, 2000).

## EL CICLO DE LA ÚTERA:

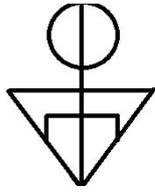
En Argentina, en el momento en que se produce la menstruación se suele decir “me duelen los ovarios”. Es por esto que, generalmente, las personas se sorprenden al enterarse que esta sensación (que puede ser dolorosa o no) corresponde a la útera. Y esta sensación es debido a pequeñas contracciones uterinas que se producen para liberar el endometrio.

La naturalización y normalización del dolor menstrual, suele ser una causa frecuente de inaccesibilidad a la salud de féminas que tienen dolor menstrual excesivo a causa de ciertas patologías como endometriosis, miomas uterinos, quistes ováricos, entre otras.

La cavidad uterina es el interior de la útera y se encuentra revestida de un epitelio denominado endometrio, que cuenta de dos capas: la basal y la funcional. La capa funcional es la más gruesa y contiene la porción glandular de la lámina propia y el tejido endotelial que recubre la luz uterina. Este estrato cuenta de unas arterias llamadas espiraladas por su forma, que bajo la acción de la hormona progesterona se contraen cada vez más favoreciendo su constricción y ruptura previniendo la llegada de sangre oxigenada al tejido endometrial en el momento de menstruar (Betts et al., 2013). **El ciclo de la útera consiste en el desprendimiento de este epitelio que da origen al sangrado menstrual y a su regeneración a partir del epitelio basal.** Según el ciclo de la útera se describen las siguientes fases:

**MENSTRUACIÓN:** Es el momento del desprendimiento del endometrio gracias a la acción de unas hormonas de acción local llamadas prostaglandinas que estimulan la vasoconstricción local y la contracción miometrial (músculo). La vasoconstricción controla la hemorragia menstrual. Por otro lado, la contracción miometrial ayuda a expulsar la sangre menstrual de la cavidad uterina (Rodríguez Jiménez et al., 2014).

El primer día de sangrado se toma como día 1. La duración de la fase de sangrado varía en cada fémina, aproximadamente entre 2 a 7 días, siendo en féminas jóvenes más



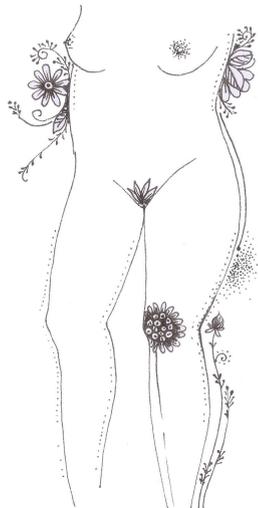
# PROYECTO OVOTABÚ

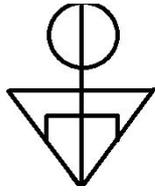
frecuente sangrados de 7 días (American Academy of Pediatrics, 2006), con un volumen normal aproximado de 30 ml (Reed et al., 2015). También en función de mi experiencia personal y del relato de féminas que han cambiado a usar productos de higiene como toallas de tela o la copa menstrual se ha visto (luego de un año) una disminución de días de sangrado, aunque una afirmación completa necesitaría de un estudio exhaustivo.

**FASE PROLIFERATIVA:** Es la fase de regeneración del endometrio a partir del epitelio basal estimulado por las hormonas llamadas estrógenos que se producen en las ovarias. La superficie epitelial se incrementa entre los tres y siete días después de iniciada la menstruación e irá aumentando su espesor, el cual al momento de la ovulación será de 3 a 4 mm (Zanin et al., 2011).

**FASE SECRETORA:** Luego de la ovulación, el cuerpo amarillo (lúteo o blanco) en la ovaria secreta concentraciones elevadas de progesterona y algo menores de estrógenos. Los estrógenos sólo producen una ligera proliferación celular adicional del endometrio en la útera, en tanto que la progesterona actúa sobre células secretoras del endometrio que acumulan elementos nutritivos. El riego sanguíneo del endometrio también aumenta y al final de esta fase, la capa endometrial tiene un espesor de 5 a 6 mm (Zanin et al., 2011).

Una patología que afecta a esta órgana en muchas féminas es la endometriosis. Esta consiste en el sobrecrecimiento del endometrio por fuera de la útera causando sangrado abundante (Wei-Wei et al., 2015).





