



TRABAJO FIN DE GRADO ENFERMERÍA

**SALUD MENSTRUAL
DESDE UNA PERSPECTIVA
BIOPSICOSOCIAL: ESTIGMA,
INEQUIDAD, MEDICALIZACIÓN Y
PAPEL DE LA ENFERMERÍA**

Laura Espada Benito

Tutorizado por Marta María Hernández Martín

ÍNDICE

1. ABREVIATURAS.....	3
2. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	4
3. INTRODUCCIÓN	5
3.1 ASPECTOS BIOÉTICOS Y LEGALES	6
3.1.1 MARCO BIOÉTICO: PRINCIPIOS ÉTICOS APLICADOS A LA SALUD MENSTRUAL	6
3.1.2 MARCO LEGAL: DESARROLLO DE LA JUSTICIA MENSTRUAL	7
3.2 ESTIGMA MENSTRUAL Y SALUD	8
3.3 INEQUIDAD MENSTRUAL Y DETERMINANTES SOCIALES	10
3.4 MEDICALIZACIÓN Y PATOLOGIZACIÓN EN LA SALUD MENSTRUAL	11
3.5 EL ROL DE LA ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DE LA SALUD MENSTRUAL	13
3.6 JUSTIFICACIÓN.....	14
3.7 OBJETIVOS	14
4. METODOLOGÍA.....	15
5. RESULTADOS.....	19
5.1 IMPLICACIONES SOCIALES Y SANITARIAS DEL ESTIGMA MENSTRUAL	24
5.2 REPERCUSIÓN DE LA POBREZA E INEQUIDAD MENSTRUAL EN LA CALIDAD DE VIDA	25
5.3 IMPLICACIONES ÉTICAS DE LA PATOLOGIZACIÓN DE LA MENSTRUACIÓN	27
5.4 ABORDAJE DE LA SALUD MENSTRUAL EN LA PRÁCTICA ENFERMERA	29
6. DISCUSIÓN	30
6.1 ESTIGMA MENSTRUAL Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL	30
6.2 INEQUIDAD MENSTRUAL DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES	32
6.3 MEDICALIZACIÓN DEL CICLO Y DILEMAS ÉTICOS.....	34
6.4 ACTUACIÓN DE LAS ENFERMERAS EN LA SALUD MENSTRUAL	36
7. LIMITACIONES.....	38
8. CONCLUSIONES.....	38
9. BIBLIOGRAFÍA.	40
10. ANEXOS	47

1. ABREVIATURAS

- **UNESCO:** Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- **CI:** Consentimiento Informado.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **ONU:** Organización de las Naciones Unidas.
- **ODS:** Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- **DSS:** Determinantes Sociales de la Salud.
- **WASH:** Water, Sanitation and Hygiene.
- **WoS:** Web of Science.
- **MeSH:** Medical Subject Headings.
- **MH:** Main Headings.
- **CASPe:** Critical Appraisal Skills Programme Español.
- **JB:** Critical Appraisal Joanna Briggs Institute.
- **MMAT:** Mixed Methods Appraisal Tool.
- **MPNS-36:** Menstrual Practice Needs Scale-36.
- **PHQ-9:** Patient Health Questionnaire.
- **MPSS:** Multidimensional Scale of Perceived Social Support.
- **QoL:** Escala de calidad de vida.
- **DASS:** Depression Anxiety and Stress Scale.

2. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Introducción: La salud menstrual constituye una dimensión relevante de la salud pública, al integrar factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y estructurales. Aunque la menstruación es un proceso fisiológico, su vivencia continúa condicionada por el estigma, la inequidad, la pobreza menstrual, la baja alfabetización corporal y la medicalización del ciclo, lo que puede repercutir en el bienestar y en la participación social de las personas que menstrúan.

Objetivos: Analizar la salud menstrual desde una perspectiva biopsicosocial y sus implicaciones para la práctica enfermera, abordando el estigma menstrual, la pobreza e inequidad menstrual, la medicalización y patologización del ciclo y el papel de las enfermeras y matronas.

Metodología: Se ha realizado una revisión narrativa con evaluación de la calidad metodológica de la literatura científica publicada entre 2021 y 2026, en español e inglés y en acceso abierto. La búsqueda se ha llevado a cabo en PubMed, CINAHL, Scopus y Web of Science Core Collection.

Resultados: El estigma favorece la vergüenza, la ocultación, la normalización del dolor y el retraso en la búsqueda de atención sanitaria. La inequidad menstrual se relaciona con barreras económicas, educativas, materiales y sanitarias, afectando a la calidad de vida. Asimismo, la medicalización del ciclo plantea dilemas éticos vinculados con la autonomía, el consentimiento informado y la proporcionalidad de las intervenciones.

Conclusiones: La salud menstrual requiere un abordaje integral, equitativo y no patologizante. Las enfermeras escolares y matronas desempeñan un papel clave en la educación menstrual, detección precoz, acompañamiento y promoción de decisiones informadas.

Palabras clave: salud menstrual, estigma menstrual, inequidad menstrual, medicalización, educación en salud, enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Menstrual health constitutes a relevant dimension of public health, as it encompasses biological, psychological, social, cultural, and structural factors. Although menstruation is a physiological process, its experience continues to be shaped by stigma, inequity, period poverty, low body literacy, and the medicalization of the cycle, all of which can impact the well-being and social participation of people who menstruate.

Objectives: To analyze menstrual health from a biopsychosocial perspective and its implications for nursing practice, addressing menstrual stigma, period poverty and menstrual inequity, the medicalization and pathologization of the cycle, and the role of nurses and midwives.

Methodology: A narrative review with assessment of the methodological quality of the scientific literature published between 2021 and 2026, in Spanish and English, and available in open access, was conducted. The search was carried out in PubMed, CINAHL, Scopus and Web of Science Core Collection.

Results: Stigma promotes shame, concealment, normalization of pain and delayed healthcare-seeking. Menstrual inequity is associated with economic, educational, material and healthcare barriers, affecting quality of life. Furthermore, the medicalization of the cycle raises ethical dilemmas related to autonomy, informed consent, and the proportionality of interventions.

Conclusions: Menstrual health requires a comprehensive, equitable and non-pathologizing approach. School nurses and midwives play a key role in menstrual education, early detection, support, and the promotion of informed decision-making.

Keywords: menstrual health; menstrual stigma; menstrual inequity; medicalization; health education; nursing.

3. INTRODUCCIÓN

El término menstruación proviene etimológicamente del latín *menstruum*, derivado de *mensis*, que significa “mes”¹. Esta denominación hace referencia a la periodicidad mensual del sangrado y a su asociación tradicional, en el imaginario popular, con los ciclos lunares. A pesar de que en la actualidad la menstruación se entiende como un proceso fisiológico, históricamente ha estado vinculada a representaciones sociales negativas. Desde la antigüedad, autores como Hipócrates, Aristóteles o Galeno la asociaron a ideas de impureza, desecho o desequilibrio corporal. Estas interpretaciones, mantenidas incluso hasta el siglo XX con teorías pseudocientíficas como la de la “menotoxina” (sustancia tóxica que se expulsa durante la menstruación), han contribuido a consolidar una visión del sangrado menstrual como un proceso asociado al estigma, la vergüenza y la ocultación^{2,3}.

Con el desarrollo de la anatomía y la fisiología entre los siglos XVII y XX, la comprensión de la menstruación evolucionó hacia un modelo biomédico basado en la función ovárica y la acción hormonal¹. Según la evidencia actual, la menstruación se define como un proceso fisiológico cíclico mediado por el eje hipotálamo-hipófisis-ovario^{4,5}. Tras la ovulación, la producción de progesterona favorece la transformación secretora del endometrio, preparándolo para una posible implantación. Si no se produce fecundación, la disminución de estrógenos y progesterona desencadena la descamación del endometrio funcional y el sangrado menstrual. El ciclo menstrual suele presentarse en intervalos aproximados de 21 a 35 días, mientras que el sangrado puede durar hasta ocho días⁵.

Más allá de esta descripción fisiológica, en las últimas décadas ha adquirido relevancia el concepto de salud menstrual, entendido como un estado de completo bienestar físico, mental y social en relación con el ciclo menstrual, y no meramente como la ausencia de enfermedad^{6,7}. Esta definición implica que las personas que menstrúan deben poder acceder a información clara y adecuada, productos y servicios para la gestión menstrual, espacios seguros e higiénicos, atención sanitaria oportuna y entornos libres de estigma, discriminación y exclusión. La ausencia de estas condiciones puede limitar el ejercicio efectivo de derechos fundamentales⁸ y repercutir en la salud física, mental y social de las personas que menstrúan^{6,9}. En este sentido, factores como el estigma, la falta de recursos, la escasa alfabetización menstrual o la medicalización del ciclo pueden constituir barreras para el autocuidado, la búsqueda de atención sanitaria y la participación plena en la vida cotidiana^{3,6,7,10}.

Por ello, el reconocimiento de la salud menstrual como una cuestión de salud pública, justicia social y bioética ha favorecido el análisis de las desigualdades asociadas a la menstruación^{7,10}. Desde esta perspectiva, resulta necesario comprender cómo las condiciones sociales, culturales,

económicas y sanitarias configuran la experiencia menstrual y sus implicaciones para el autocuidado, la atención sanitaria y la práctica enfermera.

3.1 ASPECTOS BIOÉTICOS Y LEGALES

A partir de este planteamiento, se considera necesario exponer un marco bioético y legal que permita contextualizar los principales ejes de análisis de este trabajo en relación con la dignidad, la equidad y la autonomía.

3.1.1 MARCO BIOÉTICO: PRINCIPIOS ÉTICOS APLICADOS A LA SALUD MENSTRUAL

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura)¹¹ sitúa la bioética dentro del marco de los derechos humanos y establece que las cuestiones vinculadas a la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías aplicadas a los seres humanos deben abordarse desde el respeto a la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales. Asimismo, reconoce que la salud no depende únicamente del progreso científico y tecnológico, sino también de factores psicosociales y culturales, aspecto especialmente relevante en el ámbito de la salud menstrual.

Desde la ética clínica, existen cuatro principios que permiten orientar la atención sanitaria¹²:

- **Beneficencia:** definida como la obligación de actuar en beneficio del paciente; por tanto, no implica únicamente evitar el daño, sino también promover su bienestar.
- **No maleficencia:** consiste en la obligación de no causar daño al paciente, lo que exige valorar los beneficios y riesgos de cada intervención, evitando aquellas que resulten desproporcionadas.
- **Autonomía:** parte del reconocimiento del valor intrínseco de cada persona y de su capacidad de tomar decisiones sobre su propio cuerpo. En la práctica clínica, este principio se vincula con el consentimiento informado (CI), la veracidad, la confidencialidad y el acceso a información suficiente sobre las opciones disponibles.
- **Justicia:** hace referencia al trato equitativo y adecuado de las personas, así como a la distribución apropiada de los recursos sanitarios.

Desde este marco, los principios bioéticos permiten analizar la salud menstrual más allá de su dimensión biológica, incorporando cuestiones como la educación menstrual, la atención al dolor, el acceso a recursos, la toma de decisiones informadas y la protección de personas en situación de vulnerabilidad^{6,11,12}.

3.1.2 MARCO LEGAL: DESARROLLO DE LA JUSTICIA MENSTRUAL

En los últimos años, la salud menstrual ha comenzado a reconocerse institucionalmente como una cuestión de salud pública, equidad y derechos humanos. En este sentido, el concepto de justicia menstrual permite analizar las discriminaciones, inequidades e injusticias asociadas al ciclo menstrual y a la menstruación, situando el foco en las estructuras sociopolíticas que condicionan la experiencia de las personas que menstrúan¹³.

A nivel internacional, organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) han comenzado a reconocer la salud menstrual como una cuestión vinculada a los derechos humanos^{14,15}. Del mismo modo, distintos países han desarrollado medidas legislativas orientadas a mejorar la equidad menstrual, como Argentina, Chile, México, Escocia o Kenia, siendo este último el primer país en legislar para mejorar la accesibilidad a productos menstruales en 2004¹³.

En España, la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo¹⁶, supone un hito al reconocer la salud durante la menstruación como parte inherente del derecho a la salud sexual y reproductiva. Entre sus disposiciones principales, destaca:

- **Reconocimiento de derechos laborales (artículo 5 ter):** se establece el derecho a la incapacidad temporal por menstruación incapacitante secundaria, vinculada a patologías como la endometriosis o miomas, con el objetivo de conciliar el derecho a la salud con el empleo.
- **Equidad y acceso (artículo 5 quater):** se contempla el acceso gratuito a productos de gestión menstrual en centros educativos, centros sociales y establecimientos penitenciarios en las situaciones en que resulte necesario.
- **Educación e interseccionalidad (artículo 10 ter):** se insta a la incorporación de la educación menstrual con perspectiva de género, interseccional y de derechos humanos, orientada a eliminar mitos, prejuicios y estereotipos que generan estigma menstrual.
- **Investigación (artículo 11 bis):** se promueve la investigación sobre la menstruación y la salud durante la menstruación en las diferentes fases del ciclo vital, con un enfoque orientado a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de patologías que afectan al ciclo menstrual.
- **Formación para los profesionales sanitarios (artículos 8 y 29):** se recoge la necesidad de asegurar una formación adecuada del personal sanitario, incluidas enfermeras y matronas, para garantizar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos.

De este modo, la Ley Orgánica 1/2023 permite contextualizar la salud menstrual en España dentro de un marco de derechos sexuales y reproductivos, equidad y no discriminación^{13,16}. Aunque la presente revisión incluye estudios procedentes de distintos contextos nacionales, esta norma resulta relevante como referencia legislativa para comprender cómo la salud menstrual comienza a institucionalizarse como una cuestión de salud pública, justicia social y garantía de derechos.

3.2 ESTIGMA MENSTRUAL Y SALUD

A pesar de tratarse de un proceso fisiológico experimentado por más de 2.000 millones de personas cada mes, la menstruación continúa rodeada de tabúes y estigmas sociales que pueden condicionar la vivencia del ciclo y repercutir en la salud física, emocional y social de las personas que menstrúan^{17,18}. Además de constituir una construcción sociocultural, el estigma menstrual tiene implicaciones directas para la salud, ya que puede influir en la interpretación de los síntomas, en la búsqueda de información y en la utilización de los servicios sanitarios. La escasa atención prestada históricamente a la menstruación como indicador de salud refleja cómo el estigma, el androcentrismo y la misoginia han podido limitar tanto la producción de conocimiento científico como la calidad de la atención sanitaria⁹.

