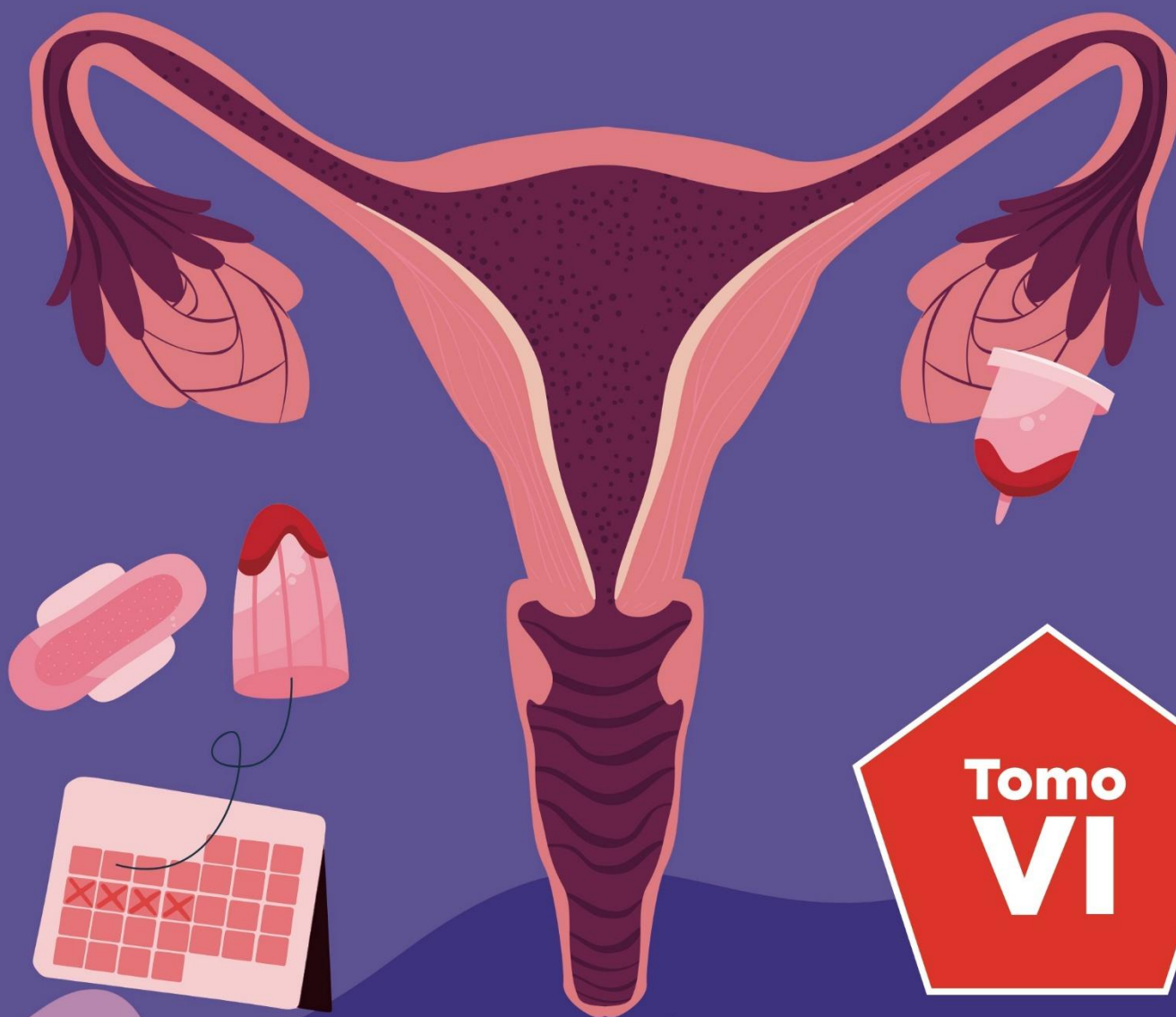


COLECCIÓN CICLO INVISIBLE

Diagnóstico menstruación, discapacidad y derechos humanos

Menstruación y discapacidad psicosocial
Salud mental, estigma y derecho a decidir



**Tomo
VI**



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN



COPRED

COLECCIÓN CICLO INVISIBLE

Diagnóstico Menstruación, discapacidad y derechos humanos

Tomo VI. Menstruación y discapacidad psicosocial *Salud mental, estigma y derecho a decidir*

Clara Marina Brugada Molina
Jefa de Gobierno de la Ciudad de México

César Cravioto Romero
Secretario de Gobierno de la Ciudad de México

Pablo Enrique Yanes Rizo
Secretario de Inclusión y Bienestar Social de la Ciudad de México

Geraldina González de la Vega Hernández
**Presidenta del Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación
de la Ciudad de México**

Colección Ciclo Invisible
Diagnostico Menstruación, discapacidad y derechos humanos
Tomo VI. Menstruación y discapacidad psicosocial
Salud mental, estigma y derecho a decidir

Coordinación

Geraldina González de la Vega Hernández

Revisión de contenidos y corrección de estilo

Berenice Vargas Ibáñez

Elizabeth Diana López Montaña

Autoría

Alma Yereli Rolander Garmendia

Equipo de investigación, sistematización y logística

Maribel Ortega Álvarez

Jessica Feregrino

Adriana García Zárate

Norma Angélica Pérez Alba

Diseño

Jazmín Morales Castelán

2026 CONSEJO PARA PREVENIR Y ELIMINAR LA DISCRIMINACIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Calle Gral. Prim 10, Colonia Centro, Cuauhtémoc, 06010, CDMX

Primera edición: Julio 2026

Derechos de autor: Se permite la reproducción, total o parcial por razones educativas o sin ánimo de lucro, de esta publicación sin la autorización especial del portador de los derechos de autor, siempre y cuando la fuente sea citada. El COPRED agradece recibir una copia de cualquier publicación que utilice este documento de consulta como fuente, No se permite en absoluto hacer uso de esta publicación con fines comerciales o de lucro.

Agradecimiento

Este diagnóstico no habría sido posible sin la generosa participación de las mujeres y adolescentes con discapacidad que compartieron sus vivencias, saberes y emociones en los grupos focales y entrevistas. Su palabra constituye el corazón de este trabajo. A cada una de ellas, nuestro más profundo reconocimiento por su valentía y por sostener una lucha cotidiana por la dignidad, el acceso y el derecho a una menstruación justa.

Índice

Presentación	7
I. Cómo se construyó este tomo	8
II. Hallazgos de la gestión menstrual en mujeres con discapacidad intelectual	10
1) Educación Menstrual Integral (Conocimientos y habilidades)	11
2) Productos e insumos para la gestión menstrual	17
3) Instalaciones y Servicios	24
4) Apoyo social	25
III. Conclusiones y Recomendaciones	32

Presentación

Las mujeres con discapacidad psicosocial han sido históricamente excluidas de los debates, estudios y políticas públicas sobre gestión menstrual. Esta ausencia no es casual: responde a un modelo de atención que fragmenta la salud, prioriza el abordaje psiquiátrico por encima del bienestar integral y **omite de manera sistemática la educación menstrual y el acceso a información clara, accesible y oportuna**. La falta de conocimiento sobre el propio cuerpo, el ciclo menstrual y los efectos de los tratamientos psiquiátricos profundiza la desinformación, la dependencia y la vulnerabilidad.

Este tomo de la colección *Ciclo Invisible* busca contribuir a revertir esa omisión, visibilizando las experiencias menstruales de **once mujeres con discapacidad psicosocial** desde una perspectiva de derechos humanos. A partir de entrevistas en profundidad, el estudio recupera narrativas que permiten comprender cómo la menstruación se vive en contextos atravesados por el uso prolongado de psicofármacos, la ausencia de educación menstrual integral, la escasa articulación entre los servicios de salud mental y ginecológicos, y la persistencia de prácticas que limitan la autonomía y el consentimiento informado.

Más que describir síntomas o barreras aisladas, este tomo pone en evidencia cómo la **falta de información y educación menstrual** se traduce en alteraciones del ciclo no comprendidas, dolor no atendido y transiciones hormonales vividas en soledad, reforzando modelos de atención que no reconocen a las mujeres con discapacidad psicosocial como sujetas de derechos sexuales y reproductivos.

Con este trabajo, se busca aportar evidencia cualitativa para que la gestión menstrual sea reconocida como un componente indispensable de la atención en salud mental, y para que las políticas públicas incorporen de manera explícita la educación menstrual accesible, la información oportuna y la coordinación intersectorial como condiciones básicas para garantizar la autonomía, la salud y la dignidad, en consonancia con los estándares establecidos por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

I. Cómo se desarrolló este apartado

Este apartado se construyó a partir de un enfoque cualitativo basado en entrevistas en profundidad realizadas a once mujeres con discapacidad psicosocial, residentes de la Ciudad de México, con edades comprendidas entre los 24 y 55 años. La elección de la entrevista como técnica principal respondió a la necesidad de acceder a relatos extensos y situados que permitieran comprender la experiencia menstrual no como un evento aislado, sino como un proceso atravesado por trayectorias de vida, prácticas médicas, relaciones de cuidado y contextos institucionales.