# PROYECTO OVOTABÚ

## CICLO MENSTRUAL Y OVULATORIO:

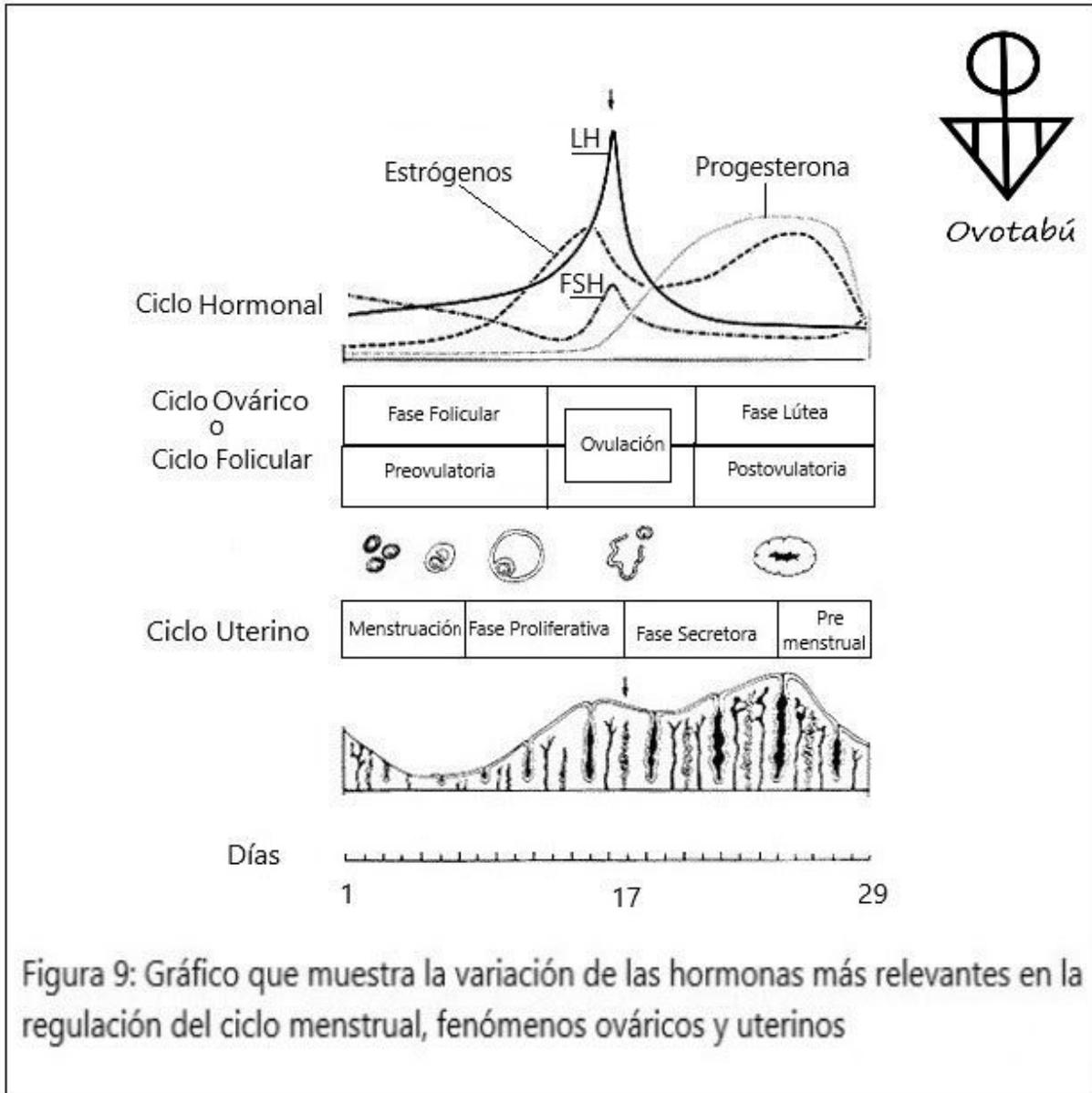
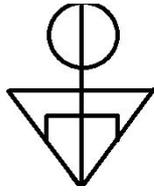


Figura 9: Gráfico que muestra la variación de las hormonas más relevantes en la regulación del ciclo menstrual, fenómenos ováricos y uterinos

El ciclo menstrual es una visión general integrada de todos estos cambios fisiológicos que se presentan en las distintas órganos. Existe la creencia popular de que el ciclo regular es únicamente de 28 días, lo cual es una forma de normalizar los ciclos menstruales. En realidad, es común que entre las féminas el ciclo pueda variar entre 25 y 35 días (Reed et al., 2015).



# PROYECTO OVOTABÚ

Queda mucho por esclarecer aún acerca de la fertilidad, las fases del ciclo y su regulación. Se observa que en el diseño de todas las aplicaciones móviles de calendario menstrual se asume como correcto que la ovulación sucede 14 días antes de la menstruación (Berberly, 2015; Tortora-Grabowski, 2002, p. 1015). Sin embargo la información disponible actualmente gracias a las féminas que cargan sus datos en aplicaciones de celular, basadas en el método sintotérmico (que para determinar la ovulación cruza cambios en la temperatura corporal y características del flujo) denota una gran variabilidad en los días fértiles (Bull et al., 2019).

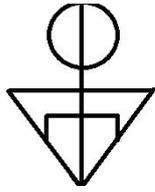
La siguiente información fue extraída de los metaanálisis de datos de aplicaciones de fertilidad realizadas por Bull et al. (2019) y Najmabadi et al. (2019):

- La mediana de días de sangrado es de 6 días.
- Los días totales del ciclo tienen una mediana de 29 días, con una variación mayor a 7 días.
- La duración del ciclo y de las fases se acorta con la edad.
- Tanto la fase folicular como la lútea son variables.
- La mediana de fase folicular es de 17, con una variación mayor a 7 días.
- La mediana de fase lútea es de 12, con una variación mayor a 3 días.

En cuanto a la regulación hormonal del ciclo menstrual, podemos ver en la Figura 9 un pico pronunciado de liberación de hormona HL (hormona luteinizante) por la hipófisis gracias al estímulo de las hormonas gonadotrópicas hipotalámicas desencadena en la ovaria la ovulación.