Desde una perspectiva sociológica, el concepto de estigma fue definido por Erving Goffman como un atributo o marca que desacredita socialmente al individuo y lo sitúa en una posición de desventaja respecto a lo considerado normativo¹⁹. Además, lo clasificó en tres categorías: las “abominaciones del cuerpo”, relacionadas con características físicas consideradas indeseables; los “defectos del carácter”, asociados a rasgos percibidos como moralmente cuestionables; y las “identidades tribales”, vinculadas a la pertenencia a determinados grupos sociales marginados²⁰. Aplicado al ciclo menstrual, este enfoque permite comprender la menstruación como una marca corporal que ha sido construida socialmente como signo de diferencia o impureza en contraposición al cuerpo masculino, considerado el cuerpo normativo privilegiado².

Esta asociación entre menstruación, impureza y diferencia corporal se relaciona con la percepción del flujo menstrual como algo contaminante o desagradable. Alma Gottlieb vincula esta percepción con el denominado “factor asco”, entendido como una repulsión intuitiva que contribuye a mantener una distancia verbal y espacial respecto a la menstruación, reforzando la representación del sangrado como algo simbólicamente contaminante^{21,22}. De este modo, la menstruación no solo se interpreta como un proceso biológico, sino también como un fenómeno cargado de significados culturales, morales y de género.

El lenguaje constituye una de las formas más visibles en las que se reproduce este tabú. La menstruación suele nombrarse mediante eufemismos o expresiones indirectas, que evitan la

referencia explícita al sangrado y lo desplazan hacia el ámbito de lo privado¹⁸. Aunque estas expresiones pueden parecer neutras o cotidianas, contribuyen a mantener la menstruación como un tema incómodo, reforzando la dificultad para hablar de ella de forma abierta. Esta evitación lingüística se relaciona con la denominada “cultura del ocultamiento”, descrita por Houppert como un marco en el que los tabúes y estigmas favorecen que la menstruación se viva desde el secreto, la vergüenza y la discreción²³.

Jill Wood amplía esta perspectiva mediante el concepto de “imperativo de ocultación menstrual”, que explica cómo las personas que menstrúan pueden asumir discursos que patologizan la menstruación e interiorizan la necesidad de mantener invisible cualquier signo asociado al ciclo, como manchas, olores, productos menstruales o referencias verbales al sangrado³. Esta necesidad de ocultamiento se ve reforzada por mecanismos socioculturales como los medios de comunicación, la publicidad y las representaciones culturales¹⁸.

En este contexto, el estigma opera tanto a nivel externo como interno¹⁹. A nivel externo, el denominado estigma enactado se expresa en conductas de discriminación, burla o restricción social asociadas al sangrado menstrual. A nivel interno, el estigma sentido se manifiesta en la anticipación de la vergüenza, el miedo a ser juzgada y la necesidad de ocultar cualquier señal relacionada con la menstruación. Esto convierte a la menstruación en un estigma oculto, gestionado mediante estrategias de autocontrol, autovigilancia y supervisión constante del propio cuerpo^{2,3,18}.

Las consecuencias de esta socialización basada en el secreto son especialmente relevantes durante la menarquia, etapa en la que muchas personas que menstrúan reciben información insuficiente sobre el ciclo menstrual. Esta falta de alfabetización corporal puede generar miedo, ansiedad o confusión ante un proceso fisiológico que, en muchos casos, se vive sin una preparación adecuada^{3,24}. Además, el silencio que rodea a la menstruación puede dificultar que las personas expresen dudas, molestias o síntomas, incluso en el ámbito sanitario^{3,18}.

Esta dificultad para comunicar la experiencia menstrual también tiene implicaciones en la práctica clínica. La persistencia de sesgos en torno al cuerpo menstruante puede favorecer que determinados síntomas sean infravalorados, normalizados o atribuidos a factores emocionales²⁵. Un ejemplo especialmente relevante es la endometriosis, patología en la que el retraso diagnóstico se ha relacionado, entre otros factores, con la normalización social del dolor menstrual, la falta de educación menstrual y la tendencia a minimizar los síntomas asociados al ciclo. Por tanto, desde la práctica enfermera resulta prioritario contribuir a romper el silencio que rodea a la menstruación, promoviendo una comunicación abierta y libre de estigma que facilite la alfabetización menstrual, la consulta temprana y la detección precoz de posibles alteraciones^{18,22}.

3.3 INEQUIDAD MENSTRUAL Y DETERMINANTES SOCIALES

La inequidad menstrual hace referencia a las desigualdades sistemáticas y evitables relacionadas con la menstruación, que afectan al acceso a la atención sanitaria, a la educación y al conocimiento sobre el ciclo menstrual, así como a las experiencias de estigma y discriminación, la falta de investigación sobre la salud menstrual y la participación social, comunitaria, política y económica de las personas que menstrúan²⁶. Se trata, por tanto, de un concepto amplio que permite comprender la menstruación no solo como una experiencia individual, sino como un fenómeno condicionado por factores sociales, económicos, culturales y políticos.

Dentro de este marco se incluye la pobreza menstrual, entendida como las dificultades de acceso a productos menstruales, instalaciones seguras para el lavado, espacios adecuados para el cambio y sistemas apropiados de gestión de residuos²⁷.

Actualmente, la inequidad menstrual se reconoce como un problema de salud pública global, vinculado con diversos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecidos por la ONU en 2015²⁸. Entre ellos destacan el ODS 3, relativo a la salud y el bienestar; el ODS 4, sobre educación de calidad; el ODS 5, vinculado con la igualdad de género; el ODS 6, centrado en el acceso a agua limpia y saneamiento; y el ODS 8, relacionado con el trabajo decente²⁹. Desde esta perspectiva, las condiciones en las que las personas menstrúan pueden influir en su salud, en su asistencia educativa o laboral, en su participación social y en el ejercicio efectivo de sus derechos.

Para comprender la raíz de estas desigualdades y su relevancia para la práctica clínica, resulta útil el marco de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) propuesto por Solar e Irwin³⁰. Este enfoque pone de manifiesto que la salud no depende únicamente de factores biológicos o individuales, sino también de las condiciones sociales, económicas y políticas en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, las cuales influyen de manera significativa en su salud y contribuyen a la generación de inequidades sanitarias. Este marco distingue entre:

- **Determinantes estructurales:** incluyen el contexto socioeconómico y político, las políticas públicas y las normas sociales. Estos factores determinan la posición socioeconómica de las personas, como la clase social, el género, la etnicidad o el nivel educativo y, a través de ello, condicionan sus oportunidades y su exposición a condiciones que afectan la salud. En el caso de la salud menstrual, estos determinantes ayudan a comprender cómo las normas de género, el estigma, la desigualdad económica o la falta de políticas públicas específicas pueden situar a determinadas personas en una posición de mayor vulnerabilidad.

- **Determinantes intermedios:** reflejan cómo la posición de las personas dentro de la estructura social influye en su salud. Comprenden las condiciones materiales de la vida (como la vivienda, el acceso a agua, saneamiento, productos menstruales o espacios seguros), los factores psicosociales (como el estrés, la vergüenza, el apoyo social o la discriminación), los factores conductuales y biológicos relacionados con la salud (como nutrición, actividad física, consumo de tabaco o alcohol, y genética) y el acceso a los servicios sanitarios. Aplicado a la menstruación, este nivel permite observar cómo la falta de recursos materiales, la escasa alfabetización menstrual o las dificultades para consultar síntomas pueden afectar directamente al bienestar físico, mental y social.

Desde esta perspectiva, cobra especial relevancia el enfoque WASH (*Water, Sanitation and Hygiene*), que hace referencia al acceso a agua, saneamiento e higiene como condiciones básicas para la salud³¹. En relación con la menstruación, este enfoque incluye la posibilidad de disponer de agua limpia para el lavado corporal y de productos reutilizables, baños seguros y privados para cambiarse, espacios adecuados para la higiene y sistemas de eliminación de residuos menstruales. La ausencia de estas condiciones no solo dificulta la gestión menstrual segura y digna, sino que también puede aumentar la vergüenza, limitar la asistencia escolar o laboral y reforzar la exclusión social de las personas que menstrúan^{8,24,32}.

Frente a estas desigualdades, el concepto de justicia menstrual desplaza el foco desde la responsabilidad individual hacia las condiciones estructurales que determinan la experiencia menstrual¹³. Este enfoque permite analizar cómo el género, la clase social, la etnicidad, la discapacidad, la edad o la situación socioeconómica pueden influir en la vivencia del ciclo. Desde esta perspectiva, garantizar el acceso a información, productos, servicios sanitarios, agua, saneamiento y entornos libres de estigma constituye una cuestión de derechos, equidad y salud pública.

3.4 MEDICALIZACIÓN Y PATOLOGIZACIÓN EN LA SALUD MENSTRUAL

La medicalización se define como un proceso sociocultural mediante el cual experiencias, conductas o problemas con componentes sociales y culturales pasan a interpretarse como cuestiones médicas, otorgando al ámbito sanitario autoridad para definir qué procesos corporales requieren vigilancia, diagnóstico o tratamiento³³. Este concepto permite analizar cómo determinados procesos fisiológicos, como la menstruación, pueden ser abordados desde una mirada predominantemente biomédica, centrada en la identificación y corrección de síntomas, riesgos o alteraciones³.

En el ámbito de la salud menstrual, la medicalización se relaciona con la patologización del ciclo cuando el sangrado, el dolor menstrual o las variaciones hormonales son interpretados como

problemas que deben corregirse, controlarse o suprimirse^{3,34,35}. Esta perspectiva puede contribuir a que las personas que menstrúan dependan en mayor medida del discurso profesional para comprender su propio cuerpo, especialmente cuando existe una baja alfabetización menstrual o cuando el dolor se normaliza socialmente.

El concepto de medicalización se ha ampliado hacia el de biomedicalización, caracterizado por un enfoque tecnocientífico que no solo interviene sobre la enfermedad, sino también sobre el riesgo de padecerla^{3,36}. Desde esta perspectiva, procesos corporales cotidianos, como el ciclo menstrual, pueden pasar a interpretarse como aspectos modificables o regulables mediante intervenciones sanitarias o farmacológicas, incluyendo los denominados "medicamentos para el estilo de vida" (*lifestyle drugs*), orientados a adaptar determinadas funciones corporales a preferencias, expectativas o demandas sociales³⁶. En la salud menstrual, un ejemplo de ello es la supresión menstrual farmacológica, que puede presentarse como una opción orientada al bienestar, la comodidad o el control del ciclo, aunque también debe analizarse en relación con las normas sociales que favorecen la ocultación del sangrado, la productividad constante y la adaptación del cuerpo menstruante a determinados estándares sociales^{3,34,36}.

Esta problemática adquiere especial relevancia en personas en situación de vulnerabilidad, como las personas con discapacidad, en quienes la menstruación ha sido utilizada históricamente para justificar intervenciones coercitivas o no consentidas^{10,37}. En estos casos, la menstruación ha sido interpretada en ocasiones como una dificultad añadida para el entorno cuidador, lo que ha justificado el uso de tratamientos hormonales o intervenciones quirúrgicas irreversibles, como la histerectomía, con el objetivo de eliminar el sangrado. Estas prácticas adquieren especial relevancia desde el marco bioético previamente descrito, al afectar a la integridad corporal, el CI, la proporcionalidad de las intervenciones y el respeto a la voluntad de la persona.

En el contexto español, la Ley Orgánica 2/2020, de 16 de diciembre, de modificación del Código Penal para la erradicación de la esterilización forzada o no consentida de personas con discapacidad incapacitadas judicialmente³⁸, supuso un avance relevante al eliminar la posibilidad de realizar esterilizaciones no consentidas a personas con discapacidad bajo autorización judicial. Este cambio normativo refuerza la necesidad de avanzar hacia modelos de atención centrados en la dignidad, la autonomía y los apoyos necesarios para la toma de decisiones.

Por tanto, el análisis de la medicalización y patologización en la salud menstrual permite comprender el equilibrio complejo entre la atención sanitaria necesaria y el riesgo de convertir procesos fisiológicos en objetos de control médico. Desde esta perspectiva, resulta fundamental promover una atención menstrual basada en la evidencia científica, la educación corporal, el respeto a la diversidad de experiencias menstruales y la participación activa de la persona en las decisiones sobre su salud³⁷.

3.5 EL ROL DE LA ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DE LA SALUD MENSTRUAL

La enfermería desempeña un papel fundamental en la promoción de la salud menstrual, especialmente a través de la educación para la salud, la prevención, la detección precoz de alteraciones y el acompañamiento a personas que menstrúan^{39,40}. En la actualidad, la salud menstrual trasciende la mera gestión de la higiene para reconocerse como un indicador relevante del estado de salud general, hasta el punto de que el ciclo menstrual ha sido propuesto como un quinto signo vital⁴⁰.

Desde esta perspectiva, la enfermería se sitúa en una posición estratégica para promover la alfabetización menstrual, resolver dudas, identificar síntomas normalizados o silenciados y orientar hacia la atención sanitaria cuando sea necesario^{39,40}. La consulta enfermera puede constituir un espacio seguro para abordar no solo los aspectos físicos del ciclo, sino también sus dimensiones emocionales, sociales y culturales. De este modo, el uso de un lenguaje claro, respetuoso y libre de juicio contribuye a reducir el estigma y a mejorar la capacidad de las personas para reconocer y comunicar sus necesidades de salud, confrontando el “imperativo de ocultación”³.

En el ámbito educativo, la enfermería escolar adquiere especial relevancia. En Estados Unidos, ha acompañado al alumnado en cuestiones relacionadas con la salud desde principios del siglo XX, incluyendo necesidades vinculadas al desarrollo puberal y menstrual⁴¹. No obstante, esta labor se vio limitada durante décadas por la consideración de la menstruación como un asunto íntimo y privado, más que como una dimensión legítima de la educación para la salud³⁹. Actualmente, su presencia en los centros educativos permite proporcionar información fiable sobre el ciclo menstrual, el uso de productos menstruales, el manejo del dolor y la identificación de signos de alarma, favoreciendo que el alumnado pueda vivir la menarquía y los primeros años del ciclo con mayor conocimiento, seguridad y menor estigma.

Asimismo, las matronas son un recurso clave en el acompañamiento de la salud sexual y reproductiva a lo largo del ciclo vital⁴². En relación con la salud menstrual, pueden desempeñar un papel relevante en el abordaje de problemas como la dismenorrea, la endometriosis o las alteraciones relacionadas con el ciclo. Su intervención resulta especialmente importante para ofrecer educación sobre el dolor menstrual y estrategias de afrontamiento, evitar la normalización de síntomas incapacitantes y facilitar la derivación a otros niveles asistenciales cuando sea necesario.