A través de las entrevistas, se exploraron aspectos relacionados con el historial menstrual, las alteraciones del ciclo, las prácticas de gestión del sangrado, el uso prolongado de psicofármacos, el acceso a información y educación menstrual, la relación con los servicios de salud mental y ginecológicos, así como las percepciones de estigma, autonomía y consentimiento informado. Este abordaje permitió identificar no solo barreras concretas, sino también los efectos acumulativos de la desinformación, la fragmentación de los servicios y la medicalización en la vivencia del cuerpo menstrual.

El análisis de la información se organizó a partir de **cuatro ejes analíticos**, que estructuran la lectura de los hallazgos a lo largo del tomo:

En primer lugar, desde el eje de **educación menstrual**, se examinó la persistencia de una ausencia de información clara, accesible y oportuna sobre el ciclo menstrual, los efectos de los tratamientos psiquiátricos y las transiciones hormonales. Las entrevistas permitieron identificar cómo esta falta de educación menstrual limita la comprensión del propio cuerpo, dificulta la toma de decisiones informadas y refuerza la dependencia de terceros en la gestión menstrual.

En segundo lugar, el eje de **productos e insumos para la gestión menstrual** permitió analizar las dificultades para acceder a opciones adecuadas y diversas, así como la falta de acompañamiento para elegir productos compatibles con las necesidades corporales y sensoriales de las mujeres con discapacidad psicosocial. Este eje visibiliza cómo la escasez de alternativas y de información adecuada impacta directamente en la autonomía, el bienestar emocional y la posibilidad de gestionar la menstruación de manera digna.

En tercer lugar, a partir del eje de **instalaciones y servicios**, se identificaron barreras derivadas de la fragmentación entre los servicios de salud mental y los servicios de salud

sexual y reproductiva. Las entrevistas evidenciaron la ausencia de rutas integrales de atención que consideren de manera conjunta la salud mental, hormonal y menstrual, así como la falta de seguimiento oportuno ante alteraciones del ciclo, dolor menstrual o efectos secundarios de la medicación psiquiátrica.

Finalmente, el eje de **ayudas y apoyos para la gestión menstrual** permitió analizar las redes de acompañamiento, las relaciones de cuidado y las dinámicas de dependencia o autonomía que influyen en la experiencia menstrual. Este eje puso en evidencia cómo, ante la falta de respuestas institucionales, muchas mujeres desarrollan estrategias individuales o dependen de apoyos informales para gestionar su menstruación, lo que refuerza desigualdades y limita el ejercicio pleno de la autodeterminación.

De manera transversal, este capítulo incorpora un enfoque interseccional y de derechos humanos que reconoce cómo la discapacidad psicosocial, el género, la edad y las condiciones socioeconómicas se entrelazan para producir formas específicas de exclusión menstrual. Asimismo, el análisis permitió identificar prácticas que constituyen violaciones graves a los derechos humanos, las cuales se desarrollan en un apartado específico del tomo, a fin de no diluir su gravedad dentro de los ejes analíticos.

En conjunto, este apartado establece las bases metodológicas y analíticas del tomo, situando la gestión menstrual como un eje central para comprender las brechas existentes en la atención en salud mental y la urgencia de avanzar hacia políticas públicas intersectoriales, accesibles y centradas en la autonomía y la dignidad de las mujeres con discapacidad psicosocial

Este tomo no habría sido posible sin la participación generosa de las mujeres con discapacidad psicosocial que compartieron, a través de las entrevistas, sus experiencias, reflexiones y trayectorias en torno a la gestión menstrual. Sus voces permitieron visibilizar realidades históricamente ignoradas por la investigación, los servicios de salud y las políticas públicas, y aportaron conocimientos fundamentales para comprender la intersección entre salud mental, menstruación y derechos humanos. Asimismo, reconocemos el trabajo y la incidencia de activistas y colectivas del movimiento de personas con discapacidad psicosocial, cuya lucha constante contra el estigma, la medicalización y la exclusión ha sido clave para abrir estos debates y sostener la exigencia de que ninguna política pública se construya sin la participación activa de quienes viven estas realidades.

II. Hallazgos de la gestión menstrual en mujeres con discapacidad psicosocial

Las mujeres con discapacidad psicosocial casi nunca aparecen en los estudios sobre gestión menstrual y sin embargo, muchos medicamentos psiquiátricos pueden afectar su ciclo: por ejemplo, algunos antipsicóticos suben la prolactina y provocan ausencia de la menstruación, el valproato puede causar síntomas parecidos al síndrome de ovario poliquístico y muchas reportaron menopausias prematuras. Aun así, estas alteraciones casi no se anotan en las historias clínicas ni se tratan de forma adecuada. Además, los servicios de salud mental suelen trabajar de forma aislada: casi no existen puentes ni coordinación con áreas como ginecología, por lo que las usuarias no reciben una atención integral. Todo esto limita su derecho a una salud sexual y reproductiva, tal como lo marca la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Este estudio cualitativo se centra en once mujeres con discapacidad psicosocial, con edades entre los 24 y 55 años que viven en la Ciudad de México. Para comprender a fondo sus experiencias, aplicamos entrevistas, diarios personales y cuestionarios que abarcan: datos sociodemográficos, historial menstrual, prácticas de gestión menstrual, barreras y apoyos, coordinación con otros servicios de salud, conocimiento y derechos, percepción de estigma y autonomía.

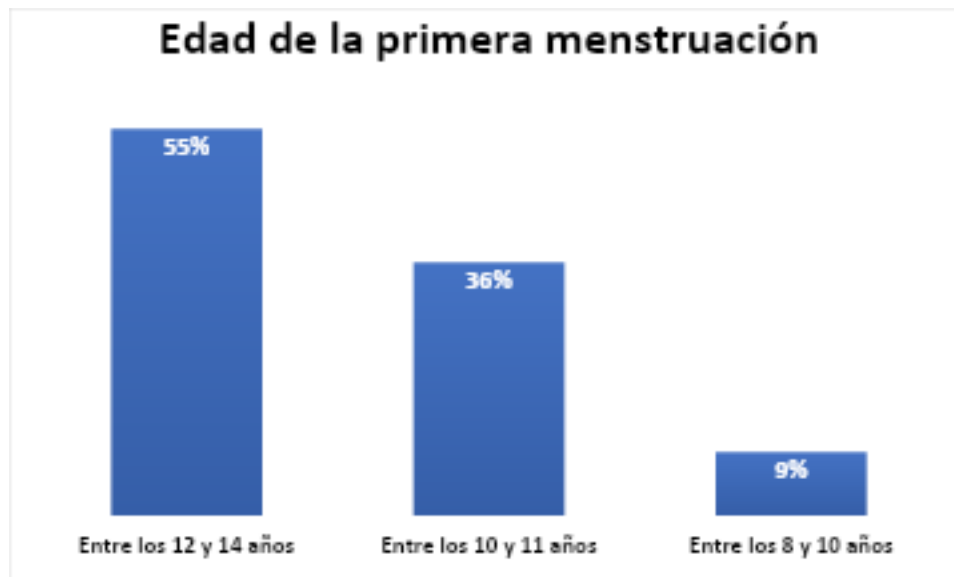
Con los resultados buscamos colocar la gestión menstrual en el corazón de la atención psiquiátrica: registrar y vigilar el ciclo de manera rutinaria, crear canales formales de coordinación con ginecología y endocrinología, generar materiales educativos accesibles y situar a las propias usuarias en el centro de las decisiones terapéuticas.

En síntesis, este estudio visibiliza una realidad poco explorada y ofrece evidencia práctica para que la gestión menstrual deje de ser un problema invisible y se reconozca como un derecho fundamental, respaldado por una atención intersectorial, integral y libre de estigma.

1) Educación Menstrual Integral (Conocimientos y habilidades)

Primera Experiencia Menstrual

El 55% de las participantes reportó haber comenzado a menstruar entre los 12 y 14 años, mientras que el 36% lo hizo entre los 10 y 11 años. Un 9% inició su menstruación entre los 8 y 10 años. A partir de estos datos, se estimó que la edad promedio de la primera menstruación fue de aproximadamente **11.7 años**.



Falta de información previa

64 % de las participantes relataron que, cuando comenzó su primer sangrado, no tenían idea de lo que era la menstruación: el suceso las tomó por sorpresa y carecían de referencias previas sobre los cambios que experimentarían. En contraste, poco más de una tercera parte 36% sí había recibido alguna explicación sobre la menstruación en la mayoría de los casos transmitida por sus madres, lo que les permitió llegar a la menarquia con cierta preparación y menor desconcierto.