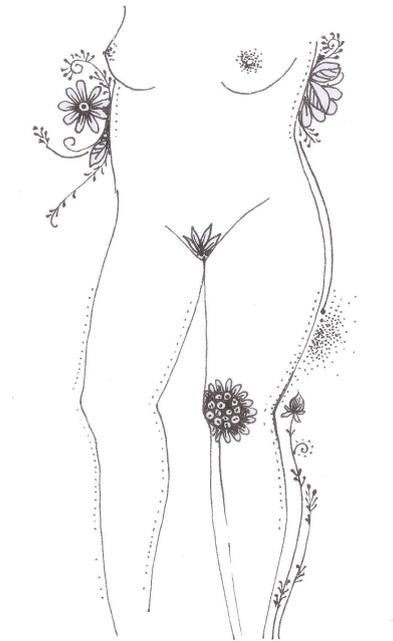
En primer lugar, hay un pico de progesterona debido a la liberación del líquido folicular durante la ovulación. Luego ese folículo se convierte en el cuerpo lúteo que continúa aportando esta hormona durante un tiempo más. En caso de no haber fecundación decae la concentración hormonal tanto de progesterona como de estrógenos y esto es lo que desencadena en la útera el comienzo del sangrado menstrual.

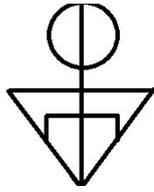
Hay un mito popular conceptualmente incorrecto que sostiene que la menstruación se produce por la muerte de la óvula no fecundada, lo que le imprime interpretaciones biologicistas al comparar este momento con un duelo. La óvula tiene una vida media máxima de dos o tres días, por lo que 17 días después de ovular ya hace 14 días que está muerta. Esta idea incorrecta se puede encontrar incluso en el material del Ministerio de



# PROYECTO OVOTABÚ

Educación, “Educación Sexual Integral para charlar en Familia”: “¿Por qué menstruamos? ese sangrado se produce cuando el óvulo que no ha sido fertilizado por un espermatozoide se desprende y, entonces, junto con sangre y otros tejidos, es eliminado” (Marina et al., 2011, p.19).





# PROYECTO OVOTABÚ

## MENARQUIA

La maduración de las cuerpos puede ser muy variable entre las personas, aquí se presenta información de forma general sobre esta etapa de la vida.

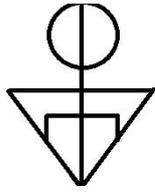
La Telarquia es el comienzo del desarrollo mamario. Dos o tres años después ocurre la menarquia, es decir: la primera menstruación. En términos generales el rango de edades para que esto ocurra varía entre los 8 a los 15 años (American Academy of Pediatrics, 2006). En Argentina, la edad promedio de menarquia es de 12,84 años (Orden, 2011) y en féminas Quom de la zona periurbana de Formosa es 11.6 años (Martin-Valeggia, 2018).

A los 15 años, el 98% de las féminas habrán tenido menarquia (Chumela et al., 2003; National Center for Health Statistics, 1973). Por lo tanto, se debe considerar una evaluación de la amenorrea primaria (que nunca ha menstruado) para cualquier adolescente que no haya alcanzado la menarquia a los 15 años de edad. Asimismo, la falta de desarrollo mamario a los 13 años también debe ser evaluada (Reindollar et al., 1981).

Dos estudios exhaustivos han confirmado que un aumento en el índice de masa corporal (IMC) durante la infancia se relaciona con un inicio más temprano de la pubertad (He et al., 2001; Wang, 2002). Otras posibles explicaciones de la tendencia percibida en el tiempo y la progresión de la pubertad son los factores ambientales, incluidas las condiciones socioeconómicas, la nutrición y el acceso a la atención médica preventiva.

El comienzo de la vida menstrual se caracteriza por ciclos anovulatorios (Venturoli, et al., 1987, 1992), en los que aún no hay ovulación. Hay una relación entre la edad de la menarquia y el tiempo en tener ciclos ovulatorios. Se toma la edad de 12 años como edad media de menarquia, por lo que las menarquias antes de los 12 años se denominan tempranas y las que suceden luego, tardías. Esto marca diferencias en el desarrollo madurativo de las corporalidades. **Cuando la edad en la menarquia es menor de 12 años, el 50% de los ciclos son ovulatorios en el primer año ginecológico** (año después de la menarquia). **Por el contrario, puede tomar de 8 a 12 años después de la menarquia hasta que las hembras con menarquia de inicio tardío (después de los 12 años) sean completamente ovulatorias** (Vinko et al., 1984).

Es por esto que es importante tener en cuenta que si bien el día de menarquia es el día de la primer menstruación, el desarrollo madurativo lleva más tiempo y esto depende de cada persona.

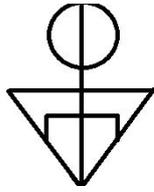


# PROYECTO OVOTABÚ

Dos estudios grandes, uno que catalogó 275.947 ciclos en 2702 féminas y otro sobre 31.645 ciclos en 656 féminas, respaldan la observación de que los ciclos menstruales en niñas/es y adolescentes típicamente varían de 21 a aproximadamente 45 días, incluso en el primer año ginecológico (Vollman, 1977; Treloar et al., 1967). Por lo tanto, durante los primeros años después de la menarquia, los ciclos pueden ser algo largos debido a la anovulación pero el 90% de los ciclos estará dentro del rango de 21 a 45 días (J Adolesc Health Care, 1986).

