

Histerectomía no terapéutica en jóvenes mexicanas con discapacidad intelectual: una realidad problematizada

Edith Valdez-Martínez,¹  * Horacio Márquez-González²  y Miguel Bedolla³ 

¹Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, Coordinación de Investigación en Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México; ²Servicio de Investigación Clínica, Hospital Infantil de México "Federico Gómez", Ciudad de México, México; ³Investigador independiente, San Antonio, Texas, Estados Unidos

Resumen

Antecedentes: La histerectomía no terapéutica en niñas y adolescentes con discapacidad intelectual (DI) es una práctica aceptable, aun cuando se carece de razón ética prescriptiva. **Objetivos:** Determinar la magnitud de la práctica de la histerectomía en niñas y adolescentes con DI, y explorar los factores emic asociados a esta práctica. **Material y métodos:** Estudio multicéntrico e intersectorial con método mixto. **Resultados:** Los resultados cuantitativos mostraron que 50 de 234 histerectomías reportadas correspondieron a mujeres con DI. El promedio de edad a la cirugía fue de 15 ± 2.9 años. La histerectomía abdominal profiláctica fue el procedimiento predominante y las justificaciones fueron control de fertilidad, manejo de la higiene menstrual y riesgo de abuso sexual. El análisis cualitativo de 15 grupos focales reveló que la principal preocupación de los padres fue cómo manejar la enfermedad índice y la salud reproductiva de sus hijas; percibieron positivamente la menstruación, expresaron su miedo a morir y dejarlas sin ayuda, resaltaron el control de la fertilidad y ninguno aprobó la histerectomía. **Conclusiones:** Los organismos que definen políticas de salud necesitan crear una nueva filosofía que evite el enfoque reduccionista del actual modelo biomédico, el cual separa (en el proceso salud-enfermedad) la interdependencia entre los seres humanos.

PALABRAS CLAVE: Adolescente. Bioética. Discapacidad intelectual. Histerectomía. Medicalización.

Non-therapeutic hysterectomy in Mexican young females with intellectual disability: a problematized reality

Abstract

Background: Non-therapeutic hysterectomy in girls and adolescents with intellectual disability (ID) is an acceptable practice, even when there is a lack of prescriptive ethical reason. **Objectives:** To determine the magnitude of the practice of hysterectomy in girls and adolescents with ID, and explore the emic factors associated with this procedure. **Material and methods:** Multicenter, intersectoral study with a mixed methods design. **Results:** The quantitative results showed that 50 of 234 reported hysterectomies corresponded to females with ID. Average age at the time of surgery was 15 ± 2.9 years. Prophylactic abdominal hysterectomy was the most common procedure, and the justifications for it were "fertility control", "menstrual hygiene management", and "risk of sexual abuse". A qualitative analysis of 15 focus groups revealed that parents' main concern was how to manage their daughters' index disease and reproductive health; they perceived menstruation positively; they expressed their fear of dying and leaving them without support, and emphasized fertility control; none of them approved hysterectomy. **Conclusions:** The bodies that define health policies need to create a new philosophy that avoids the reductionist approach of current biomedical model, which separates (in the health-disease process) our interdependence with other humans.

KEYWORDS: Adolescent. Bioethics. Intellectual disability. Hysterectomy. Medicalization.

*Correspondencia:

Edith Valdez-Martínez

E-mail: edithvaldez@prodigy.net.mx

0016-3813/© 2024 Academia Nacional de Medicina de México, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 22-11-2023

Fecha de aceptación: 12-02-2024

DOI: 10.24875/GMM.23000460

Gac Med Mex. 2024;160:179-186

Disponible en PubMed

www.gacetamedicademexico.com

Antecedentes

Los acuerdos y las guías éticas y legales internacionales vigentes¹ promueven el derecho a la salud como un derecho concreto no abstracto. En el proceso de toma de decisiones, estas demandan reconocer tanto la importancia de las interconexiones e interdependencia entre humanos, como de estos con su hábitat; en tanto, el actual modelo biomédico dominante no les da el reconocimiento apropiado.^{2,3} Factores económicos y políticos-ideológicos condicionan el modelo biomédico y dan contenido a las visiones, misiones y conductas de los sistemas de salud, lo cual motiva la medicalización, así como a etiquetar y tratar problemas no médicos como problemas médicos.^{3,4}