Es importante señalar que, incluso entre quienes recibieron información previa sobre la menstruación, esta no siempre fue adecuada, precisa y oportuna. Esto evidencia que la mera existencia de "contenido" no garantiza comprensión ni bienestar. En los casos en que la información fue accesible, adaptada y brindada en un entorno libre de juicios, como ocurrió con una de las participantes, se favoreció la autonomía y una vivencia menstrual digna.

"Mi mamá me explicó, me preparó y me compró libros, reforzó lo que aprendí en la escuela. La primera vez que menstrué estaba en mi casa, me sentí feliz y lo celebré."

En contraste, cuando la información se transmitió de forma fragmentada o bajo un tono de reproche, se reforzaron el estigma y la dependencia. Esta fue la experiencia predominante entre la mayoría de las participantes que sí recibieron algún tipo de orientación.

"Me sentí triste y sucia"

"Me dijeron que ya era señorita y me podía embarazar, eso me asustó."

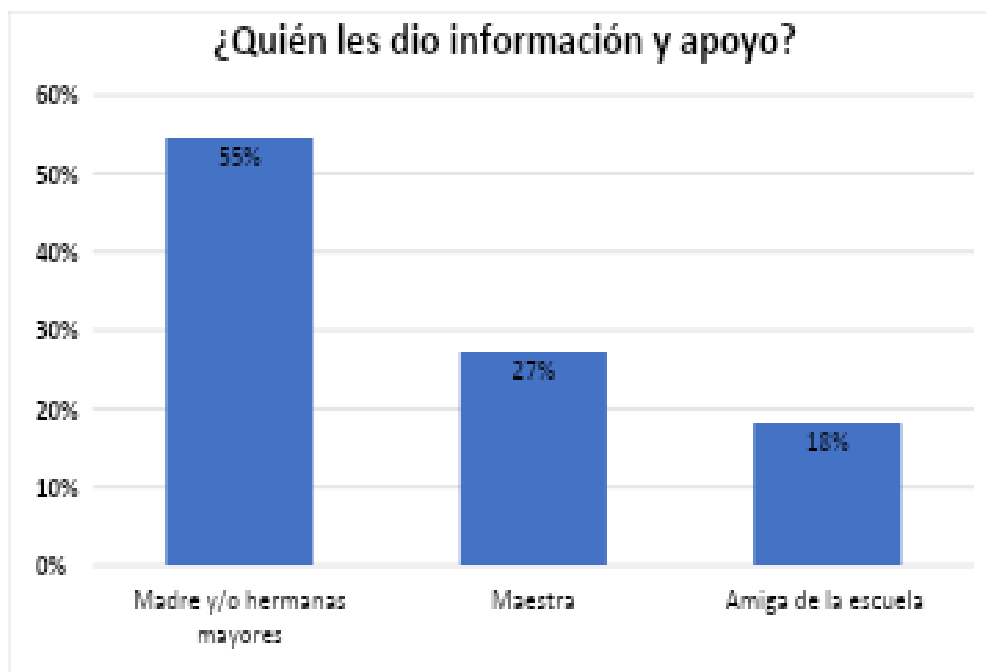
Este contraste pone en evidencia la urgencia de implementar políticas de educación integral en sexualidad que consideren la intersección entre discapacidad psicosocial, necesidades sensoriales y redes de apoyo familiar, para que todas las mujeres puedan ejercer su derecho a comprender y gestionar su salud menstrual en condiciones de igualdad.

Conocimiento del término "menarquia"

La mayoría de las participantes, el 91%, desconocía el término “**menarquia**”; fue necesario detener la conversación para explicarles que se refiere a la primera menstruación. Sólo un 9 % lo reconoció de antemano, ya fuera porque lo había escuchado, lo había leído en internet o porque lo aprendió a partir de sus propias experiencias. Este hallazgo evidencia la brecha terminológica que persiste en la educación sexual: conceptos básicos siguen sin llegar a las mujeres con discapacidad, lo que limita su derecho a comprender y gestionar plenamente su salud menstrual.

Persona con la que buscaron información y apoyo

Al vivir su primera menstruación, el **55%** de las participantes buscó información y apoyo en sus madres, convirtiéndolas en la figura de referencia más común. Un **27.3%** recurrió a sus maestras, mientras que el **18%** acudió a sus amigas. Estos datos evidencian la centralidad del entorno cercano e inmediato en la experiencia menstrual inicial, así como la importancia de contar con personas adultas o pares disponibles, accesibles y sin juicios para acompañar este momento.



La primera confidente fue la madre, lo que resalta el papel central de la figura materna ya sea como sostén informado y afectivo o como autoridad que mezcla apoyo práctico con estigma.

Gestión Menstrual Reciente

La educación menstrual para mujeres con discapacidad psicosocial no puede limitarse al inicio del ciclo; debe ser, ante todo, una herramienta de alerta sobre la **obsolescencia hormonal acelerada** que imponen los tratamientos prolongados. Entender el propio cuerpo implica reconocer que la salud menstrual es un indicador del bienestar general que, en este grupo poblacional, se ve alterado por el uso de fármacos y el estrés crónico.



Los datos de este estudio son reveladores, solo **46%** de las participantes seguía menstruando con regularidad; el resto ya transitaba cambios hormonales acelerados: **27%** se encontraba en perimenopausia adelantada y otro **27%** había llegado a una menopausia prematura. Dado que en México la menopausia suele presentarse hacia los 49-50 años¹, con un promedio reportado entre 47.9 y 50.08 años², detectar estos procesos en mujeres de edad promedio de 42 años implica un adelanto de siete a diez años sobre lo esperado.

¹ Legorreta, D., Pérez-Ruiz, C., Malacara, JM., & Morales, JL. (2012). Age at menopause, motives for consultation and symptoms reported by 40-59-year-old Mexican women. *Climacteric*, 15(5), 454–460. <https://doi.org/10.3109/13697137.2012.696288>

² Ortiz-Luna, Guillermo F, Arellano-Eguiluz, Arturo, Sánchez-Ceballos, Alicia, Salazar-Jiménez, Cinthya, Escobar-Del Barco, Laura G., & Zavala-García, Abraham. (2020). Descripción demográfica, bioquímica y sintomática según los estadios reproductivos STRAW+10 en mujeres mexicanas en la peri y posmenopausia. *Ginecología y obstetricia de México*, 88(1), 29-40. Epub 30 de agosto de 2021. <https://doi.org/10.24245/gom.v88i1.3282>

Según los consensos clínicos actuales de la International Menopause Society (IMS)³, se habla de menopausia precoz (o fallo ovárico prematuro) cuando el cese del sangrado ocurre antes de los 40 años y de menopausia temprana si aparece entre los 40 y 44 años. Más de la mitad de la muestra encaja en alguno de estos dos escenarios. Todas las mujeres afectadas llevan más de una década con antipsicóticos, estabilizadores del ánimo o anticonvulsivos, fármacos que pueden alterar los ciclos menstruales, elevar la prolactina (especialmente los antipsicóticos) y acelerar la pérdida de función ovárica⁴, además estas mujeres acumulan antecedentes de estrés crónico y controles ginecológicos irregulares.

A pesar de la gravedad de estos efectos, ninguna de las participantes recibió información clara ni oportuna sobre cómo su tratamiento psiquiátrico impactaría su reserva ovárica o aceleraría su transición hacia la menopausia. Este silencio informativo constituye una barrera de acceso a la salud, pues les impide identificar cambios en sus cuerpos o buscar alternativas preventivas de manera temprana.

Este panorama plantea desafíos inmediatos. Primero, más de la mitad del grupo presenta transiciones hormonales adelantadas, lo que incrementa el riesgo de osteoporosis, enfermedad cardiovascular y, según investigaciones, mayor vulnerabilidad cerebral ante patologías neurodegenerativas⁵. Esto exige un abordaje interdisciplinario que incluya por lo menos:

- Monitoreo hormonal semestral dentro de la consulta psiquiátrica.
- Derivación ginecológica temprana y evaluación de terapia hormonal sustitutiva en la “ventana de oportunidad”.

Solo con estas medidas, adaptadas a mujeres con discapacidad psicosocial y trayectorias corporales no normativas, será posible reducir los impactos físicos y emocionales de una menopausia que llega demasiado pronto.

³ Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). (2017). *Guía de Práctica Clínica sobre el abordaje de síntomas vasomotores y vaginales asociados a la menopausia y a la postmenopausia*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. https://www.aetsa.org/download/publicaciones/AETSA_GPC-Menopausia_VResumida_DEF.pdf

⁴ Bobes, J., A. Ciudad, E. Álvarez, y J. A. Sacristán. "Efectos endocrinos de los antipsicóticos de segunda generación: revisión sistemática." *Actas Españolas de Psiquiatría* 39, no. 4 (2011): 247-259. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352011000400002>.