Por tanto, el abordaje de la salud menstrual debe ir más allá de la transmisión de información reproductiva, incorporando una perspectiva integral, libre de estigma, sensible a las desigualdades y adaptada a las necesidades de cada etapa vital^{6,7}. Desde este enfoque,

enfermeras escolares y matronas pueden contribuir no solo al autocuidado y a la detección de alteraciones, sino también a fortalecer la alfabetización menstrual, la autonomía y la participación de las personas en las decisiones sobre su salud.

3.6 JUSTIFICACIÓN

La salud menstrual constituye un ámbito de creciente interés en salud pública al integrar dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y estructurales que han sido históricamente invisibilizadas^{6,7,9}. A pesar de ser un proceso fisiológico común, su vivencia continúa condicionada por factores como el estigma, la falta de educación, las desigualdades en el acceso a recursos y la tendencia a medicalizar o normalizar determinados síntomas^{3,18,26}. Estas barreras no solo comprometen el bienestar físico y emocional, sino que generan desigualdades que limitan la participación social, educativa y laboral de las personas que menstrúan.

La presente revisión narrativa se justifica por la necesidad de analizar estos determinantes desde una perspectiva integral, superando un enfoque exclusivamente biomédico^{6,30}. En este sentido, resulta imprescindible profundizar en la interrelación entre el estigma, la inequidad y la atención sanitaria, centrando el foco en el papel de la enfermería³⁹. La pertinencia de este enfoque radica en que, para ofrecer cuidados de calidad, la profesión requiere de una base científica sólida que considere la salud menstrual como un quinto signo vital y una cuestión vinculada a los derechos humanos, y no meramente como un proceso reproductivo^{7,40}.

Desde el punto de vista disciplinar, se observa la necesidad de sintetizar la evidencia que conecta las experiencias individuales de estigma con las barreras de acceso al sistema de salud^{18,25}. Existe una demanda profesional de integrar la perspectiva de género y la interseccionalidad en la práctica clínica para garantizar una atención equitativa^{6,10}. Por ello, resulta necesario fundamentar científicamente cómo estos factores dificultan la comunicación clínica y favorecen la normalización del dolor, retrasando así la búsqueda de atención sanitaria^{25,42}.

3.7 OBJETIVOS

Los objetivos de este trabajo son:

- **Objetivo general:** comprender la salud menstrual desde una perspectiva biopsicosocial y sus implicaciones para la práctica enfermera.
- **Objetivos específicos:**
 - Describir el estigma menstrual y su influencia en la vivencia del ciclo.
 - Explorar la pobreza e inequidad menstrual considerando sus efectos sobre la calidad de vida.

- Identificar los conflictos éticos derivados de la patologización de los procesos menstruales.
- Definir el papel de la enfermería en la educación menstrual y el abordaje de las barreras identificadas.

4. METODOLOGÍA

El presente trabajo se ha desarrollado como una revisión narrativa con el objetivo de recopilar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre la salud menstrual desde la perspectiva biopsicosocial, ética y enfermera. Para orientar la búsqueda bibliográfica se ha formulado una pregunta de investigación siguiendo el formato PECO⁴³:

- **P (Población):** personas que menstrúan en edad reproductiva.
- **E (Exposición):** estigma menstrual, inequidad menstrual y procesos de medicalización o patologización del ciclo.
- **C (Comparación):** no procede.
- **O (Resultados):** impacto en la salud menstrual y el bienestar biopsicosocial e implicaciones para la práctica enfermera.

A partir de este esquema, se ha planteado la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el impacto del estigma social, la inequidad socioeconómica y la medicalización en el bienestar biopsicosocial de personas que menstrúan?

La revisión se ha basado en una recopilación y análisis crítico de la evidencia científica disponible en acceso abierto, publicada en los últimos cinco años, entre 2021 y 2026, en español e inglés.

Se han definido como criterios de inclusión los siguientes aspectos:

- Artículos que hagan referencia a la salud menstrual desde una perspectiva biopsicosocial, integrando el impacto del estigma, la inequidad, la medicalización o el papel de la enfermería.
- Estudios primarios originales con metodología cualitativa, cuantitativa o mixta.

Por el contrario, se han establecido como criterios de exclusión:

- Estudios que no aborden de forma específica la menstruación o la salud menstrual, o que no se ajustaran a los objetivos del trabajo.
- Artículos centrados exclusivamente en aspectos biológicos, fisiológicos o sociológicos del ciclo menstrual.
- Revisiones sistemáticas, revisiones narrativas, *scoping reviews* y otros estudios secundarios.
- Estudios que no superen el cribado de calidad metodológica.

La búsqueda bibliográfica se ha realizado entre enero y marzo de 2026 en las bases de datos CINAHL, PubMed, Scopus y Web of Science (WoS) Core Collection. Cada una de estas fuentes ha sido seleccionada debido a su relevancia en el ámbito de las ciencias de la salud, la enfermería y a la disponibilidad de estudios sobre la salud menstrual. La combinación de términos se ha llevado a cabo mediante operadores booleanos (AND, OR) adaptando las estrategias de búsqueda a las características de cada base de datos.

Para la elaboración de las estrategias se han utilizado términos controlados, como los descriptores Medical Subject Headings (MeSH) en PubMed y los encabezamientos CINAHL Headings (MH) en CINAHL, junto con palabras clave en lenguaje libre de aquellas en la que no existían dichos términos MeSH o MH. En WoS Core Collection y Scopus se han empleado términos en campos de título, resumen y palabras clave. Las estrategias completas de búsqueda se recogen en la Tabla 1.

Tema 1: Estigma.		
Base de datos	Combinación	Artículos encontrados
Pubmed	("Menstruation"[Mesh]) AND ("Social Stigma"[Mesh])	20
Cinahl	MH "Menstruation" AND MH "Stigma"	15
Scopus	TITLE (menstruation) AND TITLE-ABS-KEY ("stigma")	49
WoS Core Collection	TS=(menstruation) AND TS=("social stigma")	17
Tema 2: Inequidad menstrual.		
Base de datos	Combinación	Artículos encontrados
Pubmed	("Menstruation"[Mesh]) AND ("Social Determinants of Health"[Mesh] OR "Health Inequities"[Mesh] OR "period poverty") AND ("Quality of Life"[Mesh] OR wellbeing)	12
Cinahl	(MH "Menstruation") AND (MH "Social Determinants of Health" OR MH "Health Inequities" OR "period poverty") AND (MH "Quality of Life" OR wellbeing)	2
Scopus	TITLE-ABS-KEY (menstruation) AND TITLE-ABS-KEY ("social determinants of health" OR "health inequities" OR "period poverty") AND TITLE-ABS-KEY ("quality of life" OR wellbeing)	14
WoS Core Collection	TS=(menstruation) AND TS=("social determinants of health" OR "health inequities" OR "period poverty") AND TS=("quality of life" OR wellbeing)	9
Tema 3: Medicalización.		
Base de datos	Combinación	Artículos encontrados
Pubmed	("Menstruation"[Mesh]) AND ("Ethics"[Mesh] OR "Bioethics"[Mesh] OR "Decision Making"[Mesh]) AND ("Hysterectomy"[Mesh] OR "Contraception"[Mesh])	0

Cinahl	(MH "Menstruation") AND (MH "Ethics+" OR MH "bioethics+" OR MH "Decision Making+") AND (MH "Hysterectomy" OR MH "Contraception")	1
Scopus	TITLE-ABS-KEY (menstruation) AND TITLE-ABS-KEY (ethics OR bioethics OR "decision making") AND TITLE-ABS-KEY (hysterectomy OR contraception)	54
WoS Core Collection	TS=(menstruation) AND TS=(ethics OR bioethics OR "decision making") AND TS=(hysterectomy OR contraception)	21
Tema 4: Rol de la enfermería.		
Base de datos	Combinación	Artículos encontrados
Pubmed	("Nurses"[Mesh] OR "Nurse Midwives"[Mesh]) AND ("Menstruation"[Mesh]) AND ("Health Education"[Mesh] OR "Health Promotion"[Mesh])	0
Cinahl	(MH "Nurses" OR MH "Nurse Midwifery") AND (MH "Menstruation") AND (MH "Health Education" OR MH "Health Promotion")	0
Scopus	TITLE-ABS-KEY (nurs* OR midwi*) AND TITLE-ABS-KEY (menstruation) AND TITLE-ABS-KEY (education OR "health promotion")	38
WoS Core Collection	TS=(nurs* OR midwi*) AND TS=(menstruation) AND TS=(education OR "health promotion")	20

Tabla 1: Resumen de la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos. Fuente: Elaboración propia.

La calidad metodológica de los estudios incluidos ha sido evaluada mediante herramientas de lectura crítica adaptadas al diseño de cada investigación. Para los estudios cualitativos y cuantitativos se han empleado las herramientas Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPé) y Critical Appraisal Joanna Briggs Institute (JBI), mientras que para los estudios mixtos se ha utilizado el Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), evaluación presentada en la Tabla 2 adjuntada en Anexos. El proceso de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión de los estudios se ha representado mediante un diagrama de flujo basado en la estructura PRISMA (Figura 1).

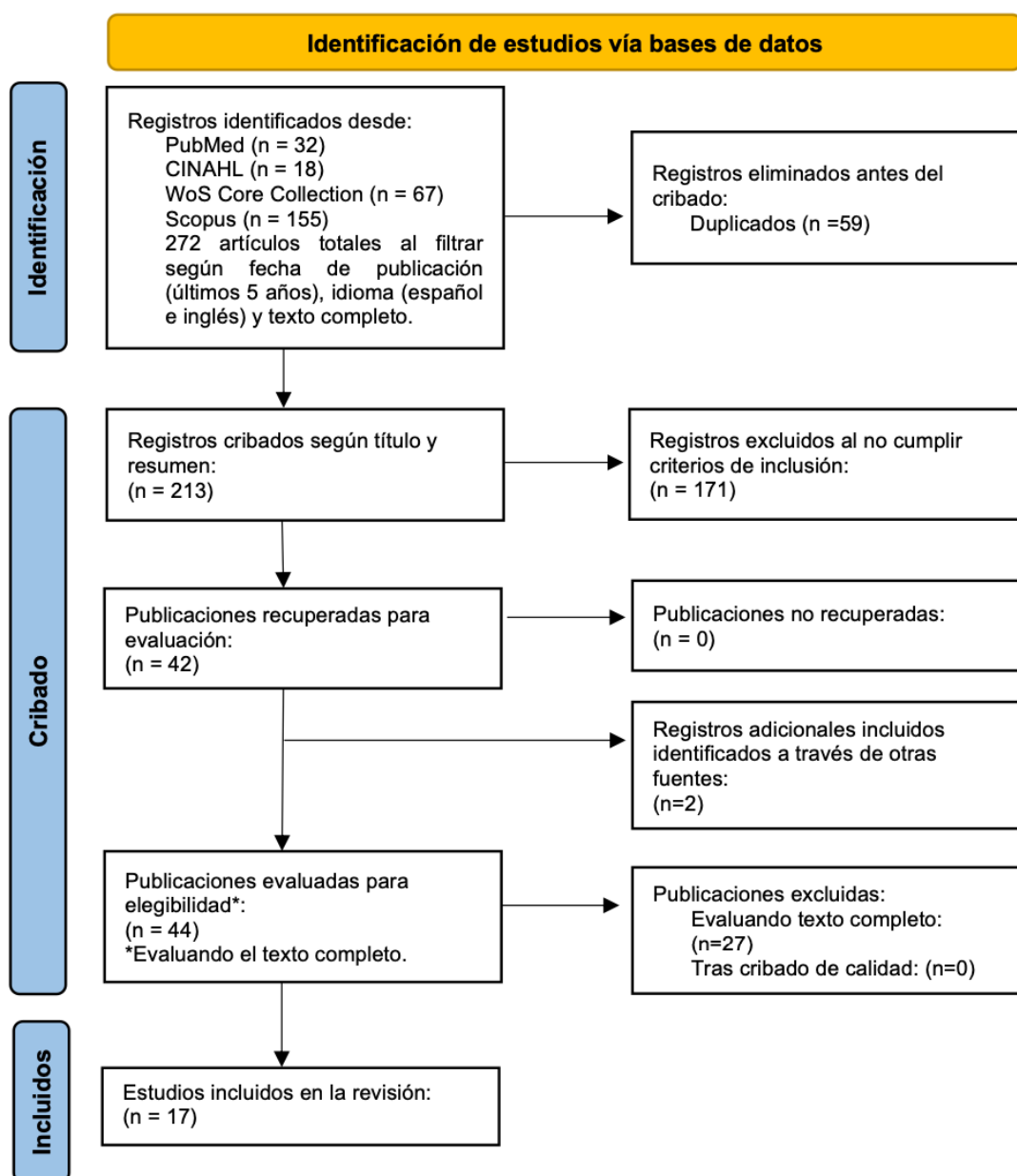


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos. Fuente: Elaboración propia.

5. RESULTADOS

Se incluyeron un total de 17 artículos, recopilados en la Tabla 3:

AUTOR	TÍTULO	DISEÑO	MUESTRA	RESULTADOS PRINCIPALES
Medina-Perucha L et al. ⁴⁴	Menstruation and social inequities in Spain: a cross-sectional online survey-based study	Estudio observacional transversal	22.823 mujeres y personas que menstrúan de entre 18 y 55 años residentes en España.	- La pobreza menstrual afecta al 22,2%-39,9% y se vincula con desigualdades migratorias, económicas y de identidad de género. - El 57,8% recibió una educación menstrual nula o parcial antes de la menarquia. Además, el 75,2% sobreutilizó productos por falta de espacios adecuados. - La menstruación se relacionó con discriminación, absentismo educativo y laboral. - El acceso sanitario fue mayor en participantes con estudios universitarios.
Sánchez-López S et al. ⁴⁵	Mapping the social impact of menstrual stigma in Spain	Estudio mixto	4.028 participantes (≥ 14 años) residentes en España.	- El estigma menstrual limita la participación cotidiana, educativa y laboral favoreciendo la ocultación, presentismo y miedo al manchado. - Se identifican experiencias de exclusión y estereotipos asociados al ciclo. - El apoyo social y la flexibilidad institucional actúan como elementos clave para contrarrestar el impacto del estigma. - Persisten déficits en la educación menstrual e integración clínica.
Agtarap T et al. ⁴⁶	Empowered Choices: Exploring the Interplay of Menstruation, Menstrual Products, and Well-being	Estudio cualitativo	330 participantes del Reino Unido (18-44 años).	- El seguimiento del ciclo y el reconocimiento de síntomas favorecen la alfabetización corporal y la conexión con el propio cuerpo. - La elección autónoma de productos menstruales se relaciona con la autonomía, el bienestar y el empoderamiento. - Se propone reducir el estigma y realizar reformas políticas que incluyan la salud menstrual en la educación sexual para fomentar la toma de decisiones informadas.