Las mujeres mexicanas con DI enfrentan los desafíos propios de un contexto cultural caracterizado por rezago educativo, inseguridad alimentaria y acceso limitado a los servicios de salud, sobre todo en los hogares uniparentales, en los cuales nace y crece una gran proporción de niñas con DI.^{5,6} El bajo desarrollo humano de la mujer con DI ocasiona altos niveles de dependencia, privación, negligencia, violencia, abuso y discriminación, dentro y fuera del entorno familiar. De ahí que la DI sea un fenómeno biológico y social complejo, porque refleja la interacción e interdependencia entre humanos y la ética de las políticas de la sociedad en la que viven; lo mismo sucede con la menstruación.

Este estudio es perentoriamente necesario para comprender la realidad problematizada en que viven las niñas y adolescentes con DI ante la menstruación, el manejo de la higiene menstrual y la posibilidad de que se les realice histerectomía no terapéutica.

Los objetivos de estudio fueron determinar la magnitud de la práctica de la histerectomía en niñas y adolescentes con DI, y explorar los factores *emic* asociados a esta práctica. El diseño de método mixto incluyó el uso de estrategias cuantitativas y cualitativas con el propósito de capturar la complejidad del fenómeno y progresar hacia un entendimiento global del mismo, para así comprender mejor lo que debe o no debe hacerse.

Material y métodos

Diseño del estudio

Estudio multicéntrico e intersectorial, de diseño secuencial (por etapas) con método mixto:⁷ etapa I, investigación de diseño cuantitativo; etapa II, investigación de diseño cualitativo (Figura 1).

Un equipo multidisciplinario de investigadores clínicos, investigadores sociales, médicos, enfermeras y técnicos en investigación implementó el proyecto. Este estudio fue aprobado por el Comité Nacional de Ética e Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social y los comités de ética e investigación de cada uno de los hospitales participantes pertenecientes a la Secretaría de Salud.

Métodos de la investigación cuantitativa

Estudio observacional, transversal, tipo encuesta.⁸ Se revisaron las libretas y bases de datos electrónicas de los servicios de anatomía patológica, de enero de 2014 a diciembre de 2019 (el estudio de referencia con una detallada descripción ha sido publicado previamente⁹). Incluyó nueve hospitales de concentración de la Ciudad de México, cinco pertenecientes a la Secretaría de Salud y cuatro al sistema de seguridad social.

Se buscaron los reportes de anatomía patológica de todos los úteros de mujeres ≤ 25 años, así como los expedientes clínicos de cada mujer para completar o cotejar la información obtenida de los reportes de anatomía patológica. Se excluyeron los casos con información incompleta. Para recolectar información sobre características clínicas y epidemiológicas se utilizó un cuestionario elaborado *ex profeso* y validado mediante prueba piloto.

Análisis estadístico de la investigación cuantitativa

Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS versión 21. Se estimaron frecuencias relativas y absolutas, así como medidas de tendencia central y dispersión.¹⁰

Métodos de la investigación cualitativa

Estudio cualitativo, exploratorio, con técnica de grupos focales,¹¹ implementado de enero de 2019 a enero de 2020 (el estudio de referencia y una detallada descripción ha sido publicado previamente¹²). Un total de 15 grupos focales fueron integrados, con un promedio de 10 ± 5 participantes por grupo. Participaron 11 profesionales de educación especial y 69 padres de 69 niñas o adolescentes con DI ≤ 25 años. La Tabla 1 muestra las características de los participantes.