⁵ Shuster, L. T., Rhodes, D. J., Gostout, B. S., Grossardt, B. R., & Rocca, W. A. (2010). Premature menopause or early menopause: long-term health consequences. *Maturitas*, 65(2), 161–166. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.08.003>

Preparación y Registro del Ciclo Menstrual

La gestión del ciclo menstrual entre las mujeres encuestadas muestra una variedad de estrategias que reflejan tanto decisiones personales como condiciones contextuales. El 36% utiliza un calendario en papel, lo que permite organizar actividades cotidianas en función de los cambios del ciclo. Un 10% prefiere herramientas digitales, como **aplicaciones móviles**, que ofrecen recordatorios y seguimiento automático. Por su parte, el 27% recurre a notas mentales o a la memoria como forma de control personal, una estrategia que puede resultar útil, aunque no siempre sostenible, especialmente cuando el estado emocional o el contexto cotidiano imponen fluctuaciones que dificultan sostener rutinas consistentes.

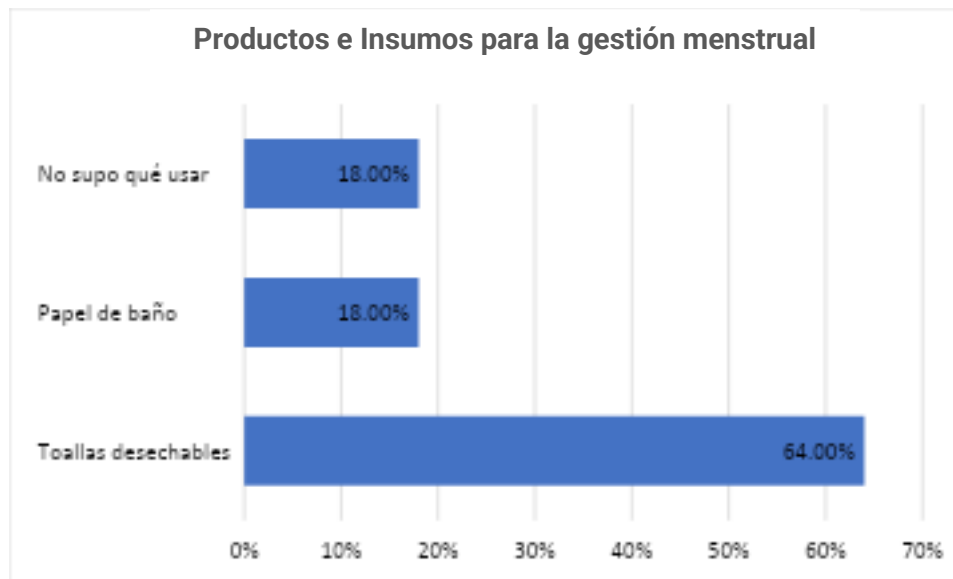
Un 27% de las participantes no lleva ningún tipo de registro, situación que no necesariamente responde a una falta de interés, sino que suele estar atravesada por ciclos irregulares, experiencias de ansiedad o desorganización relacionadas con condiciones psicosociales. Para estas mujeres, el ciclo menstrual se experimenta “sobre la marcha”, sin apoyos concretos para anticiparse o prepararse, lo que incrementa la carga física y emocional durante esos días.

Desde una perspectiva de género y derechos humanos, estos datos evidencian la necesidad de entender la gestión menstrual no solo como una práctica privada, sino como un derecho que debe garantizarse en condiciones de equidad.



2) Productos e insumos para la gestión menstrual

El 64% de las participantes usó toallas desechables como primer insumo menstrual. Un 18% recurrió al papel de baño, mientras que otro 18% no supo qué usar ante la falta de orientación o recursos. Estos datos reflejan desigualdades en el acceso a productos menstruales adecuados y la necesidad de educación y acompañamiento desde el primer momento.



La gráfica visibiliza dos trayectorias claramente diferenciadas que dependen, ante todo, del momento y el tono en que se recibe la primera explicación sobre la menstruación. El 64% de las participantes siguió la ruta anticipada: alguien, casi siempre la madre o una maestra, habló del sangrado antes de que ocurriera, mostró la toalla desechable y normalizó su uso.

Una de las voces del estudio lo sintetiza así:

“Mi mamá me preparó, ya conocía las toallas... Era lo más fácil para mí”.

Cuando la información llega a tiempo, la menarquia se vive con curiosidad en lugar de ansiedad y el manejo de la higiene menstrual se incorpora sin fricciones a la vida cotidiana.

El 36% restante, resultado de sumar a quienes improvisaron con papel higiénico (**18%**) y a quienes ni siquiera sabían qué utilizar (**18%**), siguió la ruta reactiva. En estos casos la

conversación sobre el sangrado se pospuso o se evitó: el primer flujo apareció como una emergencia vergonzante.

Así lo describe otra participante: *“Una compañera me dijo te manchaste y me acompañó al baño... Mi mamá me dijo que me pusiera la toalla y ya”*.

Otros insumos como el papel sirven como recurso de urgencia, pero expone a la persona a fugas, infecciones y burlas. Incluso cuando más tarde aprende la técnica correcta, la higiene menstrual queda asociada a desagrado sensorial y dependencia de terceros.

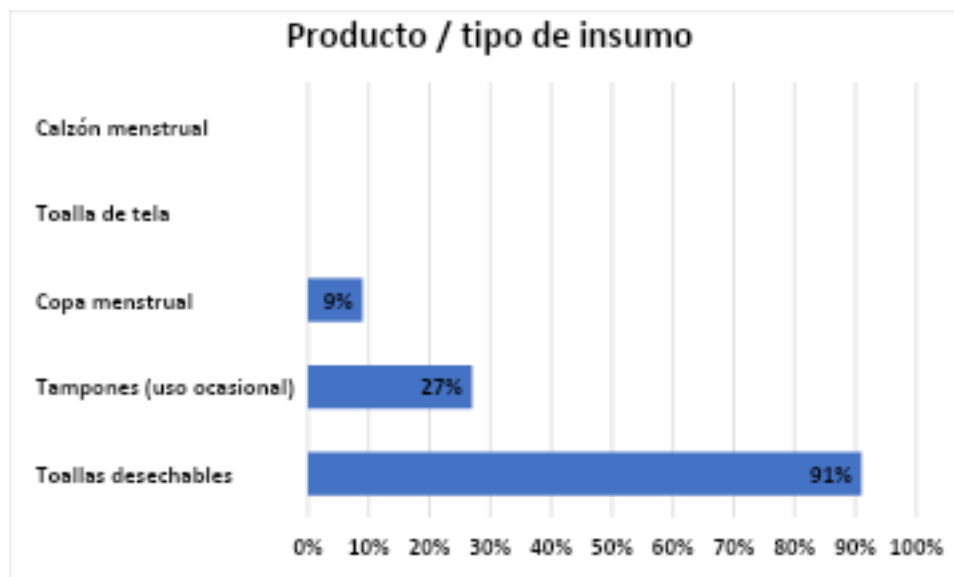
“Me manché en la escuela, todos se burlaron, solo me puse papel de baño”.

Incluso el objeto puede ser el mismo, pero la experiencia es radicalmente distinta. La preparación temprana transforma la toalla en un recurso sencillo y confiable; la explicación tardía convierte incluso el insumo adecuado en un recordatorio de carencia y estigma.

La gráfica, por lo tanto, no solo refleja qué producto se utilizó primero: revela la presencia o ausencia de redes de información y apoyo, y subraya la responsabilidad de garantizar que todas las niñas y mujeres —con y sin discapacidad— lleguen a la menarquia sabiendo cómo y con qué cuidarse.

Elección y uso de Productos Menstruales

En el grupo de participantes con discapacidad psicosocial, 91% utiliza toallas desechables como insumo principal y apenas 9% ha probado la copa menstrual. Del total de participantes, comentaron que el 27% ha recurrido a tampones de forma ocasional casi siempre para nadar o hacer deporte. Nadie incorpora de manera sostenida la toalla de tela: en algunos casos tras un único intento, fue descartada por la sensación persistente de humedad. Respecto a los tampones, en palabras de una usuaria, resultaron “un desastre” por la incomodidad sensorial, y la copa o el calzón menstrual siguen en la categoría de “conocidos, pero no confiables” para la gran mayoría por temor a fugas, dudas de manipulación o falta de acompañamiento.