Graeve C et al. ⁴⁷	Using an Interpretive Phenomenological Approach to Understand the Menstrual Experience of Young Adults	Estudio cualitativo	620 participantes (18-25 años) en la encuesta y 50 en los grupos focales.	• Síntomas físicos/mentales y el estigma dificultan la vida educativa, laboral y social. • La normalización del dolor, la falta de productos y el acceso limitado a atención sanitaria obstaculizan el manejo menstrual. • La reducción del estigma y un mejor autocuidado mejorarían la calidad de vida. • Se sugiere un enfoque holístico con provisión gratuita de productos y adaptaciones normativas por menstruación.
García-Egea A et al. ⁴⁸	Perspectives on menstrual policymaking and community-based actions in Catalonia (Spain): a qualitative study	Estudio cualitativo	34 mujeres y personas que menstrúan; 22 profesionales y activistas.	• Se reclama el desarrollo de políticas menstruales frente al estigma y la inequidad. • Se demanda educación menstrual curricular basada en la alfabetización corporal. • Se reivindica formación sanitaria que fomente decisiones informadas y cuestione la medicalización sistemática. • Se destaca la necesidad de productos asequibles, instalaciones adecuadas y políticas laborales que favorezcan el autocuidado menstrual.
Chéileachair FN et al. ⁴⁹	Coping with dysmenorrhea: a qualitative analysis of period pain management among students who menstruate	Estudio cualitativo	21 estudiantes de educación superior (≥ 18 años) en Irlanda con padecimiento previo o actual de dismenorrea.	• La dismenorrea se maneja mediante ensayo-error por estigma menstrual y por falta de educación formal y orientación clara. • Las estudiantes priorizan la productividad sobre el dolor y recurren al ocultamiento de síntomas para cumplir con la “etiqueta menstrual” impuesta socialmente. • Se demanda una alternativa entre normalizar el dolor y medicalizar el ciclo.
Casola A R et al. ⁵⁰	“It shouldn’t be just hush-hush”: A qualitative community-based study of menstrual health communication among women in Philadelphia	Estudio cualitativo	20 mujeres cisgénero menstruantes (18-45 años).	• La comunicación se percibe positiva y de apoyo entre pares/comunidad, frente a una interacción familiar incómoda y limitada por el estigma generacional. • Se observan experiencias clínicas negativas y frustrantes, con pacientes que se sienten ignoradas o presionadas para usar anticonceptivos. • La comunicación se valora como una herramienta de empoderamiento, mejora del manejo de síntomas y reducción de la soledad y el estigma.

Musulini C et al. ⁵¹	Periods and well-being: A focus group study to discuss how menstruation affects the well-being of women aged 18–40	Estudio cualitativo	55 mujeres cisgénero (18-40 años) con ciclos menstruales activos.	- La menstruación impacta negativamente en el bienestar físico, mental y social. - El estigma condiciona actitudes, el manejo del ciclo y la normalización del malestar. - La educación escolar es percibida como insuficiente. - Se identifican necesidades de mayor apoyo social, sanitario y laboral.
Åkerman E et al. ⁵²	Navigating menstrual stigma and norms: a qualitative study on young people's menstrual experiences and strategies for improving menstrual health	Estudio cualitativo	16 personas de entre 18-28 años con experiencia menstrual, incluyendo mujeres cisgénero y hombres trans.	- La menstruación se percibe como signo de salud, pero sigue asociada al estigma y a normas de género que favorecen conductas de ocultación. - Los síntomas físicos y emocionales limitan la vida cotidiana, social, sexual y mental. La normalización del malestar retrasa la búsqueda de atención sanitaria. - En hombres trans, la feminización de la menstruación genera exclusión y disforia. - Se recomienda mejorar el acceso a tratamiento y cribado de síntomas.
Muhaidat N, et al. ⁵³	Period poverty, reuse needs, and depressive symptoms among refugee menstruators in Jordan's camps: a cross-sectional study	Estudio observacional transversal	386 mujeres y personas que menstrúan refugiadas (13-55 años) en campamentos de Jordania.	- La pobreza menstrual afecta al 42% de las participantes y el 71,5% reutiliza materiales, lo que aumenta el riesgo de infecciones. - La pobreza menstrual se asocia con desigualdad educativa, laboral, económica, sanitaria y familiar. - La escala MPNS-36 (Menstrual Practice Needs Scale-36) evidencia falta de recursos para una gestión menstrual segura. - Se reporta un riesgo 2,22 veces mayor de sufrir sintomatología depresiva evaluada mediante la escala PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) en personas con pobreza menstrual.
Sinha M et al. ⁵⁴	Intertwined burdens: exploring the relationship between menstruation, social status, and hysterectomy among agrarian women in India	Estudio cualitativo	38 mujeres de zonas rurales agrarias (> 18 años), sometidas a una histerectomía en los últimos 10 años y sin otras enfermedades físicas o mentales concomitantes.	- Vulnerabilidad de las mujeres ante el poder médico; se omiten alternativas no quirúrgicas y se compromete el CI. - La histerectomía se percibe como vía para recuperar la capacidad laboral agraria. - La gestión de la salud menstrual está condicionada por creencias tradicionales e ideales de feminidad normativa. - Se recomienda reforzar el CI, la toma de decisiones compartidas y la inclusión de la salud menstrual en las agendas de desarrollo y políticas públicas.

Sarwar U et al. ⁵⁵	Social support, quality of life and mental health problems among females with and without menstruation problems: a comparative study	Estudio transversal analítico	408 mujeres (206 con problemas menstruales y 202 sin ellos) con edades comprendidas entre los 13 y 40 años.	- Las mujeres con problemas menstruales mostraron peor calidad de vida (QoL) y más problemas de salud mental que el grupo sin alteraciones, según la escala DASS (<i>Depression Anxiety Stress Scale</i>). - No hubo diferencias significativas en el apoyo social percibido. - Las alteraciones más frecuentes fueron dismenorrea (18.9%), la oligomenorrea (16,4%) y la menorragia (15,2%).
Márquez-González H et al. ⁵⁶	Clinical, Epidemiologic and Ethical Aspects of Hysterectomy in Young Females With Intellectual Disability: A Multi-Centre Study of Public Hospitals in Mexico City	Estudio observacional transversal	50 registros médicos de histerectomías, correspondientes a mujeres ≤ 25 años con discapacidad intelectual.	- La histerectomía abdominal total profiláctica fue la intervención más frecuente en mujeres jóvenes con discapacidad intelectual (84% de los casos). - Se realizó por control de fertilidad, higiene y prevención del abuso sexual. - El estudio señala conflictos éticos relacionados con autonomía, no maleficencia, justicia e integridad corporal.
LeBlanc SS ⁵⁷	School nurses and menstrual communication: Destigmatizing the stigma among adolescents	Estudio cualitativo	9 enfermeras escolares de un distrito escolar del noreste de Indiana.	- Las enfermeras escolares favorecen la normalización de la menstruación y la reducción del estigma mediante educación menstrual y un lenguaje positivo. - El apoyo coordinado con familias y docentes favorece un abordaje integral de las necesidades menstruales en el entorno escolar. - Se identifica la necesidad de mayor financiación para productos menstruales y de más enfermeras escolares.
Angelhoff C et al. ⁵⁸	Supporting girls with painful menstruation - A qualitative study with school nurses in Sweden	Estudio cualitativo	15 enfermeras escolares en Suecia.	- Las enfermeras escolares destacan la importancia de tomarse en serio el dolor menstrual y actuar como referentes educativos. - Se identifican barreras estructurales, como falta de guías y vías de derivación. - Se recomienda reforzar la educación menstrual, reducir el estigma y mejorar la coordinación con atención primaria y clínicas juveniles.
Eldestrand L et al. ⁵⁹	Supporting young women with menstrual pain – Experiences of midwives working at youth clinics	Estudio cualitativo	15 matronas que trabajaban en clínicas juveniles suecas.	- Las matronas identifican la normalización del dolor menstrual y la falta de conocimiento como barreras principales. - Su intervención combina educación, estrategias de afrontamiento y alivio del dolor. Se recomienda reforzar la educación menstrual en jóvenes.

Revanka SS et al. ⁶⁰	Effect of Nurse-Led Intervention on Stress and Menstrual Parameters Regarding Menstrual Health Management Among Adolescent Girls	Ensayo clínico aleatorizado	80 adolescentes de entre 12 y 15 años que ya habían experimentado la menarquia.	- La intervención enfermera, basada en ejercicios pélvicos, suplementación nutricional y educación menstrual, redujo el estrés menstrual, mejoró parámetros de anemia y favoreció prácticas de higiene menstrual. - La educación enfermera mejora la comprensión de la salud menstrual y el bienestar de las adolescentes, al reducir los niveles de estrés.
---------------------------------	--	-----------------------------	---	---

Tabla 3. Resumen de los resultados de los estudios incluidos en la revisión bibliográfica. Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se exponen los resultados extraídos de los 17 artículos incluidos en la revisión⁴⁴⁻⁶⁰, organizados en función de los objetivos planteados.

5.1 IMPLICACIONES SOCIALES Y SANITARIAS DEL ESTIGMA MENSTRUAL

Los resultados muestran que el estigma menstrual se expresa tanto en la vivencia individual como en los ámbitos social, laboral, educativo y sanitario. A nivel individual, la menstruación aparece asociada a emociones negativas o de malestar, destacando el cansancio (59,1%), la sensibilidad (58,7%), la tristeza (24,2%) y el enfado (22,7%)⁴⁴. Estas emociones suelen atribuirse a cambios hormonales, reforzando estereotipos de irracionalidad e inestabilidad emocional que invalidan las experiencias de las personas que menstrúan⁴⁵.

Asimismo, se observa una preocupación importante por la visibilidad del sangrado. En el estudio de Medina-Perucha et al., el 83,3% de las participantes reportó miedo a manchar la ropa en público, el 19,2% manifestó vergüenza al hablar de la menstruación y el 58,5% refirió conductas de ocultación⁴⁴. Este miedo al manchado y a la exposición pública se relaciona con el estigma interiorizado hacia la sangre menstrual, condicionando la vestimenta, la participación en actividades cotidianas y generando una vigilancia corporal constante^{45,46}.

La vergüenza también se refleja en la necesidad de ocultar productos menstruales, como compresas o tampones, especialmente en espacios educativos y laborales, por temor al juicio social⁴⁷. Asimismo, se identifican experiencias de discriminación o juicio por menstruar, referidas por el 44,5% de las participantes en el estudio de Medina-Perucha et al.⁴⁴. Desde una perspectiva sociocultural, este estigma se vincula con estructuras sociales patriarcales y con una baja alfabetización en salud menstrual, que contribuyen a mantener una “etiqueta menstrual” basada en el silencio, la discreción y la censura de la comunicación abierta sobre el ciclo y la dismenorrea^{48,49,50}. En este sentido, las personas que menstrúan destacan la importancia de normalizar la menstruación para evitar la necesidad de ocultarla^{47,48}.

En el ámbito educativo y laboral, la menstruación puede convertirse en un obstáculo que refuerza dinámicas de ocultación y minimización de síntomas. Aunque un 41% de las participantes reportó absentismo por malestar físico en el estudio de Sánchez-López et al.⁴⁵, otros estudios señalan que muchas personas perciben que ausentarse por dolor menstrual puede tener consecuencias negativas, lo que favorece el presentismo y la presión por continuar con las actividades habituales pese al malestar^{45,49}. Algunas personas incluso refieren ocultar sus síntomas o fingir enfermedades menos estigmatizadas para justificar su ausencia o malestar⁴⁹. Estas dinámicas se intensifican en contextos masculinizados, donde el tabú menstrual dificulta aún más la comunicación sobre las necesidades menstruales^{49,51}.

Junto a estas barreras de participación, los estudios identifican déficits importantes en la educación menstrual, especialmente en relación con la fisiología del ciclo, el uso de productos menstruales y el manejo de síntomas^{48,51}. La escasa inclusión de la población masculina en esta educación contribuye a perpetuar la falta de comprensión social y el estigma en la edad adulta^{48,51}. En el ámbito sanitario, el estigma y la baja alfabetización menstrual pueden dificultar la comunicación clínica y la búsqueda de ayuda, especialmente cuando el dolor menstrual no se reconoce como un motivo legítimo de consulta o cuando las personas perciben que sus síntomas son minimizados por los profesionales^{49,50}.

Los resultados también muestran que el estigma menstrual no afecta de forma homogénea, sino que se distribuye de manera desigual según factores interseccionales como la identidad de género, el origen, la edad o la situación socioeconómica. La asociación normativa entre menstruación y feminidad puede generar exclusión en personas que menstrúan pero no se identifican como mujeres, especialmente personas trans y no binarias, quienes refieren mayor vergüenza al comprar productos o hablar de menstruación, mayor ocultación, disforia de género y experiencias de discriminación o juicio^{44,47,52}. Asimismo, la probabilidad de experimentar vergüenza al adquirir productos menstruales es mayor en personas nacidas en Latinoamérica y otros países no europeos, especialmente en aquellas sin nacionalidad española. Además, las poblaciones migrantes y las personas en situación de privación socioeconómica presentan una mayor exposición a inequidades menstruales, lo que repercute negativamente en su bienestar físico y psicológico⁴⁴.

En conjunto, los estudios muestran que el estigma menstrual condiciona la vivencia individual del ciclo, la participación social, educativa y laboral, y la comunicación con el entorno sanitario, con un impacto especialmente relevante en personas en situación de vulnerabilidad o expuestas a distintas formas de discriminación.

5.2 REPERCUSIÓN DE LA POBREZA E INEQUIDAD MENSTRUAL EN LA CALIDAD DE VIDA

La literatura revisada evidencia la existencia de distintas desigualdades sociales, económicas y estructurales que condicionan tanto la vivencia de la menstruación como el acceso a recursos y servicios. La pobreza menstrual se manifiesta como una realidad con una prevalencia que oscila entre el 22,2% y el 39,9% de las participantes en España del estudio de Medina-Perucha et al⁴⁴. En contextos de alta vulnerabilidad, como en los campos de refugiados en Jordania, hasta un 42% de las personas reporta dificultades económicas para adquirir productos menstruales y el 71,5% reutiliza materiales⁵³.