El muestreo propositivo de máxima variación¹³ estuvo orientado a incluir individuos con diferentes

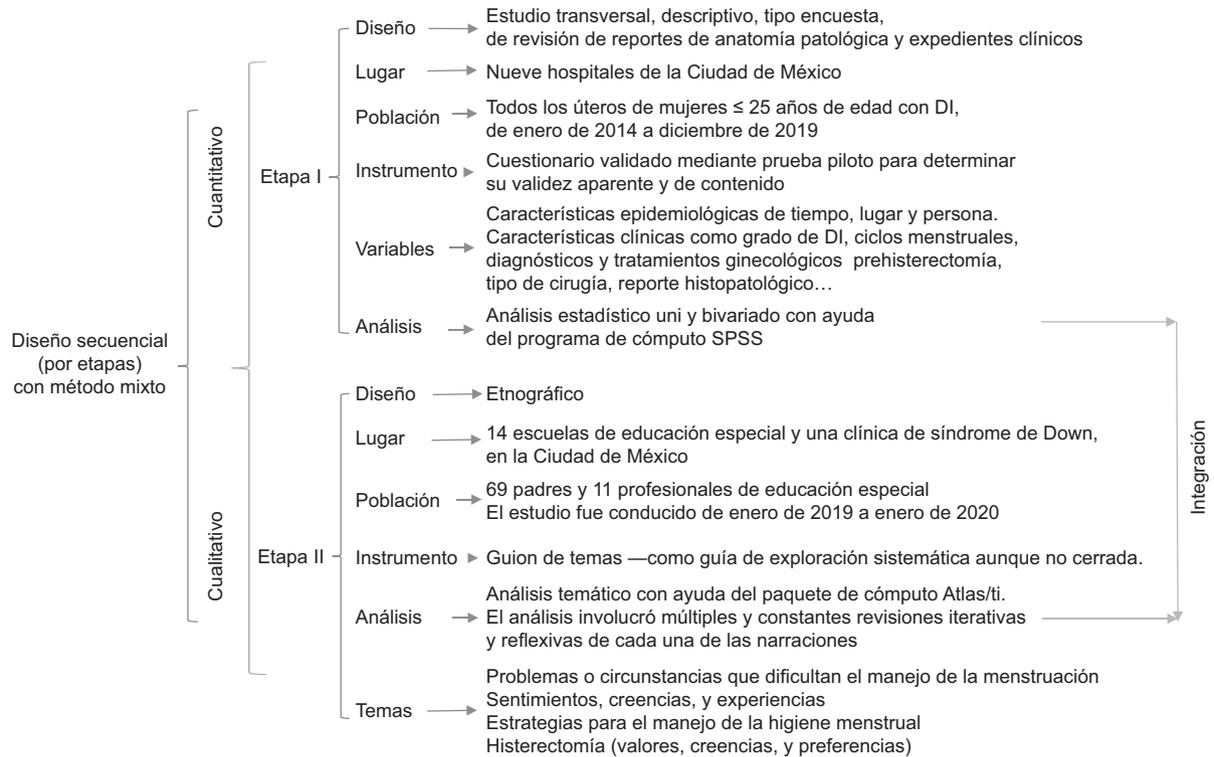


Figura 1. Enfoque investigativo del estudio.

características para asegurar la riqueza de los datos. El tamaño de muestra fue determinado con el criterio de Sandelowski.¹⁴

Los participantes fueron reclutados de 14 escuelas de educación especial y una clínica de síndrome de Down en la Ciudad de México. Las escuelas fueron seleccionadas del Directorio Nacional de Asociaciones de y para Gente con Discapacidades.¹⁵ Cuatro escuelas (dos públicas y dos privadas) fueron inicialmente elegidas mediante muestreo aleatorio simple. Posteriormente, con base en la evolución del análisis de la información generada, fue necesario desarrollar ocho grupos focales más, con individuos de ocho escuelas seleccionadas mediante un muestreo de bola de nieve. Finalmente, siguiendo la evolución del análisis, fueron necesarios otros tres grupos focales con individuos provenientes de dos escuelas y de una clínica de síndrome de Down.

Un guión de temas fue usado como guía de exploración sistemática, el cual incorporó temas relacionados con valores, creencias, preferencias, intereses, ideas, experiencias y prácticas asociadas al manejo de la higiene menstrual de las mujeres con DI. Las

adaptaciones realizadas al guión a lo largo del estudio estuvieron en función de la evolución del análisis de la información que estaba siendo generada.