Factores que limitan la autonomía menstrual

- Información poco clara: La información existente sobre los productos menstruales suelen usar palabras técnicas o muy largas. Si la explicación no se da en lenguaje sencillo, con dibujos o pasos concretos.
- Orientación profesional limitada: En los servicios de salud casi nunca explican cómo elegir la talla de copa, qué tipo de calzón menstrual o toalla de tela seleccionar, cómo lavarlas, sus beneficios o desventajas en su uso. Tampoco preguntan si algún olor o textura resulta incómodo para la usuaria. Incluso el personal sanitario desaconseja productos intravaginales alegando “riesgo de mala inserción” o “falta de comprensión” de las mujeres con discapacidad psicosocial, (como compartió una de las participantes).
- Falta de acompañamiento respetuoso: Para ellas probar un producto nuevo requiere confianza y privacidad. Sin embargo, familiares, amistades o cuidadores rara vez acompañan este proceso, no ayudan a practicar la inserción de la copa, ni dan tiempo para experimentar otros productos sin presión.
- Estigma que reduce opciones: Con frecuencia se desanima a las mujeres con discapacidad psicosocial a probar copas, tampones o calzones absorbentes con frases como “no los vas a poder limpiar” o “podrías lastimarte”. Como compartió una participante:

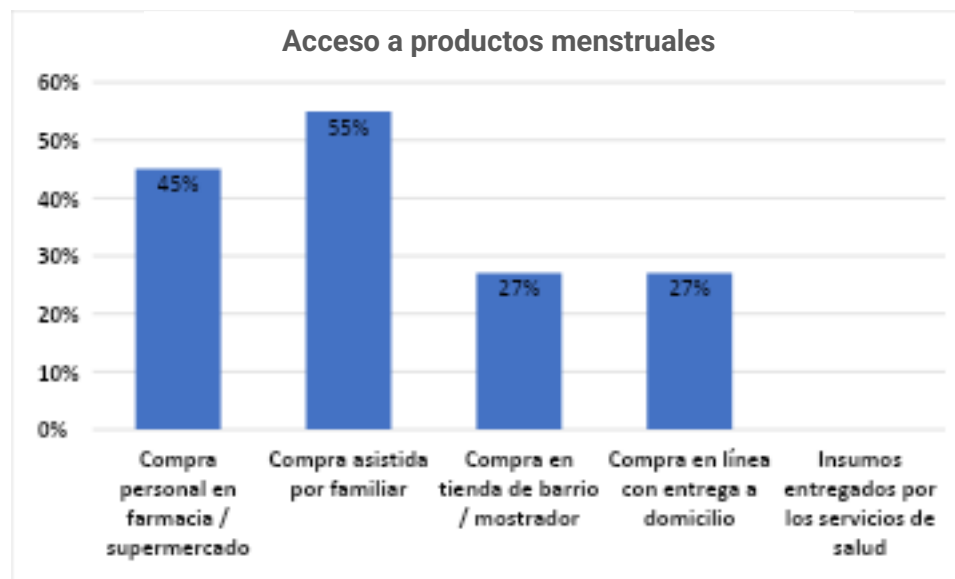
Mi mamá y mi tía me dijeron que, con mi epilepsia y la depresión, temen que pierda la copa o no pueda esterilizarla bien; por eso me pidieron que siguiera usando toallas desechables. Estos mensajes refuerzan la idea de que las toallas desechables son las únicas seguras y limitan la libertad de elegir el insumo que mejor se adapte a cada cuerpo y presupuesto.

Acceso a productos menstruales

Casi la mitad del grupo (45%), adquiere sus insumos menstruales de manera directa en farmacias o supermercados. En espacios de supermercado las luces, música, sonidos del espacio entre otros factores como demasiadas personas, son una sobrecarga sensorial que no les permite tomar suficiente tiempo para analizar y decidir cuál es el mejor producto para ellas.

Un porcentaje aún mayor, **55%** optó por delegar la compra a una persona de confianza, normalmente una madre, hermana o pareja. Esta vía asistida reduce la ansiedad de exponerse a entornos ruidosos o muy concurridos, pero también implica ceder parte del control sobre la elección de toallas desechables dentro de una amplia gama de posibilidades: sin perfume, de mayor absorción o adaptadas a la sensibilidad táctil, con o sin alas, de día o nocturnas, etc.

La tienda de la colonia funciona como recurso alternativo para **27%** de las mujeres: ofrece cercanía, pero la interacción cara a cara con el dependiente y la limitada variedad de insumos generan incomodidad. Otra proporción idéntica **27%** ha recurrido a plataformas en línea. Aunque la compra digital minimiza la exposición social, los costos de envío y la necesidad de un método de pago electrónico restringen su uso generalizado.

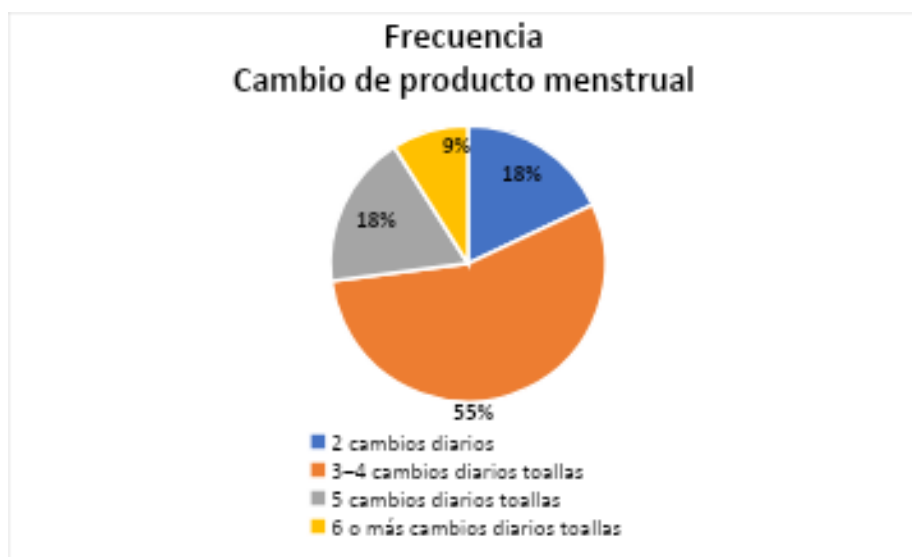


En conjunto, estos datos muestran que la farmacia o el supermercado sigue siendo el canal predominante, pero la mayoría combina al menos dos vías de abastecimiento para sortear barreras sensoriales, económicas o de accesibilidad. Mejorar la autonomía de este grupo supone intervenir en cada eslabón: horarios tranquilos y señalética accesible en tiendas, kits disponibles en servicios de salud mental y opciones de entrega a domicilio con costos subsidiados.

Frecuencia en el cambio de producto menstrual

Del total de mujeres que usan toalla desechable poco más de la mitad **55%** cambia su producto menstrual entre tres y cuatro veces al día, una frecuencia que se alinea con el flujo medio y la capacidad de absorción de una toalla estándar. Un **18%** realiza solo dos recambios diarios, generalmente en días de sangrado ligero o cuando el acceso a un baño accesible es limitado.

En el extremo opuesto, otro **18%** necesita cinco cambios para evitar la sensación persistente de humedad o contener un flujo más abundante, mientras que el **9%** restante supera los seis cambios al día, motivado por hemorragias intensas y una hipersensibilidad táctil que hace intolerable el contacto prolongado con la toalla húmeda. La frecuencia, por tanto, oscila sobre todo entre tres y cinco cambios, modulada tanto por la cantidad de sangrado como por la necesidad de mitigar la sobrecarga sensorial que provocan el olor, la textura y la temperatura del fluido.



Cabe resaltar que las que usan copa menstrual señalaron que tienen que limpiar la copa y ponerla nuevamente 2 a 3 veces al día en promedio.

Quienes recurren ocasionalmente a tampones explican que los utilizan casi exclusivamente para nadar: se los colocan antes de entrar al agua y los descartan inmediatamente después, por lo que no realizan recambios adicionales durante el día.

Productos e insumos para la gestión menstrual y el Impacto de la hipersensibilidad sensorial

La gestión menstrual, cuando se vive con hipersensibilidad sensorial, se transforma en un recorrido de obstáculos invisibles que, sin embargo, condicionan cada decisión y cada movimiento. Para algunas participantes, colocar o cambiar una toalla no es solo un acto rutinario: implica enfrentarse a texturas pegajosas, ruidos de empaques que crujen en espacios silenciosos, olores artificiales que saturan el olfato y la sensación húmeda de la sangre que entra en contacto con la piel. Una participante que vive con autismo lo resume así:

Antes de que me baje ya estoy nerviosa. El sonido del plástico de la toalla me retumba en la cabeza y el olor del perfume me mareo. Prefiero cambiarme en casa porque en la escuela sé que voy a desregularme.

Esa anticipación ansiosa no surge de la “fragilidad”, sino de un sistema nervioso que procesa cada estímulo con una intensidad amplificada. En su caso, la toalla nocturna extra larga no es solo una elección de absorción, sino una estrategia para reducir la cantidad de cambios y, con ello, la exposición a desencadenantes sensoriales.

Otra participante, diagnosticada con trastorno obsesivo-compulsivo centrado en la limpieza, relata que puede pasar media hora en el baño tratando de “colocar la toalla perfecta” y lavándose las manos en cada paso del proceso. El problema no es la falta de autonomía, sino la presión interna de cumplir con un ritual de asepsia que calme la ansiedad. A veces renuncia a asistir a eventos sociales si coincide con su menstruación, porque teme no encontrar un baño que le permita seguir su secuencia de limpieza sin interrupciones.