La amenorrea secundaria es la falta de menstruación luego de haber tenido la menarquia por más de seis meses. **Estadísticamente no es común que las adolescentes permanezcan amenorreicas por más de tres meses** (American Academy of Pediatrics, 2006).





# PROYECTO OVOTABÚ

## INTERSEXUALIDAD Y MENSTRUACIÓN:

Las corporalidades intersex suelen aparecer como ejemplo de disidencias naturales biológicas sexo-genéricas.

¿Conforman otro sexo biológico? La respuesta es no, la especie humana se reproduce a través del sexo femenino y masculino (género diversos, todes elles). Lo que sucede en estos casos es que estas corporalidades son una amalgama entre lo femenino y lo masculino generando un espectro de configuraciones corporales posibles entre uno y otro sexo.

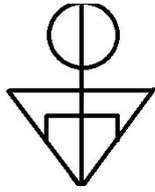
Cuando se incluyen estas corporalidades en las conceptualizaciones de las cuerpos, surgen muchas inquietudes acerca de su anatomía y fisiología. Lo que hay que tener en cuenta es que no hay una sola corporalidad intersexual sino muchas y pueden ser muy diferentes unas de otras. Por ejemplo algunas personas intersexuales pueden tener períodos menstruales y otras no.

En la entrevista a Alec Butler, nacido en 1959, "Mi vida como intersexual" comenta: "A los 12 años tenía barba y la menstruación" (BBC Magazine, 2016). O el personaje de Mario en la película "El último verano de La Boyita" (Solomonoff, 2009) que relata las dificultades y las tristezas que le despierta la menarquia por vivir en un mundo binario, que rechaza fuertemente las diferencias.

Se recomienda que conozcan el trabajo que realiza el Proyecto Brújula Intersexual<sup>2</sup> el cual brinda información y asesoramiento acerca de la intersexualidad.

---

<sup>2</sup> Disponible online en: <https://brujulaintersexual.org>



# PROYECTO OVOTABÚ

## CONSIDERACIONES FINALES

Las caras que adopta la violencia patriarcal son múltiples y el feminismo es un camino que no tiene un destino establecido al cual llegar. Hay que armarlo colectivamente, debatiendo y construyendo sin dejar a nadie atrás.

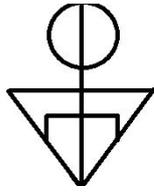
Identificar a las corporalidades sexuadas por sus funciones (persona menstruante, persona gestante, persona ovulante, etc.) es consecuencia de no poder deconstruir los determinismos culturales sexo/género, pues se sigue asumiendo que si se habla de femenino nos referimos a mujer. Esto favorece la pérdida de soberanía. Un ejemplo de esto es la técnica de la subrogación. Una vez que fragmentamos biológicamente a la cuerpo en funciones y socialmente en capacidades, gestantes, menstruantes, ovulantes, lactantes ¿quién reclama soberanía?

La biología de las cuerpos sigue siendo tabú en las aulas debido a la complejidad inherente a la disciplina, pero también es debido al ambiente hostil y contradictorio que generan estos temas por parte de los distintos movimientos sociales. Si se censura la información biológica sexual “porque hay que tener cuidado cuando se habla de femenino” (argumento que no deconstruye el determinismo biológico) se está privando la democratización de información indispensable para generar una relación soberana con la propia cuerpo.

### **Sin soberanía no hay salud posible.**

El esencialismo reproductivo es la ideología a través de la cual culturalmente se le impone al sexo femenino reproducir el destino de la maternidad. Esta ideología vulnera los derechos reproductivos y el acceso a la salud sexual. Tengamos presente siempre que lo que intenta controlar el patriarcado a través de una cultura cis-normativa es la reproducción humana. Es por esto que los derechos reproductivos le son vulnerados a quienes sean pobres y no a las ricas. De esta manera se perpetúa el *statu quo* de las clases sociales.

Es por esto que desde el Proyecto Ovotabú hago una educación sexual biológica desde una perspectiva de emancipación, autoamor, autonomía y de salud propia.



# PROYECTO OVOTABÚ

## BIBLIOGRAFÍA:

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (2006) (DOI: 10.1542). Menstruation in Girls and Adolescents: Using the Menstrual Cycle as a Vital Sign . *Pediatrics*, 118 (5), p 2245-2250. Disponible en:<https://pediatrics.aappublications.org/content/118/5/2245.full>

ASAMBLEA NO BINARIA (2) (2019). Identidades no binarias. Disponible en : [https://issuu.com/asambleanobinarie/docs/identidadesnobinarias?fbclid=IwAR1ruf06QFwPpP\\_3ge8GB1SnC2d1OUgJ9\\_Wn0t2fJB4idU9pk7BmmfC4Pul](https://issuu.com/asambleanobinarie/docs/identidadesnobinarias?fbclid=IwAR1ruf06QFwPpP_3ge8GB1SnC2d1OUgJ9_Wn0t2fJB4idU9pk7BmmfC4Pul)

ATALANTA H (2016) The vulva gallery. Disponible en: <https://www.thevulgagallery.com/>