Los grupos focales fueron conducidos en privado, en el lugar, fecha y hora elegida por los participantes. La mediana del tiempo de duración fue de 60 minutos (rango de 32 a 117 minutos). Se realizaron audiograbaciones de las sesiones de todos los grupos focales, las cuales fueron transcritas textualmente (narraciones) para su análisis.

Análisis de la investigación cualitativa

Se realizó análisis temático^{16,17} de la información generada con el programa de cómputo Atlas.ti versión 8 para Windows. Las cinco fases del análisis temático involucraron múltiples y constantes revisiones iterativas y reflexivas de cada una de las narraciones, proceso que fue ejecutado independientemente por dos de los investigadores, cuyas discrepancias entre ellos fueron resueltas mediante consenso. El equipo de investigación mantuvo múltiples reuniones a lo largo del estudio.

Tabla 1. Características de 80 participantes en 15 grupos focales

Característica	69 padres*		11 profesionales de educación especial†	
	Promedio ± DE		Promedio ± DE	
Edad de los informantes	44 ± 10		38 ± 7	
	n	%	n	%
Sexo del informante				
Femenino	65	94	9	82
Masculino	4	6	2	18
Estado civil				
Casado	37	54	-	-
Soltero	19	28	-	-
Viudo (a)	7	10	-	-
Conviviente	3	4	0	-
Sin dato	3	4	11	100
Parentesco				
Madre	61	88	-	-
Padre	4	6	-	-
Abuela	3	4	-	-
Tía	1	1	-	-
Nivel educativo‡				
Básico	22	32	-	0
Medio-superior	25	36	1	9
Superior	22	32	10	91
Situación laboral				
Ama de casa	38	55	-	0
Empleado (informal)	15	22	0	0
Empleado (formal)	13	19	11	100
Retirado	3	4	-	-
Tipo de escuela**				
Pública	53	77	-	-
Privada	16	23	-	-
Grado de DI de las hijas de los participantes				
Superficial y leve	26	37	-	-
Moderado	15	22	-	-
Grave o profundo	6	9	-	-
Se ignoraba	22	32	-	-

*Padres: 61 madres, cuatro padres, tres abuelas y una tía.
 †Profesionales de educación especial: seis profesores, dos trabajadoras sociales, un psicólogo y dos niñeras.
 ‡Nivel educativo: La educación básica incluye las escuelas preprimarias, primarias y secundarias; la educación media-superior, las escuelas preuniversitarias y las técnico-profesionales; y la educación superior, los grados de licenciatura y maestría.
 **Las niñas y adolescentes de la clínica de síndrome de Down asistían a escuelas públicas.
 DE: desviación estándar.

Resultados

Investigación cuantitativa

De 234 mujeres ≤ 25 años a quienes se les realizó histerectomía, 50 tenían DI (34 % grave o profunda, 46 % moderada, 12 % leve o superficial y 8 %

inespecífica). Las restantes tuvieron que ser excluidas por falta de información acerca del diagnóstico de DI, falta de expediente clínico o por discrepancias del nombre o la edad entre el reporte de anatomía patológica y el expediente clínico. La Tabla 2 presenta las características clínico-epidemiológicas de las mujeres incluidas. El promedio de edad de presentación de la menarquia y de realización de la histerectomía fue de 12 ± 1.6 y 15 ± 2.9 años, respectivamente. Las razones registradas en el expediente para justificar la histerectomía fueron control de la fertilidad (46 % de los padres y 42 % de los médicos), inadecuada higiene menstrual (28 % de los padres y 30 % de los médicos), riesgo de abuso sexual (6 % de los padres y 6 % de los médicos), sangrado uterino anormal (4 % de los padres y 8 % de los médicos), malformaciones genitourinarias (4 % de los padres y 4 % de los médicos) y cambios de la personalidad previos a la menstruación (6 % de los padres). En cuatro mujeres (dos con DI severa o profunda y dos con DI moderada) sin menarquia y con “histerectomía profiláctica”, las razones médicas fueron evitar el abuso sexual (n = 3) y el control de la fertilidad (n = 3); en una niña se argumentó la limitada habilidad intelectual para realizar por ella misma la higiene menstrual.