Quienes han intentado productos alternativos se enfrentan a barreras distintas. La copa menstrual despierta interés por ser reutilizable y discreta, pero genera miedo por la inserción, a no poder extraerla con rapidez durante una crisis de pánico o a no tener un lavabo accesible donde esterilizarla sin que otras personas juzguen.

El calzón menstrual suena prometedor para algunas participantes, aunque su precio alto y la incertidumbre sobre si controlará el sangrado abundante desalienta su adopción. Al final, la toalla desechable se sostiene como opción “menos mala”: no porque sea ideal, sino porque es la más conocida, socialmente aceptada y la que requiere menos explicación al entorno.

Todo esto ocurre en paralelo a un discurso que todavía infantiliza o invalida la capacidad de las mujeres con discapacidad psicosocial para decidir sobre sus cuerpos. Comentarios como “mejor sigue con la toalla, no sea que pierdas la copa” trasladan la responsabilidad de la autonomía a un supuesto riesgo, en vez de ofrecer acompañamiento adecuado. La consecuencia es un círculo que refuerza la dependencia: el entorno teme que la persona no pueda gestionar un insumo reutilizable y, al negar la oportunidad de intentarlo con apoyo, confirma su propia profecía.

Para romper ese ciclo, es crucial incorporar estrategias de accesibilidad sensorial y apoyo emocional: demostraciones prácticas con acompañantes de confianza, empaques libres de perfume y ruidos fuertes, baños equipados con recipientes herméticos y agua corriente, y materiales educativos que validen la exploración corporal sin juicios. Solo así la gestión menstrual dejará de ser una fuente cotidiana de estrés y pasará a ser, como debería, un aspecto más del autocuidado, vivido con dignidad y autonomía.

Para muchas mujeres con discapacidad psicosocial, la gestión menstrual no solo exige organización práctica; supone atravesar una auténtica tormenta sensorial. El olor de la sangre, por ejemplo, puede convertirse en detonante de náusea o ansiedad. El perfume añadido, lejos de “disimular”, potencia el estímulo olfativo y lo hace casi insoportable en baños poco ventilados.

“El olor me revuelve el estómago”, explica una participante con hipersensibilidad olfativa. “Si la toalla lleva perfume, el aroma se mezcla con la sangre y se vuelve todavía más intenso; a veces tengo que taparme la nariz mientras me cambio para no desregularme”.

La dimensión táctil tampoco pasa desapercibida. Varias participantes describen la sangre como “espesa” o “pegajosa”, una viscosidad que se siente diferente al deslizar la toalla mojada sobre la piel:

Me incomoda la textura viscosa, cuando veo que la toalla resbala un poco con la sangre espesa, me da asco y quiero cambiarla de inmediato, pero si el baño no tiene bote con tapa me paraliza.

La combinación de olor fuerte y sensación pegajosa hace que los recambios frecuentes (tres a cinco veces al día) sean una estrategia de supervivencia sensorial más que una cuestión de higiene. Sin embargo, la falta de baños accesibles y recipientes herméticos incrementa el estrés: cada minuto extra dentro del cubículo es una exposición innecesaria a estímulos que el sistema nervioso procesa de forma amplificada.

Se requiere material educativo que valide la experiencia sensorial, ofreciendo trucos como llevar un pañuelo con esencia neutra para neutralizar olores, usar guantes finos si la textura provoca aversión o emplear toallas de alta absorción que solidifiquen mejor el flujo. Reconocer el olor metálico, la viscosidad de la sangre y la textura del gel absorbente como barreras reales, y no como “manías”, es un paso indispensable hacia una gestión menstrual verdaderamente accesible, digna y autónoma para mujeres con sensibilidad sensorial aumentada.

3) Instalaciones y Servicios

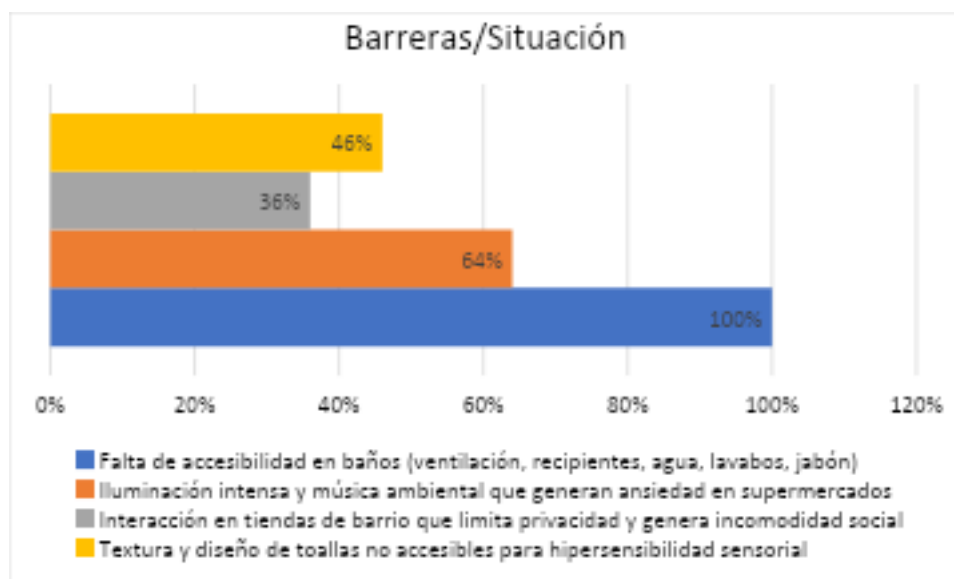
Accesibilidad en la Gestión Menstrual

En un análisis sobre la accesibilidad menstrual para mujeres con discapacidad psicosocial, se identificaron tres frentes principales que limitan su autonomía.

1. El 100% de las participantes reportaron que los baños carecen de condiciones adecuadas, como ventilación, recipientes herméticos para desechar los productos, falta de agua, ausencia de lavabos dentro del baño y falta de jabón. Estas carencias dificultan una gestión menstrual digna y segura, además de incrementar la ansiedad, especialmente para quienes viven con trastornos obsesivo-compulsivos (TOC) o hipersensibilidades relacionadas, al no poder mantener las rutinas de higiene que necesitan.
2. El ambiente de compra representa un desafío considerable. El 64% de las mujeres señalaron que la iluminación intensa y la música ambiental en supermercados les generan ansiedad, lo que las lleva a elegir la primera toalla “neutral” que encuentran o a delegar la compra a un familiar. Esta situación afecta directamente su privacidad y autonomía. Además, el 36% refirieron que la interacción directa en tiendas de barrio limita su privacidad y las coloca en una posición de incomodidad social, dificultando aún más el acceso independiente a productos menstruales.

3. En cuanto a los productos, el 46% de las participantes destacaron que la textura y el diseño de las toallas no están pensados para personas con hipersensibilidad sensorial, lo que representa una barrera adicional para su uso cómodo y efectivo.

Estos datos evidencian cómo la infraestructura, los productos y los circuitos de compra, lejos de ser aspectos neutrales, están condicionados por múltiples barreras que afectan la autonomía menstrual de mujeres con discapacidad psicosocial, elementos que con frecuencia pasan desapercibidos en los entornos cotidianos.



Nota: Los porcentajes no suman 100% porque cada barrera fue señalada de forma independiente por las participantes; es decir, una misma mujer pudo identificar varias dificultades a la vez.

4) Apoyo social

En la muestra estudiada, la gestión menstrual se lleva a cabo con el apoyo de figuras cercanas, reflejando una autonomía parcial atravesada por barreras sensoriales, emocionales y sociales. Más de la mitad de las participantes 55% recibe acompañamiento directo de una cuidadora familiar, principalmente la madre, mientras que un 18% se apoya en su pareja para cubrir aspectos como la compra. Un porcentaje menor se apoya en hermanas 9%, y solo un 9% no requiere ayuda externa, lo cual representa una excepción dentro de una tendencia generalizada de apoyo relacional.

Este respaldo suele activarse ante experiencias vinculadas a la discapacidad psicosocial, como el agotamiento, la ansiedad, las dificultades para regular las emociones o para

interactuar en espacios públicos. Estas condiciones pueden dificultar acciones cotidianas como acudir a la tienda, pedir ayuda o comunicar necesidades básicas durante el ciclo menstrual. En este contexto, la gestión de la menstruación no depende únicamente de recursos materiales, sino también del acompañamiento emocional y práctico de una red cercana. La autonomía, entonces, se ve atravesada por la intensidad de estas experiencias y por la presencia o ausencia de apoyos, lo que subraya la necesidad de entornos accesibles y políticas de cuidado que reconozcan la diversidad de quienes menstrúan.