BARROSO-VILLA G, Aguilar-Izaguirre D, Colín-Valenzuela A, Valdespin-Fierro C (2014) Aspiración folicular mediante punción transabdominal: reporte de un caso en fertilización in vitro. *Ginecol Obstet Mex*, 82:764-768. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=53316>

BBC Magazine (2016). Mi vida como intersexual: "A los 12 años tenía barba y la menstruación". Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias/2016>

[/04/160422\\_salud\\_intersexualidad\\_trange\\_nero\\_agenero\\_cultura\\_testimonio\\_alec\\_butler\\_lb](#)

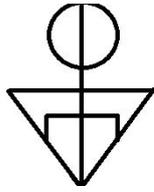
BEAUTIFUL CERVIX. Disponible en:<https://beautifulcervix.com/>

BETTS G., et al, (2013). *Anatomy and Physiology*. OpenStax. Disponible en: <https://openstax.org/details/books/anatomy-and-physiology>

BROWN, I. B (1866). *On the Curability of Certain Forms of Insanity, Epilepsy, Catalepsy and Hysteria in Females*. London: Robert Hardwicke, p. 85.

BULL J R, Rowland SP, Scherwitzl EB, Scherwitzl R, Gemzell Danielsson K and Harper J.(2019). Real-world menstrual cycle characteristics of more than 600,000 menstrual cycles.npj Digital Medicine, 2:83 ; DOI <https://doi.org/10.1038/s41746-019-0152-7>

CAMACARO GÓMEZ, D. J (2017) Cuerpo de mujer: Territorio delimitado por el discurso Médico. *Comunidad y Salud*, 1( 5) , p 26-31. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-32932007000100005](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932007000100005)



# PROYECTO OVOTABÚ

CASLA M. (15 de febrero de 2019). Re-nombrando nuestro cuerpo. *Revolución Menstrual*. Disponible en: <https://www.revolucionmenstrual.com/blog/2019/2/12/colonialismo-patriarcal-la-terrible-historia-detrs-de-las-gndulas-de-anarcha-y-las-glnulas-de-lucy-y-betsey>

CAYETANO SR y SALVADOR, Z (26 de marzo de 2020). ¿Qué es el útero retroverso? – Causas y síntomas. *Reproducción asistida ORG*. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/utero-retroverso/>

CHUMELA WE, Schubert CM, Roche AF, Kulin HE, Lee PA, Himes JH, Sun SS (2003) Age at menarche and racial comparisons in US girls. *Pediatrics*, 111, p110–113. DOI: 10.1542/peds.111.1.110

DEL CASTILLO, I F (mayo 2006). Episiotomía, un cortecito no tan inocente. *El parto es nuestro*. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/episiotomia-un-cortecito-no-tan-inocente>

DEWAILLY D (2000). Definition of polycystic ovary syndrome. *Human fertility (Cambridge, England)*, 3 (2), p 73-76. DOI: 10.1080/1464727002000198721

DUQUE, C. (2010) Judith Butler y la teoría de la performatividad de género. *Colegio Hispanoamericano*. p 85-95.

ECURED. Terminología anatómica. EcuRed. Disponible en: [https://www.ecured.cu/Terminolog%C3%A1Da\\_anat%C3%B3mica](https://www.ecured.cu/Terminolog%C3%A1Da_anat%C3%B3mica)

FLUG D, Largo RH, Prader A (1984). Menstrual patterns in adolescent Swiss girls: a longitudinal study. *Annals of Human Biology*, 11, p 495–508. DOI: 10.1080/03014468400007411

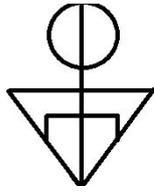
FAUSTO STERLING, Anne (2006). *Cuerpos Sexuados*. 1ª ed. Barcelona. Melusina.

FURLAN A, La Manno G, et al.(2016). Visceral motor neuron diversity delineates a cellular basis for nipple- and pilo-erection muscle control. *Nature Neuroscience*. (10):1331-40 . Doi:10.1038/nn.4376

GILLILAND, A. (2009). Women's Experiences of Female Ejaculation. *Sexuality & Culture*. Vol. 13 (3). DOI: 10.1007/s12119-009-9049-y

GIMENEZ P (11 de Octubre de 2019) ¿Por qué molestan las mujeres en tetas? *Filo.News*. Disponible en: <https://www.filo.news/genero/Por-que-molestan-las-mujeres-en-tetas-20181017-0018.html>

GONZÁLES BLANCO, I; Eva Martín Medrano, Ana Arnal Burró, Ana



# PROYECTO OVOTABÚ

Moreno Reviriego, Elsa Arias Valdés,  
Fernando Vázquez Camino (2015).

Planchado de senos: una realidad no justificable en el siglo XXI. *Elsevier*, 58, Núm. 4. pág. 202-204.

DOI:10.1016/j.pog.2014.07.004

Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-planchado-senos-una-realidad-no-S0304501314001721>

HAN L, Taub R, Jensen J T (2017) Cervical Mucus and Contraception: What we know and what we don't. 96(5), 310-321. *Contraception*.

Doi:10.1016/j.contraception.2017.07.168

HUFMAN JW; M.D., Chicago, et al. (1948). The detailed anatomy of the paraurethral ducts in the adult human female. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 55 (1), 86-101.