Investigación cualitativa

El análisis temático de la información generada por los 15 grupos focales reveló cuatro temas emergentes interconectados: problemas o circunstancias que dificultan el manejo de la menstruación; sentimientos, creencias y experiencias; estrategias para lidiar con el manejo de la higiene menstrual; e histerectomía (valores, creencias y preferencias), Figura 2.

PROBLEMAS O CIRCUNSTANCIAS QUE DIFICULTAN EL MANEJO DE LA MENSTRUACIÓN

Los participantes de la mayoría de los grupos focales concordaron en que “ha sido muy difícil lidiar” con las deficiencias propias de la enfermedad índice de sus hijas, principalmente por “el carente entendimiento”, “la dificultad que ellas tienen para expresar sus malestares y necesidades” y “por la inhabilidad para realizar ciertas tareas de autocuidado”. Aunque los participantes concordaron en describir “la aceptación de la enfermedad índice como un punto clave” para mejorar la calidad de

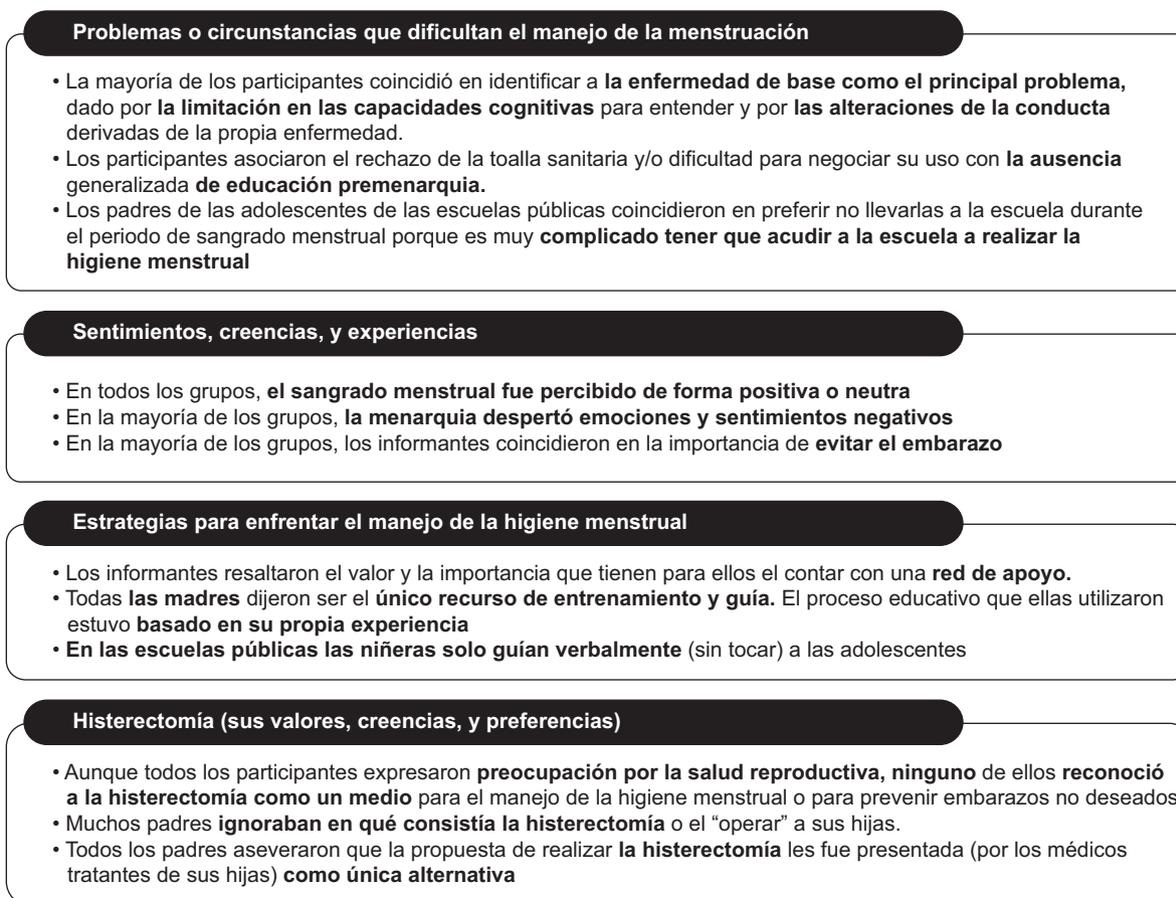


Figura 2. Temas emergentes de la información generada por los 15 grupos focales.

vida de sus hijas, a su vez la describieron como “un proceso muy difícil”, “largo”, “pesado”, “cansado”, que conlleva “frustración”, “duelo”.

SENTIMIENTOS, CREENCIAS, EXPERIENCIAS

Todos los grupos percibieron el sangrado menstrual de forma positiva o neutra:

La menstruación no es algo tan importante en nuestras hijas, porque para los paquetes que uno vive, la menstruación es lo de menos...

En la mayoría de los grupos, los padres de las adolescentes que ya menstruaban concordaron en su experiencia vivida durante la menarquia: “miedo”, “espanto”, “estrés”. En el mismo sentido apuntaron las emociones y sentimientos de los padres de las niñas sin menarquia; una madre expresó: “...tengo miedo de que llegue ese momento...”.