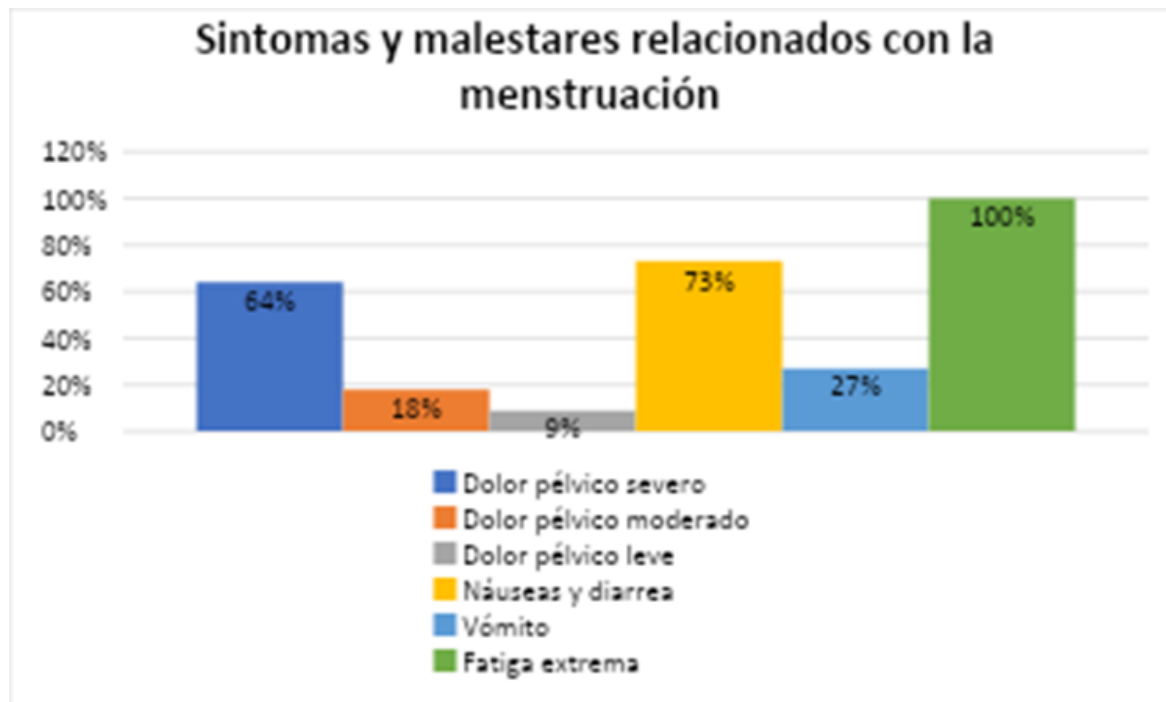
Síntomas y Malestares relacionados con la menstruación

El relato del dolor no proviene sólo de quienes siguen menstruando con regularidad. Incluso las participantes que ya transitan la perimenopausia o han entrado en menopausia prematura describen, en retrospectiva, la intensidad de sus últimos ciclos.

En una exploración aplicando una escala de dolor del 1 al 10, siendo el 1 el rango de dolor más bajo y el 10 más alto, el 64% de las participantes sitúan el dolor pélvico entre 7-10 o más, 18% lo recuerdan como moderado 5-6 y apenas 9% lo califican de leve entre 1-3. Las molestias gastrointestinales acompañaron esos episodios con la misma fuerza: 73% reporta haber sufrido náuseas y diarrea, y dentro de ese grupo 27% menciona vómitos recurrentes. El agotamiento atraviesa toda la muestra, menstruantes y posmenopáusicas por igual, pues el 100% asocia los días de sangrado abundante o sus recuerdos más recientes de flujo intenso con una fatiga extrema que limitaba su actividad cotidiana.

Los porcentajes elevados de dolor e irregularidad observados en nuestro estudio se reflejan en la literatura científica. Las revisiones de Peuskens y López-Muñoz muestran que el uso crónico de antipsicóticos elevadores de prolactina provoca hiperprolactinemia en hasta el 42% de las usuarias⁶, es decir, este aumento hormonal que intensifica la dismenorrea, favorece los sangrados abundantes y con frecuencia deriva en periodos escasos o incluso ausencia total de menstruación.

⁶ J. Peuskens y L. Pani, "Prolactin-Raising Antipsychotics and Menstrual Dysfunction: A Systematic Review," *International Journal of Clinical Practice* 71, no. 7 (2017): e12961; F. López-Muñoz, B. Domínguez-González y P. García-García, "Hyperprolactinemia and Quality-of-Life Impairment in Latin-American Women Receiving Antipsychotic Therapy," *Revista de Psiquiatría Clínica* 49, no. 1 (2022): 32-40. Es importante señalar que la prevalencia de hiperprolactinemia puede variar significativamente según el antipsicótico, superando el 70% o incluso el 90% en algunos casos.



Nota: los porcentajes no suman 100 % porque los síntomas no son excluyentes; una misma participante puede presentar varias molestias simultáneamente.

El panorama se agrava con los estabilizadores del ánimo. El Valproato, por ejemplo, no solo altera la ovulación; se ha vinculado a un mayor riesgo de síndrome de ovario poliquístico y, en consecuencia, a ciclos más prolongados y dolorosos. Estudios clínicos indican que alrededor del 35% de las mujeres tratadas con valproato reporta dismenorrea moderada o severa, frente a poco más del 10% en grupos sin esa medicación⁷.

En suma, los fármacos esenciales para estabilizar el estado de ánimo o controlar episodios psicóticos pueden amplificar las contracciones uterinas y la inflamación endometrial, convirtiendo cada menstruación en un episodio aún más doloroso y agotador. Estos hallazgos subrayan la necesidad de que los equipos de salud mental y ginecología trabajen de forma coordinada: monitorizar la función endocrina, ajustar dosis o cambiar de fármaco cuando el impacto menstrual sea clínicamente significativo y ofrecer planes de manejo del dolor que contemplen la doble dimensión psiquiátrica y ginecológica.

⁷ B. Brett y J. Hayes, "Valproate Therapy and Menstrual Cycle Abnormalities in Women with Bipolar Disorder: A Cross-Sectional Study," *Bipolar Disorders* 21, no. 5 (2019): 439–446.

Molestias intensificadas por menopausia temprana y perimenopausia temprana

En el estudio, el 27% de las mujeres ya presentaba una perimenopausia precoz y otro 27% había llegado a menopausia temprana; en ambos casos se describieron síntomas más intensos que las menstruantes regulares.

En uno de los testimonios la participante menciona que: los bochornos irrumpían a cualquier hora y varias veces por noche, alterando el descanso.

“Me despierto empapada; siento que alguien encendió un fogón dentro de mi cuerpo”

En el otro caso la fatiga extrema y la “niebla” cognitiva eran constantes, incluso en ausencia de sangrado, este es el testimonio de una mujer que combina Quetiapina y Valproato.

“Duermo, pero al día siguiente es como si la cabeza estuviera envuelta en algodón; no rindo ni para preparar el desayuno”

En el plano osteoarticular, la rigidez matutina dificulta la movilidad, es el caso de una usuaria con más de doce años en tratamiento antipsicótico.

“Tardó diez minutos en poder doblar las rodillas; parece que los huesos se quedaron sin lubricante”

El terreno emocional no fue más benigno: cambios bruscos de humor obligaban a ajustar ansiolíticos.

“Paso de la risa al llanto en cuestión de minutos: el médico sube la dosis para “estabilizarme”, pero solo logro más sueño y más bochorno”.

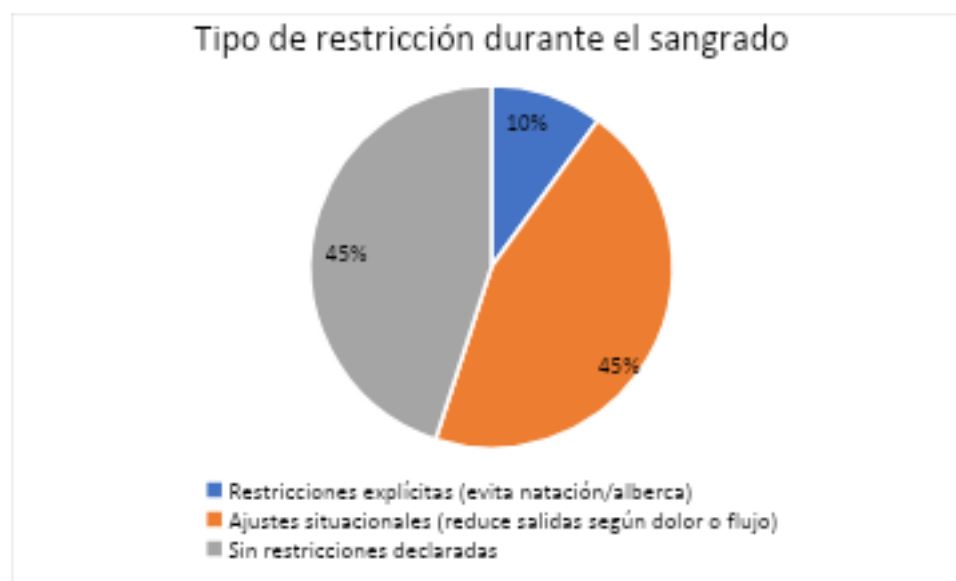
Los síntomas que estamos viendo coinciden con el historial de más de una década de uso de ciertos medicamentos psiquiátricos, como el Valproato ya que la evidencia disponible muestra que este fármaco puede generar niveles altos de prolactina, acelerar la anovulación (cuando los ovarios no liberan un óvulo) y aumentar los sofocos vasomotores (calores repentinos).⁸

⁸ La literatura científica respalda estas conexiones. Por ejemplo, la revisión sistemática de Peuskens y Pani (2017) explora los antipsicóticos y la disfunción menstrual, mientras que el estudio de Brett y Hayes (2019) analiza el

Esta conexión sugiere que los medicamentos, que son vitales para mantener el equilibrio mental, pueden, de forma paradójica, adelantar o agravar los síntomas del climaterio en quienes los usan. Esto trae como consecuencias una intensificación del dolor en la pelvis y una mayor inestabilidad emocional. Por eso, es clave que se incluya un seguimiento hormonal regular en las consultas de salud mental. También es importante considerar otras opciones de atención que tengan un menor impacto hormonal siempre que sea médicamente posible.