DOI:[https://doi.org/10.1016/0002-9378\(48\)90157-4](https://doi.org/10.1016/0002-9378(48)90157-4)

HE Q, Karlberg J (2001) BMI in childhood and its association with height gain, timing of puberty and final height. *Pediatric Research*, 49, p 244–251.

Healey A (2012). Embryology of the Female Reproductive Tract. En Mann, Gurdeep S., Blair, Joanne C., Garden, Anne S. (Eds.), *Imaging of Gynecological*

*Disorders in Infants and Children* p(21, 30) Springer. DOI: 10.1007/174\_2010\_128

JACKSON LA, Hare AM, Carrick KS, Ramirez DMO, Hamner JJ , Corton MM (2019). "Anatomy, histology, and nerve density of the clitoris and associated structures: clinical applications to vulvar surgery". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*;221(5):519.e1-519.e9. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.06.048>

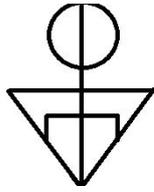
JOURNAL ADOLESC HEALTH CARE (1986) World Health Organization Task Force on Adolescent Reproductive Health. World Health Organization multicenter study on menstrual and ovulatory patterns in adolescent girls. II. Longitudinal study of menstrual patterns in the early postmenarcheal period, duration of bleeding episodes and menstrual cycles, 7(4), p236–244.

KAMINSKY L (16 junio 2018) Los hombres inmortalizados en la pelvis de la mujer.

*BBC Future*. Disponible en:

<https://www.bbc.com/mundo/noticias-44452744?fbclid=IwAR1iKHWZcmFj-L4LpvpHGzad8qtvY2CMRtB5D1WhW8ESRrj15Sgr0YATAqY>

KNUDTSON J, McLaughlin J E (Septiembre 2016). Órganos genitales externos femeninos. *Manual MSD*. Disponible en:



# PROYECTO OVOTABÚ

<https://www.msmanuals.com/es-ar/hogar/salud-femenina/biolog%C3%ADa-del-aparato-reproductor-femenino/%C3%B3rganos-genitales-externos-femeninos>

LOPEZ-RIOJA MJ,

Campos-Cañas JA, Recio-López Y, Quiroz-Garza G, Sánchez-González CM, Hinojosa-Rodríguez K, Laresgoiti-Servitje. (2017). Número óptimo de ovocitos: modelo de predicción para fertilización in vitro. *Ginecol Obstet Mex.* 85(11):735-747. DOI:

<https://doi.org/10.24245/gom.v85i11.1528>.

LOWDES S J, BENNETT J.

W.(1978). Concerning female ejaculation and the female prostate. *Journal of Sex Research*, 14:1, 1-20, DOI: 10.1080/00224497809550988

OMS (2012). Female genital mutilation. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77428/WHO\\_RHR\\_12.41\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77428/WHO_RHR_12.41_eng.pdf?sequence=1)

MARINA, MIRTA, Hurrell S, Lavari M, Zelarallán M (2011). *Educación sexual integral : para charlar en familia*. - 1a ed. - Buenos Aires : Ministerio de Educación de la Nación, 2011, p 19.

MARTIN M, VALEGGIA C (2018). Timing of pubertal growth and menarche in indigenous Qom girls of Argentina.

*Annals of Human Biology*, 45 (4), p:321-329.

MASTERS, W., JOHNSON, V., KOLODNY, R. (1992). *Human sexuality* (4th ed.). New York: Harper Collins.

MILLAN, P. (2012). Apuntes sobre eyaculación femenina. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 17(1).

MOALEM S, Reidenberg JS (2009) Does female ejaculation serve an antimicrobial purpose? *Med Hypotheses* 73(6):1069–1071.

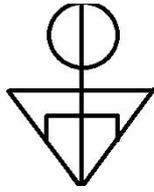
DOI:10.1016/j.mehy.2009.07.024.

NAJMABADI S., Schliep CK, Simonsen ES, Porucznik CA, Egger MJ, Stanford JB.(2019). Menstrual bleeding, cycle length, and follicular and luteal phase lengths in women without known subfertility: A pooled analysis of three cohorts. *Paediatric Perinatal Epidemiology*, 00:1–10. DOI: 10.1111/ppe.12644

NATIONAL CENTER OF HEALTH STATISTICS (2006). Age at Menarche: United States. *Rockville, MD: US Department of Health, Education, and Welfare*, 11 (133), Disponible en: [www.cdc.gov/nchs/data/series/sr11/sr11133.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr11/sr11133.pdf).

NAZARIO AC, Simoes M.J., de

Lima G.R. (1994). "Morphological and ultrastructural aspects of the cyclical changes of human mammary gland during the menstrual cycle". *Sao Paulo Medical*



# PROYECTO OVOTABÚ

*Journal*, 112, pp.

543-547. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-31801994000200004>

NGUYEN J, Duong H ( 2019)

Anatomy, Abdomen and Pelvis, Female External Genitalia. *NCBI*. Bookshelf ID: NBK547703 PMID: 31613483 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547703/>

O'CONNELL H E, Sanjeevan KV, and Hutson JM (2005). Anatomy of the Clitoris. *Journal of Urology*, 174, pp 1189–1195. DOI: 10.1097/01.ju.0000173639.38898.cd

ORDEN A; Vericat, A; Apezteguía, M (2011). Age at menarche in urban Argentinian girls: association with biological and socioeconomic factors. *Anthropologischer Anzeiger: Journal of Biological and Clinical Anthropology*, 68 (3) , p:309-22.