Esta carencia no se limita únicamente a la falta de recursos materiales. En España, en torno al 75% de las encuestadas en el estudio de Medina-Perucha et al. admite haber sobreutilizado productos menstruales debido a la falta de espacios adecuados y limpios para el manejo menstrual fuera del hogar⁴⁴. En este sentido, Agtarap et al. señalan que, aunque la elección de productos puede constituir una forma de empoderamiento, el elevado coste limita el acceso y la autonomía de muchas personas⁴⁶.

La inequidad menstrual se relaciona estrechamente con los determinantes sociales de la salud⁴⁴. Los principales factores de riesgo identificados incluyen la situación administrativa irregular, el origen geográfico (especialmente nacer en países fuera de Europa o Latinoamérica) y la identidad de género no binaria. Por el contrario, la estabilidad económica y poseer estudios universitarios actúan como factores protectores frente a la pobreza menstrual.

En el caso de las poblaciones refugiadas, la pobreza menstrual se asocia con una edad de matrimonio más temprana, mayor número de hijos, desempleo, bajos niveles educativos tanto propios como de los progenitores, ausencia de seguro médico y mayor puntuación en el Patient Health Questionnaire (PHQ-9), utilizado para medir los síntomas depresivos⁵³. Asimismo, Medina-Perucha L et al. reportan que más del 40% de las personas encuestadas en su estudio ha sufrido discriminación menstrual, riesgo que se eleva de nuevo en personas no binarias o en situación administrativa irregular⁴⁴.

La alfabetización menstrual también aparece como un componente relevante de la inequidad. En el estudio de Medina-Perucha et al.⁴⁴, el 57,8% de las personas recibió una educación menstrual nula o parcial antes de la menarquia. Esta falta de conocimiento limita la comprensión del ciclo, la identificación de síntomas y la capacidad para gestionar la menstruación de forma informada. En esta línea, Agtarap et al. señalan que la alfabetización corporal y el conocimiento de las fases del ciclo menstrual favorecen el empoderamiento y la autoconciencia sobre los procesos fisiológicos⁴⁶.

Las consecuencias de la inequidad impactan en las distintas esferas del bienestar. La falta de recursos y apoyo agrava el impacto de síntomas físicos y emocionales relacionados con el ciclo menstrual, como el dolor, el sangrado y los cambios de humor, que pueden limitar la vida diaria, las relaciones sociales y afectan negativamente a la salud sexual y mental⁵². En el ámbito físico, las mujeres en entornos agrarios de bajos recursos enfrentan barreras de acceso que retrasan la búsqueda de atención ante problemas ginecológicos, agravados por condiciones laborales de alta intensidad que derivan en dolor crónico, prolapsos y malestar somático⁵⁴. A nivel psicológico, se observa una correlación directa entre la pobreza menstrual y la salud mental. Sarwar et al., emplean la Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MPSS), una escala de calidad de vida (QoL) y la Depression Anxiety and Stress Scale (DASS), identificando peor calidad de

vida y mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés en personas con dismenorrea, oligomenorrea o menorragia respecto a aquellas sin problemas menstruales⁵⁵. Asimismo, las personas refugiadas que experimentan falta de recursos menstruales tienen una probabilidad 2,224 veces mayor de referir síntomas depresivos de moderados a graves en comparación con quienes no la sufren, según la escala PHQ-9⁵³. Esta precariedad exacerba sentimientos de vergüenza y depresión vinculados al estigma social, poniendo de manifiesto la relación directa entre las necesidades básicas menstruales no satisfechas y el riesgo de padecer problemas de salud mental⁵³.

En cuanto a la participación social, la falta de acceso a productos y el estigma cultural se relacionan con absentismo educativo y laboral. Medina-Perucha et al. reportan cifras de absentismo del 56,6% en el ámbito escolar y del 18,3% en el laboral⁴⁴, mientras que Graeve et al. describen dificultades para asistir al trabajo, la escuela y actividades sociales por síntomas menstruales, estigma cultural y falta de acceso a productos o atención sanitaria⁴⁷. Además, el acceso a servicios sanitarios por motivos menstruales también se encuentra condicionado por el nivel educativo, siendo más frecuente en personas con estudios universitarios, lo que evidencia una desigualdad en la oportunidad de recibir atención sanitaria⁴⁴.

En conjunto, estos resultados muestran que la pobreza e inequidad menstrual repercuten en la calidad de vida al afectar al bienestar físico, psicológico y social, así como a la participación educativa, laboral y sanitaria de las personas que menstrúan.

5.3 IMPLICACIONES ÉTICAS DE LA PATOLOGIZACIÓN DE LA MENSTRUACIÓN

Los hallazgos muestran que la salud menstrual continúa estando escasamente integrada en la práctica clínica, especialmente en relación con el abordaje del dolor menstrual, la dismenorrea y las alteraciones del ciclo⁴⁵. Se identifica una carencia de opciones intermedias para el manejo de la dismenorrea, donde las soluciones suelen oscilar entre la naturalización del dolor como un componente intrínseco del ciclo y la manipulación del ciclo mediante anticoncepción hormonal⁴⁹.

Esta situación se agrava con la normalización de las dolencias menstruales por parte de profesionales y familias, quienes pueden minimizar la sintomatología mediante un lenguaje desestimatorio que atribuye el malestar a factores fortuitos o a la propia naturaleza del ciclo^{49,52}. Esta construcción social del dolor como algo normal contribuye a adaptaciones conductuales negativas, como el retraso en la búsqueda de atención sanitaria y la dificultad para identificar síntomas que podrían requerir valoración profesional.

Por otro lado, la comunicación con los profesionales sanitarios suele describirse como negativa y frustrante. Algunas participantes manifiestan sentirse ignoradas o presionadas para iniciar el

uso de anticonceptivos hormonales⁵⁰. El uso de estos métodos es percibido por algunas personas como una barrera para la conciencia menstrual y la alfabetización corporal, generando una sensación de desempoderamiento al dificultar el reconocimiento de las características propias del ciclo^{48,49}. En consecuencia, se observa una insatisfacción derivada de la prioridad médica por eliminar el sangrado mensual, en lugar de proporcionar estrategias de manejo del dolor que respeten el ciclo como un indicador de salud y vitalidad⁴⁹.

En contextos de especial vulnerabilidad, la medicalización alcanza prácticas quirúrgicas irreversibles. En el caso de mujeres jóvenes con discapacidad intelectual, la histerectomía no terapéutica se presenta como una práctica normalizada⁵⁶. Los motivos principales de estas intervenciones, compartidos en gran medida por padres y médicos, incluyen el control de la fertilidad, la gestión de la higiene menstrual y, en menor medida, la prevención del riesgo de abuso sexual⁵⁶. Según el estudio de Márquez-González et al., la intervención más frecuente es la histerectomía abdominal total profiláctica en el 84% de los casos, motivada en parte porque la menstruación es percibida por los cuidadores como un "problema" adicional que genera estrés y miedo. Desde una perspectiva ética, se identifican conflictos relacionados con la autonomía, la no maleficencia y la justicia, ya que la forma en la que se presenta la información médica puede influir en la decisión de madres, padres o cuidadores, especialmente cuando la histerectomía se plantea como una intervención segura y preventiva. Esta forma de enmarcar la información puede limitar una elección verdaderamente autónoma y reflejar una interpretación técnica y reduccionista de la beneficencia, en la que se prioriza el criterio médico sobre la integridad corporal y los derechos reproductivos.

De manera similar, en entornos rurales de otros contextos, las mujeres pueden encontrarse en una posición de vulnerabilidad ante las recomendaciones médicas debido a bajos niveles educativos, desigualdades socioeconómicas y menor acceso a información sanitaria⁵⁴. En este contexto, la decisión de someterse a una histerectomía puede verse condicionada por la falta de información sobre alternativas terapéuticas. El estudio propone políticas orientadas a reforzar el CI, la toma de decisiones compartida y una mayor regulación de estas intervenciones.

En conjunto, estos hallazgos muestran que la patologización de la menstruación adquiere especial relevancia ética cuando limita la autonomía, reduce las alternativas disponibles, normaliza el dolor o afecta a personas en situación de vulnerabilidad.

5.4 ABORDAJE DE LA SALUD MENSTRUAL EN LA PRÁCTICA ENFERMERA

La evidencia analizada muestra que las enfermeras, especialmente las escolares, desempeñan un papel relevante en el abordaje de la salud menstrual⁵⁷⁻⁵⁹. Las enfermeras escolares son descritas como “primera línea de defensa” para las jóvenes, ya que emplean un lenguaje positivo, claro y poco medicalizado que favorece la normalización del ciclo menstrual⁵⁷. Esta labor implica favorecer la aceptación de la menstruación como parte de la experiencia corporal y reducir la culpa o vergüenza asociada a los prejuicios sociales sobre el ciclo.

Más allá, las enfermeras escolares son consideradas figuras clave en la transmisión de conocimientos sobre el dolor menstrual, subrayando la importancia de tomarse en serio la dismenorrea y evitar que las jóvenes la normalicen por falta de información o por patrones de resignación socialmente aprendidos^{58,59}. Para lograr una comunicación efectiva desde etapas tempranas, resulta fundamental establecer un vínculo terapéutico sólido que permita mantener conversaciones sobre la salud menstrual desde las primeras experiencias menstruales^{50,57}.

Las intervenciones lideradas por enfermería, tanto educativas como no farmacológicas, han demostrado efectos positivos en adolescentes. Entre ellas se incluyen el ejercicio, la educación menstrual y el apoyo nutricional, orientados a mejorar el bienestar, reducir el estrés vinculado al dolor menstrual y abordar parámetros relacionados con la anemia ferropénica⁶⁰. Además, otros estudios destacan recomendaciones de autocuidado como el calor local, la actividad física ligera y el uso adecuado de analgésicos para el manejo del dolor^{58,59}.

Además, los estudios destacan la importancia de que la enfermería explique el uso adecuado de productos menstruales y favorezca el acceso a ellos, especialmente en contextos de pobreza menstrual y absentismo escolar⁵⁷. Para apoyar estas acciones, se destaca la necesidad de contar con materiales educativos específicos, como folletos adaptados a la edad, que aborden no solo la higiene, sino también estrategias de autocuidado y una comprensión integral de la salud menstrual^{58,60}.

Por lo tanto, estos resultados señalan que la enfermería puede desempeñar un papel relevante en la educación menstrual, la reducción del estigma, el acompañamiento, la promoción del autocuidado y la detección de alteraciones relacionadas con el ciclo.

6. DISCUSIÓN

6.1 ESTIGMA MENSTRUAL Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL

Los resultados de esta revisión permiten interpretar la menstruación como una experiencia socialmente estigmatizada. A partir del marco teórico de Goffman^{19,20}, la menstruación puede entenderse como un atributo socialmente desacreditado que condiciona la identidad, las interacciones sociales y la participación en el espacio público. Johnston-Robledo y Chrisler² señalan que la menstruación encaja en las tres categorías de estigma propuestas por Goffman: las “abominaciones del cuerpo”, los “defectos de carácter” y las “identidades tribales” o marcadores sociales asociados a grupos marginados.

En relación con las “abominaciones del cuerpo”, categoría vinculada a marcas corporales socialmente rechazadas, la evidencia analizada muestra que la sangre menstrual continúa percibiéndose culturalmente como un fluido contaminante, sucio e impuro^{2,45,46}. Esta percepción se refleja en la elevada preocupación por el manchado, la ocultación de productos menstruales y la vigilancia constante del cuerpo durante el ciclo⁴⁴⁻⁴⁷. El miedo a que el sangrado se haga visible puede interpretarse como el temor a revelar la “marca” física del estigma, lo que condiciona la vestimenta, la participación en actividades cotidianas y la relación con el propio cuerpo⁴⁵.

Esta necesidad de invisibilización coincide con lo descrito por Johnston-Robledo y Chrisler al conceptualizar la menstruación como un estigma oculto². A diferencia de otros atributos visibles, la menstruación puede mantenerse escondida, pero exige una supervisión constante para evitar que sea descubierta. En este sentido, los hallazgos encontrados muestran que las personas que menstrúan desarrollan estrategias de autocontrol, planificación y ocultación para evitar el juicio social, especialmente en espacios educativos y laborales^{44-47,49}.

La percepción de la menstruación como impureza se transmite socialmente mediante múltiples mecanismos culturales. La publicidad de productos menstruales, los discursos familiares, el lenguaje cotidiano y determinadas representaciones sociales han reforzado históricamente la idea de que menstruar debe permanecer oculto². Esto se relaciona con la “cultura del silencio”, perpetuada mediante la evitación del tema en espacios públicos, la segregación educativa y el uso de eufemismos para referirse a la menstruación. La literatura revisada permite interpretar esta evitación lingüística como un mecanismo de reproducción del tabú, ya que contribuye a mantener la menstruación como un asunto incómodo, privado y difícil de comunicar^{44-46,50}.

La segunda categoría de Goffman, vinculada a los “defectos de carácter”, hace referencia a atributos asociados a debilidad moral, inestabilidad o falta de autocontrol. En relación con la menstruación, permite interpretar los estereotipos que asocian la menstruación con inestabilidad

emocional, irracionalidad o falta de autocontrol. Los resultados de esta revisión muestran que las emociones relacionadas con el ciclo suelen atribuirse de manera automática a los cambios hormonales, reforzando la idea de que las personas que menstrúan, especialmente cuando son leídas socialmente como mujeres, son emocionalmente inestables⁴⁵.

Este tipo de estigma también se manifiesta en los contextos laboral y educativo. La evidencia analizada muestra que muchas personas continúan con sus actividades habituales pese al malestar, ocultan síntomas o justifican su ausencia mediante enfermedades menos estigmatizadas^{45,49}. Estas conductas reflejan que el problema no se limita al dolor en sí, sino al modo en que las normas sociales condicionan la posibilidad de expresar necesidades relacionadas con la menstruación sin temor al juicio, la penalización o la pérdida de legitimidad⁵¹.

Por último, la categoría de “identidades tribales” permite comprender cómo la menstruación funciona como marcador social de feminidad. Johnston-Robledo y Chrisler señalan que la menarquia ha sido interpretada históricamente como una transición hacia la feminidad, imponiendo normas de comportamiento “adecuado” y restringiendo determinadas formas de libertad corporal². Sin embargo, los hallazgos de esta revisión muestran que esta asociación normativa entre la menstruación y la feminidad puede resultar excluyente para personas trans y no binarias, quienes experimentan una doble estigmatización: por menstruar y por no encajar en la representación social dominante de la menstruación como experiencia exclusivamente femenina^{44,47,52}. Asimismo, el estigma menstrual se agrava en situaciones de vulnerabilidad social. Las personas migrantes o en situación socioeconómica precaria presentan mayor riesgo de experimentar vergüenza, discriminación y barreras para gestionar la menstruación. Estos resultados muestran que el estigma menstrual no se distribuye de forma homogénea, sino que se intensifica a través de factores interseccionales como el género, la identidad, el origen, la clase social o la situación administrativa, configurando formas de vulnerabilidad que afectan al bienestar físico, psicológico y social^{44,52}.