Tipo de Restricciones Durante el Sangrado

En el grupo de mujeres entrevistadas, las restricciones durante los días de sangrado varían desde prohibiciones explícitas hasta ajustes situacionales más sutiles. Solo el 10% establece límites formales: evita completamente la natación y las albercas porque nunca recibieron instrucción sobre el uso seguro de tampones y teme fugas en entornos acuáticos. Un segundo segmento, cercano al 45%, no impone reglas tan estrictas, pero reconoce que los picos de dolor o la hipersensibilidad al olor y la textura de la sangre las llevan a replegarse al hogar o a reducir salidas prolongadas; en sus palabras, *“es más complicado gestionar todo fuera de casa”*. El restante 45% afirma mantener su rutina habitual, aunque admite que, si el sangrado es excepcionalmente abundante, limita actividades físicas intensas para evitar incomodidad o accidentes.



valproato y las anomalías del ciclo menstrual, vinculando ambos tipos de fármacos con alteraciones hormonales y síntomas climatéricos.

En síntesis, sólo una de cada diez mujeres aplica restricciones radicales, casi la mitad ajusta su agenda en función de la intensidad del flujo o del dolor, y la otra mitad intenta sostener sus actividades con normalidad, aun cuando las condiciones sensoriales no siempre sean idóneas.

Supresión Menstrual

Aunque la mayoría de las mujeres del estudio nunca se sometió a supresión hormonal, un 9% relató haber sido sometida a una **histerectomía “de control”** en sus treintas, recomendada por personal médico como solución definitiva a hemorragias abundantes y “para evitar problemas futuros”. La intervención, realizada con consentimiento limitado y sin alternativas terapéuticas explicadas, produjo una menopausia quirúrgica inmediata. No hubo preparación sobre los efectos secundarios ni oferta de terapia hormonal sustitutiva, de modo que la usuaria pasó súbitamente de ciclos irregulares a sofocos diarios, insomnio y dolor osteoarticular, cuadro que ella describe como “envejecimiento de golpe”.



Estos datos aportan un matiz crítico al retrato de las transiciones hormonales del grupo. El 54% de las participantes ya enfrentaba perimenopausia precoz (27%) o menopausia prematura (27%) vinculada a una década de antipsicóticos y estabilizadores elevadores de prolactina. La historia de histerectomía muestra un segundo camino hacia la menopausia acelerada: la vía quirúrgica justificada por comodidad clínica o control de

síntomas, donde la discapacidad psicosocial y la falta de acompañamiento informativo se combinan para limitar el consentimiento real.

En suma, la exposición **farmacológica prolongada** así como las **intervenciones ginecológicas definitivas sin asesoría integral** convergen para explicar la alta prevalencia de climaterio adelantado y los síntomas vasomotores severos de algunas participantes. Ambos refuerzan la urgencia de integrar monitoreo endocrino y consejería reproductiva dentro de la atención en salud mental, de modo que decisiones sobre esterilización o ajustes de medicación se tomen con información completa, consentimiento pleno y alternativas menos invasivas tal como se consagra en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, arts. 9 y 25).

III. Conclusiones y Recomendaciones

1. **Los silencios sobre la menstruación en contextos de salud mental reproducen estigmas.** Muchas mujeres con discapacidad psicosocial no recibieron información sobre su ciclo menstrual en sus procesos de atención psiquiátrica o psicológica. Esto refuerza una cultura de silencio, donde la salud ginecológica queda fuera del cuidado integral.
2. **La supresión menstrual sin consentimiento informado persiste como una forma de violencia estructural.** Varias participantes compartieron experiencias donde su menstruación fue suspendida a través de medicamentos, inyecciones hormonales o procedimientos sin haber sido consultadas ni informadas plenamente. Esta práctica, aún presente en diversos espacios institucionales, niega el derecho a decidir sobre el cuerpo y constituye una forma de violencia ginecológica, capacitista y patriarcal.
3. **Las emociones en torno a la menstruación están marcadas por el aislamiento, la incomodidad y el miedo.** Muchas mujeres expresaron sentirse confundidas, solas o avergonzadas durante su menarquia y en experiencias menstruales posteriores. La falta de acompañamiento emocional y la medicalización excesiva impidieron construir una relación positiva y digna con su cuerpo. Algunas relataron que la vergüenza les impedía pedir ayuda o reconocer sus necesidades.
4. **La gestión menstrual se vive en condiciones de precariedad y aislamiento.** A pesar de conocer su ciclo, muchas mujeres no cuentan con productos menstruales adecuados, espacios accesibles para cambiarse o apoyos respetuosos. Las barreras estructurales (económicas, arquitectónicas y relacionales) colocan a las mujeres con discapacidad psicosocial en una situación de dependencia o abandono en lo cotidiano de su ciclo.
5. **Persisten prejuicios capacitistas que asocian discapacidad psicosocial con incapacidad para decidir sobre el cuerpo.** Varias participantes narraron cómo familiares, parejas o personal médico decidieron por ellas sobre temas relacionados con su cuerpo, salud sexual y menstruación. Estas prácticas anulan su agencia y autonomía, y refuerzan estereotipos que infantilizan a las mujeres con condiciones mentales, tratándolas como eternamente incapaces de cuidarse.
6. **Se requiere una atención integral e interdisciplinaria para la salud menstrual.** Los servicios ginecológicos y psiquiátricos operan de forma desconectada, lo que

impide un abordaje completo de la salud menstrual. Se reportaron casos donde psicofármacos afectaron el ciclo menstrual sin evaluación ni seguimiento ginecológico. Esta fragmentación vulnera el derecho a una atención integral, lo que exige implementar protocolos de interconsulta entre salud mental y salud sexual y reproductiva.

7. **La falta de protocolos y atención digna refuerza el miedo, la confusión y la invisibilización.** La mayoría de las participantes vivió su menstruación con miedo o sin saber cómo funciona el ciclo menstrual. No tuvieron acceso a educación menstrual comprensible, formatos accesibles o espacios para hacer preguntas. Esta exclusión es resultado de sistemas de salud y educación que no contemplan las necesidades específicas de mujeres con discapacidad psicosocial ni garantizan el derecho a la información.
8. **La atención ginecológica debe formar parte de todo modelo de atención en salud mental.** La desconexión entre especialidades reproduce omisiones graves. Ninguna mujer del grupo había recibido atención ginecológica como parte de su seguimiento psiquiátrico. Este vacío institucional impide detectar efectos adversos de medicamentos, atender dolores, irregularidades u otras necesidades corporales que forman parte del derecho a la salud integral.
9. **La perimenopausia y menopausia precoz es una experiencia invisibilizada que debe abordarse con perspectiva de género y derechos humanos.** Varias mujeres relataron haber dejado de menstruar a edades tempranas, sin recibir explicaciones claras ni acompañamiento médico, emocional o psicológico. En algunos casos, esta supresión estuvo relacionada con el uso prolongado de psicofármacos o con intervenciones médicas no informadas ni consensuadas. Desde una perspectiva de derechos humanos, esta situación constituye una vulneración al derecho a la salud, a la autonomía corporal y al consentimiento informado. La menopausia, en particular cuando ocurre en etapas tempranas o inducida por medicamentos, **no debe tratarse como un efecto secundario sin importancia**, sino como un proceso vital que exige acompañamiento integral, información accesible y contención emocional, libre de estigmas y medicalización excesiva. Invisibilizar esta experiencia contribuye a reforzar el capacitismo en los sistemas de salud, impidiendo que las mujeres con discapacidad vivan sus procesos corporales con dignidad, información y libertad de decisión.

COLECCIÓN CICLO INVISIBLE

Diagnóstico menstruación, discapacidad y derechos humanos

Menstruación y discapacidad psicosocial Salud mental, estigma y derecho a decidir