PÉREZ SAN MARTÍN, Pabla. 2015. *Manual Introductorio a la Ginecología Natural*. 1ª ed. CABA. Latingráfica.

PETER LD. (2012). Skene's gland revisited: function, dysfunction and the G spot. *The International Urogynecological Association Journal*. 23:135–137. DOI:10.1007/s00192-011-1558-1.

RODRIGUEZ JIMENEZ MJ, Hernández de la Calle I. (2014).

Trastornos menstruales de la adolescencia. *Adolescere, Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 2(3), pág 7-17.

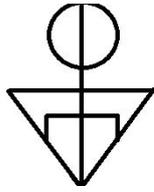
REINDOLLAR RH, Byrd JR, McDonough PG (1981). Delayed sexual development: a study of 252 patients. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 140, p 371–380.

REED B.G.; Carr B.R, et al (2015). The Normal Menstrual Cycle and the Control of Ovulation. PMID: 25905282

ROVATI L (6 Febrero 2014) ¿Puede ser considerada la episiotomía una mutilación genital?. *Bebés y más*. Disponible en: <https://www.bebesymas.com/parto/puede-ser-considerada-la-episiotomia-una-mutilacion-genital>

RUBIO CASILLAS A., Rodríguez Quintero C.M., Chávez Valencia R.I (26 de octubre 2009). La Próstata femenina: el fin de la controversia. Disponible en: [http://148.202.105.20/dgmgac/G\\_notas1.php?id=6167](http://148.202.105.20/dgmgac/G_notas1.php?id=6167)

SALADIN, S (2013). *Anatomía y Fisiología. La unidad entre la forma y la función*. Sexta edición. McGRAW-HILL Interamericana Editores.



# PROYECTO OVOTABÚ

SOLOMONOFF J (2009). El último verano de la boyita. Película Argentina.

Disponible en:

<https://brujulaintersexual.org/2019/01/14/ultimo-verano-de-la-boyita/>

THEOFANAKIS C, Athanasiou V, Liokari E, Stavrou S, Sakellariou M, Athanassiou AI, Athanassiou A, Drakakis P, Loutradis D.(2019) The impact of HCG in IVF Treatment: Does it depend on age or on protocol?. *Elsevier*.48(5), 341-345. DOI::<https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2019.02.012>.

TRELOAR AE, Boynton RE, Behn BG, Brown BW (1967) Variation of the human menstrual cycle through reproductive life. *International Journal of Fertility*, 12, p:77–126.PMID: 5419031

TORTORA Gerard, GRABOWSKI Sandra (2002) *Principios de Anatomía y Fisiología*. 9ª ed. Oxford University Press. p 579-1015.

URREA M, Fanny C (2012). El cuerpo de las mujeres gestantes: un diálogo entre la bioética y el género. *Revista Colombiana de Bioética*. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia, 7(1), 97-110.

DOI:<https://doi.org/10.18270/rcb.v7i1.804>

VOLLMAN RF. (1977). The menstrual cycle. *Major Probl Obstet Gynecol*, 7, p:1–193. PMID: 836520

VINKO R, Apter D (1984).

Endocrine characteristics of adolescent menstrual cycles: impact of early menarche. *Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, 20, p 231–236.DOI:

10.1016/0022-4731(84)90209-7

10.1016/0022-4731(84)90209-7

VENTUROLI S, Porcu E, Fabbri R, Magrini O, Paradisi R, Pallotti G, Gammi L, Flamigni C (1987). Postmenarchal evolution of endocrine pattern and ovarian aspects in adolescents with menstrual irregularities. *Fertil Steril*, 48 (21), p:78–85. DOI:

10.1016/s0015-0282(16)59294-2

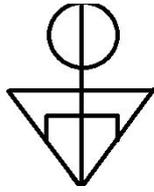
VENTUROLI S, Porcu E, Fabbri R, Magrini O, Gammi L, Paradisi R, Flamigni C (1992) .Longitudinal evaluation of the different gonadotropic pulsatile patterns in anovulatory cycles of young girls. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 74, p 836–841.DOI:

10.1210/jcem.74.4.1548348

WANG Y (2002). Is obesity associated with early sexual maturation? A comparison of the association in American boys versus girls. *Pediatrics*, 110, p 903–910.DOI:

<https://doi.org/10.1542/peds.110.5.903>

WEI-WEI WEE-STEKLY, Cynthia Chia Yng Kew, Bernard Su Min Chern (2015). Endometriosis: A review of the diagnosis and pain management.



# PROYECTO OVOTABÚ

*Gynecology and Minimally Invasive*

*Therapy*, 4(4), p.106-109.

DOI:[https://doi.org/10.1016/j.gmit.2015.06.](https://doi.org/10.1016/j.gmit.2015.06.005)

005

ZACHARIAS L, Rand WM,  
Wurtman RJ (1976). A prospective study  
of sexual development and growth in  
American girls: the statistics of menarche.  
*Obstetrical & Gynecological Survey*, 31, p

325–337.DOI:

10.1097/00006254-197604000-00026.