Desde la práctica sanitaria, estos hallazgos tienen implicaciones relevantes. El silencio cultural en torno a la menstruación puede dificultar la comunicación clínica, retrasar la búsqueda de ayuda y favorecer la normalización del dolor^{44,47-51}. Por ello, abordar el estigma menstrual requiere no solo mejorar la educación menstrual, sino también promover espacios de comunicación seguros, accesibles y libres de juicio. La enfermería, por su cercanía a la educación para la salud y el acompañamiento en etapas clave como la adolescencia, se sitúa en una posición especialmente relevante para favorecer esta desestigmatización⁵⁷.

En conjunto, estos hallazgos sugieren que el estigma menstrual no se distribuye de forma homogénea, sino que se intensifica por factores interseccionales como el género, la identidad, el

origen, la clase social o la situación administrativa, configurando formas de vulnerabilidad que afectan al bienestar físico, psicológico y social⁴⁴⁻⁵².

6.2 INEQUIDAD MENSTRUAL DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES

Para comprender la complejidad de la inequidad menstrual, los resultados de esta revisión pueden interpretarse a partir del marco de los DSS propuesto por Solar e Irwin³⁰. Este enfoque permite observar cómo la estructura social, económica, política y cultural impacta en la vivencia menstrual y en el bienestar de las personas que menstrúan. En este trabajo, dicho marco se ha adaptado a la salud menstrual, tal y como se recoge en la Figura 2 incluida en Anexos, con el objetivo de sintetizar la relación entre los determinantes estructurales, los determinantes intermedios y sus efectos sobre la salud menstrual.

En primer lugar, los determinantes estructurales identificados muestran que la inequidad menstrual se relaciona con la posición social de las personas. Factores como el género, la identidad, el estatus migratorio, el origen geográfico, la clase social y el nivel educativo influyen en el riesgo de experimentar pobreza menstrual, vergüenza, ocultación o discriminación. En este sentido, la identidad no binaria, la situación administrativa irregular y haber nacido en países fuera de Europa o Latinoamérica se asocian con mayor vulnerabilidad⁴⁴, mientras que la estabilidad económica y el nivel educativo superior actúan como factores protectores^{44,53}. En contextos de especial vulnerabilidad, como los campos de refugiados, estos determinantes se acumulan y se relacionan con desempleo, bajo nivel educativo, matrimonio temprano, mayor número de hijos y mayor sintomatología depresiva⁵³.

En segundo lugar, los determinantes intermedios permiten comprender cómo estas desigualdades se materializan en la vida cotidiana. La falta de recursos económicos dificulta el acceso a productos menstruales, pero la pobreza menstrual no se limita al coste de estos. También incluye la ausencia de agua, saneamiento, privacidad, baños limpios y espacios adecuados para el cambio o la eliminación de residuos³¹. Desde el enfoque WASH, estas condiciones son esenciales para una gestión menstrual segura y digna. El hecho de que en torno al 75% de las participantes de estudio de Medina-Perucha et al. en España refiera sobreutilizar productos por falta de espacios adecuados fuera del hogar muestra que la inequidad menstrual también depende de infraestructuras y condiciones materiales^{44-46,48,53}.

A estas barreras materiales se suman factores psicosociales, conductuales y sanitarios. El estigma, la vergüenza, la discriminación y el silencio pueden actuar como estresores que agravan la vivencia menstrual, especialmente cuando se combinan con precariedad económica o exclusión social⁴⁴. Además, ante la falta de recursos o instalaciones adecuadas, pueden aparecer estrategias de manejo que comprometen la salud, como la reutilización de productos

en contextos de refugio o su sobreuso en espacios sin baños adecuados^{44,48,53}. El acceso a los servicios sanitarios tampoco se distribuye de forma equitativa, ya que se encuentra condicionado por el nivel educativo, siendo más frecuente en personas con estudios universitarios⁴⁴.

La convergencia de estos determinantes estructurales e intermedios se traduce en desigualdades en salud. A nivel físico, la falta de recursos, apoyo y acceso sanitario puede agravar el dolor, el sangrado y otros síntomas menstruales⁵², especialmente en contextos laborales y sociales de mayor precariedad⁵⁴. Además, Sarwar et al. muestran que las personas con problemas menstruales presentan peor calidad de vida y mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés que aquellas sin problemas menstruales (evaluado mediante las escalas QoL y DASS)⁵⁵, lo que refuerza la necesidad de comprender la salud menstrual desde una perspectiva biopsicosocial. Esta relación entre salud menstrual y salud mental también se observa en contextos de pobreza menstrual ya que, en población refugiada, quienes presentaban falta de recursos menstruales tenían una probabilidad 2,224 veces mayor de referir síntomas depresivos moderados o graves según la escala PHQ-9⁵³. Por último, a nivel social, la inequidad menstrual limita la participación educativa, laboral y comunitaria, relacionándose con absentismo escolar y laboral^{44,47}.

Ante este escenario, la justicia menstrual surge como un marco necesario para abordar la inequidad menstrual desde una perspectiva estructural, interseccional y de derechos humanos¹³. Este enfoque permite desplazar el foco desde la responsabilidad individual hacia las condiciones sociales, económicas e institucionales que dificultan menstruar con dignidad. En este sentido, los resultados de esta revisión muestran que garantizar productos menstruales, aunque necesario, no es suficiente si no se acompaña de educación menstrual, infraestructuras adecuadas, atención sanitaria accesible y eliminación del estigma. Esta idea coincide con estudios que advierten del riesgo de reducir las políticas menstruales a medidas materiales aisladas, sin abordar la complejidad de las inequidades menstruales ni las estructuras sociales que la sostienen^{13,48}.

En España, la Ley Orgánica 1/2023 supone un avance relevante al reconocer la salud durante la menstruación como parte inherente del derecho a la salud sexual y reproductiva¹⁶. No obstante, los resultados de esta revisión permiten señalar algunos límites en su alcance. La incapacidad temporal queda vinculada a la menstruación incapacitante secundaria, asociada a patologías diagnosticadas, lo que puede excluir a personas con dismenorrea primaria o con patologías todavía no diagnosticadas, pese a experimentar dolor incapacitante¹³. Esta limitación resulta relevante si se considera que el dolor menstrual puede generar absentismo, presentismo y limitaciones en la vida cotidiana^{44,45,49}.

Asimismo, los hallazgos muestran que la inequidad menstrual no se resuelve únicamente mediante el acceso a productos o el reconocimiento de derechos laborales. Las políticas menstruales deben incorporar una perspectiva integral e interseccional que contemple educación, infraestructuras, acceso sanitario, protección frente al estigma y atención a colectivos en situación de vulnerabilidad^{44,46-48,51-54,58}. Desde esta perspectiva, los resultados de esta revisión permiten vincular la salud menstrual de forma transversal con los ODS, especialmente con el fin de la pobreza (ODS 1), la salud y el bienestar (ODS 3), la educación de calidad (ODS 4), la igualdad de género (ODS 5), el acceso a agua y saneamiento (ODS 6) y el trabajo decente (ODS 8), ya que evidencian su relación con el bienestar físico y psicológico, el absentismo educativo y laboral, la pobreza menstrual, el acceso a recursos e instalaciones y la participación social^{13,28,29,44,47,53}. Por tanto, avanzar hacia la justicia menstrual implica no solo mejorar la gestión individual de la menstruación, sino también transformar las condiciones sociales, materiales y sanitarias que producen desigualdad.

6.3 MEDICALIZACIÓN DEL CICLO Y DILEMAS ÉTICOS

Los resultados de esta revisión permiten interpretar la salud menstrual como un ámbito atravesado por una tensión ética entre la invisibilización del malestar, la normalización del dolor y la intervención biomédica^{49,51,52,54,56,57}. En el caso de la menstruación, la medicalización se produce en un contexto marcado por el estigma, la desigualdad de género y la baja alfabetización corporal, lo que puede favorecer que muchas personas dependan del discurso profesional para interpretar su propio ciclo.

Uno de los hallazgos más relevantes es el déficit educativo en torno al ciclo menstrual. El hecho de que el 57,8% de las participantes recibiera una educación menstrual nula o parcial antes de la menarquia muestra que muchas personas llegan a la vida reproductiva con conocimiento insuficiente sobre su propio cuerpo⁴⁴. Esta falta de alfabetización limita la autoconciencia corporal y dificulta la identificación de signos de alarma, lo que afecta directamente al principio de autonomía¹². Desde esta perspectiva, la educación menstrual integral no solo constituye una estrategia de promoción de la salud, sino una condición necesaria para tomar decisiones informadas sobre el propio cuerpo^{46,48,51}.

Sin embargo, los resultados muestran que la atención sanitaria menstrual no siempre favorece dicha autonomía. La comunicación con profesionales se describe en algunos estudios como negativa o frustrante, especialmente cuando las personas se sienten poco escuchadas, ven minimizados sus síntomas o perciben presión hacia el uso de anticoncepción hormonal^{49,50}. Además, se identifica una falta de opciones intermedias para el manejo de la dismenorrea, oscilando entre la naturalización del dolor y la manipulación hormonal del ciclo⁴⁹. Esta situación

puede limitar la capacidad real de elección y la calidad del CI, especialmente cuando no se ofrecen alternativas terapéuticas diversas, información clara y acompañamiento individualizado.

En este sentido, la medicalización menstrual puede entenderse como un “arma de doble filo”: puede contribuir a visibilizar síntomas, mejorar la atención y reducir el sufrimiento, pero también puede reforzar la idea de que el cuerpo menstruante es frágil o necesita control médico^{3,35}. Esta ambivalencia se observa en el uso de anticoncepción hormonal, que algunas personas perciben como una barrera para la conciencia menstrual y la alfabetización corporal al inhibir la manifestación fisiológica del ciclo^{48,49}. Cuando la prioridad clínica se centra en eliminar el sangrado en lugar de comprender sus causas y acompañar el dolor, el ciclo deja de valorarse como indicador de salud y pasa a conceptualizarse como una alteración que debe controlarse⁴⁹.

Esta problemática también se relaciona con los principios de beneficencia y no maleficencia¹². La beneficencia no puede reducirse a eliminar síntomas mediante una intervención técnica, sino que debe considerar las preferencias, valores y contexto de la persona. Del mismo modo, la no maleficencia exige evitar daños derivados tanto de la inacción como de intervenciones innecesarias o desproporcionadas. En este sentido, la normalización del dolor por parte de profesionales y familias puede retrasar la búsqueda de atención y dificultar la identificación de síntomas que requieren valoración sanitaria^{49,52}.

La dimensión bioética de la medicalización se evidencia con mayor gravedad en contextos de vulnerabilidad. En mujeres jóvenes con discapacidad intelectual, la histerectomía no terapéutica aparece como una práctica todavía presente en determinados contextos sanitarios¹⁰. En el estudio de Márquez-González et al., estas intervenciones se vinculan principalmente con el control de fertilidad, la gestión de la higiene menstrual y la prevención del abuso sexual⁵⁶. Desde una perspectiva ética, estos hallazgos plantean conflictos directos con la autonomía, la no maleficencia y la justicia¹², al afectar a la integridad corporal y a los derechos reproductivos de personas en situación de especial vulnerabilidad.

Márquez-González et al. señalan que el consentimiento de padres o cuidadores puede verse condicionado por la forma en que el profesional presenta la información, especialmente cuando la histerectomía se describe como una intervención segura y preventiva⁵⁶. Esto puede comprometer la comprensión y voluntariedad de la decisión, debilitando la autonomía real. Además, una beneficencia interpretada de forma paternalista puede reforzar relaciones asimétricas de poder médico, priorizando el criterio técnico sobre la integridad corporal y los derechos reproductivos.

Esta cuestión se relaciona con la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos¹¹, que exige respetar la dignidad humana, garantizar el consentimiento libre e informado, proteger

a las personas en situación de vulnerabilidad y evitar la discriminación. Desde este marco, la histerectomía no terapéutica no puede justificarse únicamente desde una supuesta intención protectora si no respeta la autonomía, la integridad corporal, la justicia y los derechos reproductivos.

De forma similar, en entornos rurales agrarios, las mujeres pueden quedar expuestas al “dominio profesional” de los médicos debido a bajos niveles educativos, desigualdades socioeconómicas y menor acceso a información sanitaria⁵⁴. Esta situación puede dificultar una toma de decisiones plenamente informada, especialmente cuando no se explican alternativas terapéuticas o cuando la histerectomía se presenta como solución preferente⁵⁴. Esto muestra que la medicalización no afecta a todas las personas por igual, sino que se intensifica en contextos de desigualdad social, educativa y de género.

En conjunto, estos hallazgos muestran que el reto ético no consiste en rechazar la intervención sanitaria, sino en evitar que esta sustituya a la educación, la autonomía y la escucha clínica^{51,52,54,56,57}. Frente a ello, la atención menstrual debe orientarse a reconocer el ciclo como indicador de salud, promover la alfabetización corporal, garantizar el CI y ofrecer alternativas terapéuticas diversas, evitando tanto la desatención del malestar como la patologización innecesaria de procesos fisiológicos^{47, 48, 50}.

6.4 ACTUACIÓN DE LAS ENFERMERAS EN LA SALUD MENSTRUAL

Los hallazgos de esta revisión subrayan que las enfermeras no solo actúan como proveedoras de cuidados técnicos, sino también como un agente estratégico para la promoción de la equidad menstrual^{57,59,60}. A diferencia de otros espacios asistenciales más centrados en la demanda clínica, la enfermería escolar pueden intervenir de forma temprana, continuada y cercana en una etapa clave del desarrollo, facilitando la educación menstrual, detección de necesidades y acompañamiento ante el dolor o las dificultades para gestionar el ciclo⁵⁷⁻⁶⁰.

Esta posición resulta especialmente relevante si se considera que, en la Comunidad de Madrid, un estudio prospectivo longitudinal realizado en 2010 situó la edad media de la menarquia en los 12,0 años y el inicio de la pubertad a los 10,1 años⁶¹. Esto implica que la primera experiencia menstrual ocurre mayoritariamente en la etapa escolar, lo que justifica la necesidad de contar con enfermeras escolares capacitadas desde la educación primaria. Además, su presencia puede favorecer el establecimiento de un vínculo terapéutico que permita mantener conversaciones sobre la salud menstrual desde etapas tempranas⁵⁰. Esta intervención precoz resulta fundamental, dado que muchas adolescentes llegan a la pubertad desinformadas o sin preparación suficiente. Aunque las madres son la fuente principal de información, esta puede proporcionarse tarde, resultar insuficiente, o transmitir conceptos erróneos y tabúes culturales⁶².

Al contrastar estos hallazgos con la literatura internacional, se observa una persistencia histórica en la carencia de recursos e infraestructuras de apoyo. Mientras que la evidencia actual demanda protocolos, directrices estructuradas y materiales educativos adaptados^{47,48,58,60}, estudios previos muestran que estas funciones han recaído durante años en las enfermeras escolares sin un respaldo institucional suficiente. En 1995, una encuesta realizada a 39 enfermeras escolares reveló que el 85% ya eran responsables de la educación menstrual en sus centros, aunque contaban con apoyo financiero o pedagógico esporádico⁶³. Resulta llamativo que, en otra encuesta realizada en 2022, las enfermeras siguieran manifestando la necesidad de mejorar sus estrategias para impartir esta formación, lo que sugiere que la brecha de recursos constituye un problema estructural⁶⁴. Asimismo, a pesar de su competencia, los profesionales de la salud son citados con frecuencia como una de las fuentes menos habituales de información menstrual para las adolescentes, en comparación con familiares y amigas, lo que evidencia una oportunidad perdida para ofrecer educación menstrual desde el ámbito sanitario^{50,62}.

En este sentido, los resultados destacan que la gestión de la salud menstrual requiere una cooperación intersectorial estrecha entre escuelas, centros de salud sexual y reproductiva y atención primaria^{48,57,58}. Para ello, se identifica como requisito esencial el incremento de la financiación y la mejora de la ratio de enfermeras por centro, garantizando así un apoyo integral que involucre a familias y docentes⁵⁷. Aunque habitualmente se ha delegado la educación sobre la pubertad en el profesorado, la enfermería escolar ocupa una posición única para proporcionar una educación sanitaria individualizada y de calidad⁶⁵. No obstante, la escasez de recursos y la falta de enfermeras fijas en los centros educativos puede dificultar la colaboración con los docentes, la continuidad del seguimiento y la orientación adecuada del alumnado⁶⁶.

Finalmente, la percepción de una atención clínica impersonal, poco sincera o insuficientemente centrada en la experiencia subjetiva de la persona^{50,51} puede relacionarse con la persistencia del silencio cultural y del ocultamiento menstrual³, lo que pone de manifiesto la necesidad de fortalecer la escucha clínica en salud menstrual. Cuando el profesional sanitario no valida el conocimiento que la persona tiene sobre su propio ciclo y dolor, puede contribuir al retraso en la búsqueda de atención y a la demora diagnóstica en patologías como la endometriosis^{45,50,51}, además de reforzar un modelo paternalista que limita la autonomía de la persona. En este sentido, la propuesta de un enfoque menos biomédico y más holístico en las consultas de enfermería y matronería^{48,51,58} no constituye solo una mejora asistencial, sino que se alinea con el enfoque de la Ley Orgánica 1/2023 en el contexto español, que recoge la necesidad de formación específica y respeto a los derechos sexuales y reproductivos¹⁶.

7. LIMITACIONES

Los estudios revisados presentan algunas limitaciones que deben considerarse en la interpretación de los resultados. En primer lugar, existe variabilidad en el tamaño y la composición de las muestras. Algunos estudios cuentan con muestras amplias, lo que aporta una visión general sobre determinadas dimensiones de la salud menstrual. Sin embargo, otros presentan muestras reducidas o proceden de contextos concretos, como enfermeras escolares o matronas. Por ello, sus resultados deben interpretarse con cautela y no pueden generalizarse a toda la población.

Una limitación relevante se relaciona con la composición de las muestras, ya que varios estudios incluyen únicamente mujeres cisgénero, lo que reduce la representación de otras personas que menstrúan, como hombres trans o personas no binarias. Esta infrarrepresentación puede limitar la comprensión de experiencias menstruales atravesadas por la identidad de género o la exclusión social. Por este motivo, en el presente trabajo se ha optado por emplear el término “personas que menstrúan”, con el objetivo de utilizar un lenguaje más inclusivo y ajustado a la diversidad de experiencias menstruales.

Por último, muchos estudios se basan en datos autoinformados, entrevistas o grupos focales, por lo que pueden estar influidos por sesgos de memoria, deseabilidad social o incomodidad al tratar un tema íntimo y estigmatizado. A pesar de estas limitaciones, la revisión permite identificar patrones comunes en torno al estigma, la inequidad, la medicalización y el papel de la enfermería en la salud menstrual, aportando una visión integradora sobre un fenómeno todavía insuficientemente abordado en la práctica sanitaria.

8. CONCLUSIONES

La salud menstrual debe comprenderse desde una perspectiva biopsicosocial, ya que la vivencia del ciclo no depende únicamente de factores fisiológicos, sino también de condiciones sociales, culturales, económicas, sanitarias y estructurales. Por ello, su abordaje requiere una atención integral que contemple tanto los aspectos clínicos como los DSS que condicionan la experiencia menstrual.

El estigma menstrual continúa siendo un factor relevante en la vivencia del ciclo, al favorecer la vergüenza, la ocultación del sangrado, la vigilancia corporal y la normalización del malestar. Esto pone de manifiesto la necesidad de promover una educación menstrual que permita hablar de la menstruación de forma abierta y libre de tabúes.

La pobreza y la inequidad menstrual evidencian que no todas las personas cuentan con las mismas condiciones para gestionar su menstruación de forma digna y segura, especialmente cuando existen desigualdades sociales, económicas o estructurales que dificultan esta experiencia.

El análisis de la medicalización del ciclo menstrual pone de manifiesto la necesidad de evitar tanto la normalización del dolor como la patologización de procesos fisiológicos, garantizando una atención basada en la autonomía, el CI, la proporcionalidad y la justicia.

Finalmente, las enfermeras y matronas desempeñan un papel fundamental en la promoción de una salud menstrual más informada, equitativa y libre de estigma. Su intervención resulta clave en la educación menstrual, la detección precoz de alteraciones, el acompañamiento y la derivación oportuna. Por ello, es necesario reforzar su formación desde una perspectiva integral e inclusiva, con el fin de favorecer una atención menstrual digna, respetuosa y centrada en las necesidades de las personas que menstrúan.

9. BIBLIOGRAFÍA.

1. Tuta-Quintero E, Martínez-Lozano J.C, Briceño-Balcázar I, Salas-Damiani C, Gómez-Gutiérrez A, Cuevas-Marín R. Una mirada histórica a la menstruación a través de una receta médica del siglo xix en el Nuevo Reino de Granada. Clin Invest Ginecol Obstet [Internet] 2021 [citado 17 febrero 2026]; 48(3). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gine.2020.06.007>
2. Johnston-Robledo I, Chrisler JC. The Menstrual Mark: Menstruation as Social Stigma. En: Bobel C, Winkler IT, Fahs B, Hasson K, Kissling E, Roberts T, editores. The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies [Internet]. Singapur: Palgrave Macmillan; 2020 [citado 18 de febrero de 2026]. p. 181-200. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/978-981-15-0614-7>
3. Wood JM. (In)Visible Bleeding: The Menstrual Concealment Imperative. En: Bobel C, Winkler IT, Fahs B, Hasson K, Kissling E, Roberts T, editores. The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies [Internet]. Singapur: Palgrave Macmillan; 2020 [citado 18 de febrero de 2026]. p. 319-336. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/978-981-15-0614-7>
4. Watters M, Martínez-Aguilar R, Maybin JA. The Menstrual Endometrium: From Physiology to Future Treatments. Front. Reprod. Health [Internet] 2022 [citado 17 de febrero de 2026]; 3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36304053/>
5. Reed BG, Carr BR. The Normal Menstrual Cycle and the Control of Ovulation. En: Feingold KR, Adler RA, Ahmed SF, et al., editores. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2018 [citado 17 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279054/>
6. Hennegan J, Winkler IT, Bobel C, Keiser D, Hampton J, Larsson G et al. Menstrual health: a definition for policy, practice, and research. Sex Reprod Health Matters [Internet]. 2021 [citado 20 de febrero de 2026];29(1):1-8. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8098749/>
7. Babbar K, Martin J, Ruiz J, Parray AA, Sommer M. Menstrual health is a public health and human rights issue. Lancet Public Health [Internet]. 2022 [citado 20 de febrero de 2026];7(1):e10-e11. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00212-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00212-7)
8. Winkler IT. Introduction: Menstruation as Fundamental. En: Bobel C, Winkler IT, Fahs B, Hasson K, Kissling E, Roberts T, editores. The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies [Internet]. Singapur: Palgrave Macmillan; 2020 [citado 19 de febrero de 2026]. p. 9-14. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/978-981-15-0614-7>
9. Bobel C. Introduction: Menstruation as Lens—Menstruation as Opportunity. En: Bobel C, Winkler IT, Fahs B, Hasson K, Kissling E, Roberts T, editores. The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies [Internet]. Singapur: Palgrave Macmillan; 2020 [citado 19 de febrero de 2026]. p. 1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/978-981-15-0614-7>

10. Belli L F, Suárez Tomé D y Mileo A. Menstruación e injusticias en salud: un llamado a la bioética. Estudios de Género ColMex [Internet]. 2024 [citado 20 de febrero de 2026]; 10: 1-32. Disponible en: <https://n2t.net/ark:/13683/pkht/UC5>
11. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Francia: UNESCO; 2006 [citado 20 de febrero de 2026]. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa
12. Varkey B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. Med Princ Pract [Internet]. 2021 [citado 1 de marzo de 2026];30(1):17-28. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000509119>
13. Medina-Perucha L, Jacques-Aviñó C. Salud, equidad y justicia menstrual: de los saberes colectivos a la legislación menstrual en España. Gac Sanit [Internet]. 2024 [citado el 1 de marzo de 2026]; 38. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102356>
14. World Health Organization [Internet]. Ginebra: WHO; 2022 [citado 3 de marzo de 2026]. WHO statement on menstrual health and rights. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/22-06-2022-who-statement-on-menstrual-health-and-rights>
15. United Nations. High Commissioner for Human Rights [Internet]. Ginebra; OHCHR; 2022 [citado 3 de marzo de 2026]. High Commissioner for Human Rights statement on menstrual health. Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/statements/2022/06/high-commissioner-human-rights-statement-menstrual-health>
16. Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. (Boletín Oficial del Estado, número 51, de 1 de marzo de 2023).
17. World Health Organization, United Nations Children's Fund [Internet]. Ginebra: WHO, UNICEF; 2025 [citado 6 de marzo de 2026]. Progress on household drinking- water, sanitation and hygiene 2000-2024: special focus on inequalities. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/progress-on-household-drinking-water--sanitation-and-hygiene-2000-2024--special-focus-on-inequalities>
18. Sánchez López S, Barrington DJ, Poveda Bautista R, Moll López S. Stigma and silence: the menstrual taboo in Spain. Int J Equity Health [Internet]. 2025 [citado 3 de abril de 2026];24(1):278. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02630-z>
19. Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. New York: Simon & Schuster; 1963.
20. Pachankis JE, Hatzenbuehler ML, Wang K, Burton CL, Crawford FW, Phelan JC et al. The Burden of Stigma on Health and Well-Being: A Taxonomy of Concealment, Course, Disruptiveness, Aesthetics, Origin, and Peril Across 93 Stigmas. Pers Soc Psychol Bull [Internet]. 2018 [citado 8 de marzo de 2026];44(4):451-474. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0146167217741313>

21. Kass LR. The Ethics of Human Cloning [Internet]. Washington D.C: American Enterprise Institute; 1998 [citado 15 de marzo de 2026]. p. 41-49. Disponible en: https://www.aei.org/wp-content/uploads/2011/10/20040217_book73.pdf
22. Gottlieb A. Menstrual Taboos: Moving Beyond the Curse. En: Bobel C, Winkler IT, Fahs B, Hasson K, Kissling E, Roberts T, editores. The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies [Internet]. Singapur: Palgrave Macmillan; 2020 [citado 20 de marzo de 2026]. p. 143-162. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/978-981-15-0614-7>
23. Houppert K. The Curse: Confronting the Last Unmentionable Taboo: Menstruation. New York: Farrar, Strauss, and Giroux; 1999.
24. McCarthy A, Lahiri-Dutt K. Bleeding in Public? Rethinking Narratives of Menstrual Management from Delhi's Slums. En: Bobel C, Winkler IT, Fahs B, Hasson K, Kissling E, Roberts T, editores. The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies [Internet]. Singapur: Palgrave Macmillan; 2020 [citado 20 de marzo de 2026]. p. 15-30. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/978-981-15-0614-7>
25. Olson MM, Alhelou N, Kavattur PS, Rountree L, Winkler IT. The persistent power of stigma: A critical review of policy initiatives to break the menstrual silence and advance menstrual literacy. PLOS Glob Public Health [Internet]. 2022 Jul 14 [citado 20 de marzo de 2026];2(7). Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000070>
26. Holst AS, Jacques-Aviñó C, Berenguera A, Pinzón-Sanabria D, Valls-Llobet C, Munrós-Feliu J et al. Experiences of menstrual inequity and menstrual health among women and people who menstruate in the Barcelona area (Spain): a qualitative study. Reprod Health [Internet]. 2022 Feb [citado 25 de marzo de 2026];19(1):45. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01354-5>
27. Sacca L, Markham CM, Gupta J, Peskin M. Editorial: Period poverty Front. Reprod. Health [Internet]. 2023 [citado 28 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9941660/>
28. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; [citado 28 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals/>
29. Mann S, Byrne SK. Period Poverty from a Public Health and Legislative Perspective. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2023 Nov [citado 3 de abril de 2026];20(23). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph20237118>
30. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [citado 7 abril de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852>
31. Das P, Baker KK, Dutta A, Swain T, Sahoo S, Das BS et al. Menstrual hygiene practices, WASH access and the risk of urogenital infection in women from odisha, India. PLoS