ZANIN L, Paez A, Cristian C, De  
Bortoli M (2011) Ciclo menstrual:  
sintomatología y regularidad del estilo de  
vida diario. *Fundamentos en*  
*Humanidades Universidad Nacional de*  
*San Luis*, Argentina, 24(2), p.103-123.

## ANEXO I: COLABORADORAS Y AGRADECIMIENTOS (ordenado por nombre porque el apellido es patriarcal)

### ILUSTRACIÓN:

**CLAUDIA FUNES** es egresada de la escuela provincial de Bellas Artes. Estudió Artes Plásticas en la Universidad Nacional de Cuyo hasta 2do año. En 1999 dejó de asistir pero no de tener relación con el dibujo y la pintura en los años posteriores. Es ilustradora y amante apasionada del tarot y la astrología. Es la fundadora del espacio holístico Crea Calma (en el año 2018 ) en la ciudad de Mendoza en donde se desarrolla como profesora de arte y tarot pudiendo desarrollar las dos pasiones de su vida en el mismo lugar. Actualmente está desarrollando su propio mazo de tarot con el simbolismo de los arquetipos como guía para ello.

Contacto: Instagram: @claudcfunes e-mail: ccfunesv@hotmail.com

### REVISORAS:

**ANA MARÍA VEGA** es Licenciada en Comunicación Social egresada de la Facultad de Ciencias Políticas de la Universidad Nacional de Cuyo, Especialista en Promoción y Educación para la Salud (Facultad de Educación Elemental y Especial, Uncuyo), Educadora y Orientadora en Sexualidad (CEPAS), Docente e Integrante de la Red Par (Periodistas Argentinas en Red por una Comunicación no Sexista), periodista especializada en temas de salud y calidad de vida y conductora del ciclo radial Todo Salud (desde 1996).

**CONCEPCIÓN JUÁREZ GONZÁLEZ.** Licenciada en Psicología Clínica y Educadora en Sexualidades Humanas, egresada de la Universidad Autónoma de Querétaro. Ha implementado actividades de capacitación, información y sensibilización en temáticas de desarrollo personal, menstruación, adicciones, sexualidades humanas y VIH; mediante el diseño de proyectos, talleres, pláticas y programas educativos. Creadora y colaboradora del proyecto productivo y educativo sobre Educación Menstrual: Ixanil- toallas de tela. Actualmente está creando e impulsando un proyecto comunitario con mujeres para confeccionar toallas menstruales de tela y otros productos ecológicos desde el enfoque de economía solidaria y buen vivir.

Contacto: concepcionjg2020@gmail.com

ROMINA OLGUÍN. Licenciada en Comunicación Social por la Universidad Nacional de Cuyo.

Cuenta con experiencia en educación a distancia y tecnologías educativas. Ha realizado diversos trabajos en radio y medios gráficos en temas de cultura, tecnología y género. Se desempeña profesionalmente en el ámbito de la comunicación institucional y marketing digital a través de estrategias transmedia. Participa activamente en proyectos relacionados a educación popular, economía social e iniciativas autogestivas.

TANIA VALERIA MOLINA CONCHA. Profesora y Licenciada en Letras por la Universidad Nacional del Comahue. Especialista en Escritura y Literatura por el Ministerio de Educación de la Nación. Magíster en Literaturas Contemporáneas en Lengua Inglesa y Doctoranda en Letras por la Universidad Nacional de Cuyo. Docente de nivel medio y terciario en la ciudad de Neuquén. Adscripta *ad honorem* en la cátedra de Literaturas Europeas de la Universidad Nacional del Comahue. Investigadora independiente, especializada en Literatura de India, en particular teatro postcolonial.

## OTRAS COLABORACIONES:

**ECOCOPA:** es una copa menstrual fabricada en Mendoza, Argentina. Son 100% de silicona hipoalergénica, tienen una durabilidad de 10 años, contamos con las certificaciones de la silicona y el proceso de producción. Nuestro emprendimiento nació en el año 2013 y cada día crece gracias a que las usuarias se convierten en revendedoras, llegando a diferentes provincias del país. Nuestros nombres son Paula Ríos y Emiliana Segatore.

**Contacto:** Ecocopa @eco.copaok

## OTROS AGRADECIMIENTOS:

A mi madre Alicia Ester Zabala por impulsarme siempre a seguir mis intuiciones y a todes les personas que en estos años han participado y reflexionado en los talleres Ovotabú.

A Alexandra Asanovna Elbakyan quien fundó el proyecto Sci-Hub, gracias al cual he podido tener acceso gratuito a muchos materiales de revistas científicas que cito en este trabajo.

## DAR Y RECIBIR

Si quieres colaborar económicamente con la producción de este material puedes:

- En Argentina: Enviar dinero con fines personales, no comerciales, a través de mercado pago al e-mail: [ovotabu@gmail.com](mailto:ovotabu@gmail.com)
- También dentro y fuera del país puede colaborar a la cuenta de Pay Pal: [https://paypal.me/ovotabu?locale.x=es\\_XC](https://paypal.me/ovotabu?locale.x=es_XC)

Además puedes compartir el material, seguirme en Instagram: [@ovotabu](https://www.instagram.com/ovotabu) y visitar la página: [www.ovotabu.com](http://www.ovotabu.com)