- ONE [Internet]. 2015 [citado 7 de abril de 2026];10(6):1–16. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4488331/>
32. García-Egea A, Pujolar-Díaz G, Hüttel AB, Holst AS, Jacques-Aviñó C, Medina-Perucha L. Mapping the health outcomes of menstrual inequity: a comprehensive scoping review. *Reprod Health* [Internet]. 2025 [citado 8 de abril de 2026];22. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12978-025-02103-0>
33. Orueta Sánchez R, Santos Rodríguez C, González Hidalgo E, Fagundo Becerra E M, Alejandro Lázaro G, Carmona de la Morena J et al. Medicalización de la vida (I). *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2011 Jun [citado 8 de abril de 2026]; 4(2): 150-161. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000200011&lng=es.
34. McMillan C, Jenkins A. "A magical little pill that will relieve you of your womanly issues": What young women say about menstrual suppression. *Int J Qual Stud Health Well-being* [Internet]. 2016 Nov [citado 8 de abril de 2026];11. Disponible en: <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.32932>
35. Ford A, Campbell J, Marwick KFM. The medicalisation of menstruation: a double-edged sword. *Wellcome Open Res* [Internet]. 2025 Sep [citado 8 de abril de 2026];10:204. Disponible en: <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.24017.2>.
36. Mamo L, Fosket J R. Scripting the Body: Pharmaceuticals and the (Re)Making of Menstruation. *Research Gate* [Internet]. Jun 2009 [citado 9 de abril de 2026]; (4):925-949. Disponible en: <https://doi.org/10.1086/59719>
37. Steele L, Goldlatt B. The Human Rights of Women and Girls with Disabilities: Sterilization and Other Coercive Responses to Menstruation. En: Bobel C, Winkler IT, Fahs B, Hasson K, Kissling E, Roberts T, editores. *The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies* [Internet]. Singapur: Palgrave Macmillan; 2020 [citado 15 de abril de 2026]. p. 77-91. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/978-981-15-0614-7>
38. Ley Orgánica 2/2020, de 16 de diciembre, de modificación del Código Penal para la erradicación de la esterilización forzada o no consentida de personas con discapacidad incapacitadas judicialmente. (Boletín Oficial del Estado, número 328, de 17 de diciembre de 2020)
39. Bergen S, Maughan ED, Johnson KE, Cogan R, Secor M, Sommer M. The History of US Menstrual Health, School Nurses, and the Future of Menstrual Health Equity. *Am J Public Health* [Internet]. 2024 Sep [citado 15 de abril de 2026];114(9):903-908. Disponible en: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2024.307705>
40. ACOG Committee Opinion No. 651: Menstruation in Girls and Adolescents: Using the Menstrual Cycle as a Vital Sign. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2015 Dec [citado el 15 de abril de 2026];126(6):143-146. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001215>

41. Hawkins JW, Hayes ER, Corliss CP. School nursing in America—1902–1994: a return to public health nursing. *Public Health Nurs* [Internet]. 1994 [citado 15 de abril de 2026];11(6):416–425. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.1994.tb00208.x>
42. Eldestrand L, Nieminen K, Grundström H. Supporting young women with menstrual pain - Experiences of midwives working at youth clinics. *Sex Reprod Healthc* [Internet]. 2022 Dec [citado 15 de abril de 2026];34. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100795>
43. Morgan RL, Whaley P, Thayer KA, Schünemann HJ. Identifying the PECO: A framework for formulating good questions to explore the association of environmental and other exposures with health outcomes. *Environ Int* [Internet]. 2018 Dec [citado 15 de abril de 2026];121(1):1027-1031. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6908441/pdf/nihms-1506405.pdf>
44. Medina-Perucha L, López-Jiménez T, Jacques-Aviñó C, Holst AS, Valls-Llobet C, Munrós-Feliu J, et al. Menstruation and social inequities in Spain: a cross-sectional online survey-based study. *Int J Equity Health* [Internet]. 2023 May 17 [citado 15 de abril de 2026];22(92). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01904-8>
45. Sánchez-López S, Barrington DJ, Poveda-Bautista R, Moll-López S. Mapping the social impact of menstrual stigma in Spain. *BMC Womens Health* [Internet]. 2026 Jan 8 [citado 20 abril de 2026];26(73). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12905-025-04168-2>
46. Agtarap T, Baker J, Winters J. Empowered Choices: Exploring the Interplay of Menstruation, Menstrual Products, and Well-being. *Sex Res Soc Policy* [Internet]. 2025 [citado 20 abril de 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13178-025-01237-x>
47. Graeve C, Stephenson V, Gao G. Using an Interpretive Phenomenological Approach to Understand the Menstrual Experience of Young Adults. *Nurs. Rep* [Internet]. 2025 [citado 20 abril de 2026]; 15(65). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nursrep15020065>
48. García-Egea A, Holst AS, Jacques-Aviñó C, Martínez-Bueno C, Berenguera A, Vicente-Hernández MM, et al. Perspectives on menstrual policymaking and community-based actions in Catalonia (Spain): a qualitative study. *Reprod Health* [Internet]. 2024 Jan [citado 20 abril de 2026];21(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12978-023-01730-9>
49. Chéileachair FN, McGuire BE, Durand H. Coping with dysmenorrhea: a qualitative analysis of period pain management among students who menstruate. *BMC Womens Health* [Internet]. 2022 Oct [citado 20 abril de 2026];22(407). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01988-4>
50. Casola AR, Medley L, Kunes BC, McGlone N, Silverio A. "It shouldn't be just hush-hush": A qualitative community-based study of menstrual health communication among women

- in Philadelphia. *Perspect Sex Reprod Health* [Internet]. 2024 Dec [citado 20 abril de 2026];56(4):378- 388. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/psrh.12277>
51. Musulin C, Yeshitila N, Harper J. Periods and well-being: A focus group study to discuss how menstruation affects the well-being of women aged 18-40. *Women's Health (Lond)* [Internet]. 2025 [citado 20 abril de 2026];21. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/17455057251362992>
52. Åkerman E, Wängborg A, Persson M, Sörensdotter R, Klingberg-Allvin M. Navigating menstrual stigma and norms: a qualitative study on young people's menstrual experiences and strategies for improving menstrual health. *BMC Public Health* [Internet]. 2024 Dec 17 [citado 20 abril de 2026];24(3401). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-024- 20936-5>
53. Muhaidat N, Karmi JA, Karam AM, Abushaikha F, Alshrouf MA. Period poverty, reuse needs, and depressive symptoms among refugee menstruators in Jordan's camps: a cross-sectional study. *BMC Womens Health* [Internet]. 2024 Jul [citado 20 abril de 2026];24(384). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03193-x>
54. Sinha M, Muraleedharan M. Intertwined burdens: exploring the relationship between menstruation, social status, and hysterectomy among agrarian women in India. *Discov Soc Sci Health* [Internet]; 2025 [citado 20 abril de 2026]; 5(119). Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s44155-025-00282-6>
55. Sarwar U, Rauf U. Social support, quality of life and mental health problems among females with and without menstruation problems: a comparative study. *KMUJ* [Internet]. 2021 Dec [citado 20 abril de 2026]; 13(4). Disponible en: <https://doi.org/10.35845/kmu.2021.21373>
56. Márquez-González H, Valdez-Martínez E, Bedolla M. Clinical, Epidemiologic and Ethical Aspects of Hysterectomy in Young Females With Intellectual Disability: A Multi-Centre Study of Public Hospitals in Mexico City. *Front Public Health* [Internet]. 2021 Nov [citado 20 abril de 2026];9. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.746399>
57. LeBlanc SS. School nurses and menstrual communication: Destigmatizing the stigma among adolescents. *Women's Health (Lond)* [Internet]. 2024 [citado 20 abril de 2026]; 20. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/17455057241247793>
58. Angelhoff C, Grundström H. Supporting girls with painful menstruation - A qualitative study with school nurses in Sweden. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2023 [citado 20 abril de 2026];68:109- 115. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.11.022>
59. Eldestrand L, Nieminen K, Grundström H. Supporting young women with menstrual pain - Experiences of midwives working at youth clinics. *Sex Reprod Healthc* [Internet]. 2022 Dec [citado 20 abril de 2026];34. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100795>
60. Revankar SS, Jadhav VS, Naik PR. Effect of Nurse-Led Intervention on Stress and Menstrual Parameters Regarding Menstrual Health Management Among Adolescent

- Girls. Cureus [Internet]. 2025 May [citado 20 abril de 2026];17(5). Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.83478>
61. García Cuartero B, González Vergaz A, Frías García E, Arana Cañete C, Díaz Martínez E, Tolmo MD. Valoración de la tendencia secular de la pubertad en niños y niñas. AEP [Internet]. 2010 [citado el 27 de abril de 2026];73(6):301-376. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2010.07.005>
62. Chandra-Mouli V, Patel SV. Mapping the knowledge and understanding of menarche, menstrual hygiene and menstrual health among adolescent girls in low- and middle-income countries. Reprod Health [Internet]. 2017 Mar [citado 27 de abril de 2026] 1;14(30). Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5333382/pdf/12978_2017_Article_293.pdf
63. Swenson IE, Foster B, Asay M. Menstruation, menarche, and sexuality in the public school curriculum: school nurses' perceptions. Adolescence [Internet]. 1995 [citado 27 abril 2026];30(119):677–683. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7484351/>
64. University of the State of New York. The Work of the School Nurse-Teacher. 1949. Disponible en: <https://catalog.hathitrust.org/Record/100711625>
65. National Association of School Nurses. Framework for 21st century school nursing practice: National Association of School Nurses. NASN Sch Nurse [Internet]. 2016 [citado 27 abril 2026];31(1):45–53. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1942602X15618644>
66. Schmitt ML, Hagstrom C, Nowara A, et al. The intersection of menstruation, school and family: experiences of girls growing up in urban cities in the USA. Int J Adolesc Youth [Internet]. 2021 [citado 27 abril 2026];26(1):94–109. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/02673843.2020.1867207>

10. ANEXOS

ARTÍCULO	DISEÑO	HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE CALIDAD EMPLEADA	PUNTUACIÓN
Medina-Perucha L et al. ⁴⁴	Estudio observacional transversal	JB	8/8 (Alta)
Sánchez-López S et al. ⁴⁵	Estudio mixto	MMAT	Preguntas cribado: 2/2 Calidad cualitativa: 5/5 Calidad cuantitativa descriptiva: 4/5 Calidad métodos mixtos: 4/5 (Alta)
Agtarap T et al. ⁴⁶	Estudio cualitativo	CASPe	8/10 (Alta)
Graeve C et al. ⁴⁷	Estudio cualitativo	CASPe	8/10 (Alta)
García-Egea A et al. ⁴⁸	Estudio cualitativo	CASPe	10/10 (Alta)
Chéileachair F N et al. ⁴⁹	Estudio cualitativo	CASPe	9/10 (Alta)
Casola AR et al. ⁵⁰	Estudio cualitativo	CASPe	9/10 (Alta)
Musulin C. ⁵¹	Estudio cualitativo	CASPe	10/10 (Alta)
Åkerman E et al. ⁵²	Estudio cualitativo	CASPe	10/10 (Alta)
Muhaidat N et al. ⁵³	Estudio observacional transversal	JB	8/8 (Alta)
Sinha M et al. ⁵⁴	Estudio cualitativo	CASPe	9/10 (Alta)
Sarwar U et al. ⁵⁵	Estudio transversal analítico	JB	6/8 (Moderada-alta)
Márquez-González H et al. ⁵⁶	Estudio observacional transversal	JB	6/8 (Moderada-alta)

LeBlanc SS. ⁵⁷	Estudio cualitativo	CASPe	9/10 (Alta)
Angelhoff C et al. ⁵⁸	Estudio cualitativo	CASPe	10/10 (Alta)
Eldestrand L et al. ⁵⁹	Estudio cualitativo	CASPe	10/10 (Alta)
Revanka SS et al. ⁶⁰	Ensayo clínico aleatorizado	CASPe	7/11 (Moderada)

Tabla 2. Evaluación de la calidad metodológica de los estudios seleccionados. Fuente: Elaboración propia.

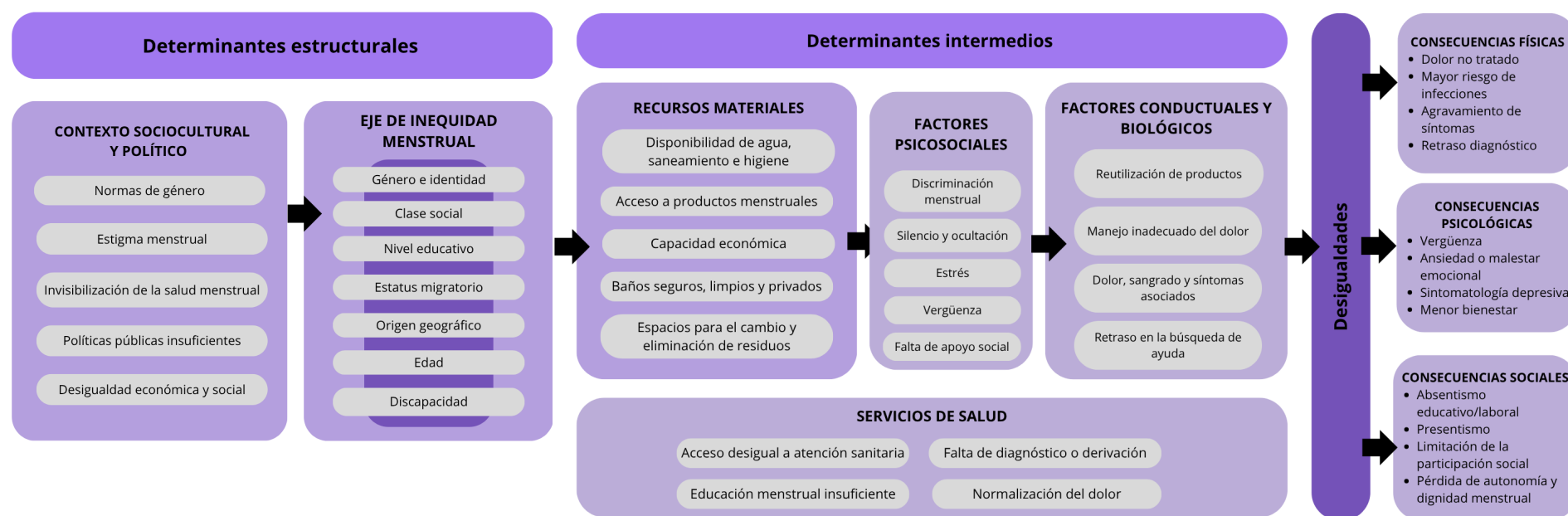


Figura 2. Marco de los determinantes sociales de la salud menstrual. Fuente: Elaboración propia adaptada de Solar e Irwin (2007).