La mayoría de los informantes coincidió en la importancia de evitar el embarazo. Muchos de los padres apoyaron ideas tales como “altas probabilidades de traer un bebé con alguna discapacidad”, “incertidumbre acerca de lo que le sucedería a nuestra hija si morimos antes”; algunos expresaron: “uno termina cuidando los bebés de las mujeres discapacitadas”.

ESTRATEGIAS PARA LIDIAR CON EL MANEJO DE LA HIGIENE MENSTRUAL

Frustración, agobio y decepción fueron sentimientos expresados ante la falta total o parcial de una red de apoyo.

Todas las madres dijeron ser el “único recurso de entrenamiento y guía”. La educación que ofrecieron estuvo “basada en su propia experiencia”.

Tabla 2. Características de 50 mujeres con discapacidad intelectual e histerectomía

Característica	Promedio ± DE	
Edad de presentación menarquia en años	12 ± 1.6	
Edad a la histerectomía en años	15 ± 2.9	
	n	%
Mujeres sin menarquia	4	8
Grado de discapacidad intelectual		
Grave y profunda	17	34
Moderada	23	46
Leve y superficial	6	12
Inespecífico	4	8
Hijos o embarazos		
Sin embarazos	48	96
Sin dato	2	4
Ciclos menstruales		
Ciclos regulares	32	64
Sin menarquia	4	8
Sin dato	1	2
Tratamiento ginecológico previo a la histerectomía		
Sin tratamiento previo	28	56
Tratamiento hormonal	10	20
AINE	1	2
Sin dato	11	22
Tipo de histerectomía		
Histerectomía total abdominal profiláctica	42	84
Histerectomía total laparoscópica	6	1
Histerectomía interanexial subtotal	1	2
Sin dato	1	2
Reporte histopatológico		
Útero normal	11	22
Útero didelfo	1	2
Útero bicorne	1	2
Miomatosis	1	2
Sin dato	36	72
Complicaciones transoperatorias y posquirúrgicas		
Sin complicaciones	30	60
Fiebre, absceso de pared, retención urinaria	8	16
Sin dato	12	24

DE: desviación estándar.

En las escuelas públicas, las niñeras solo guían verbalmente a las adolescentes: "...nada más le digo: 'quitatela'; o sea, sin tocarla, de lejitos".

Los profesionales de educación especial implementan charlas y talleres educativos:

Nosotros siempre hablamos de autocuidado, del establecimiento de límites, de que no todo mundo puede tocar su cuerpo...

HISTERECTOMÍA (VALORES, CREENCIAS, PREFERENCIAS)

Todos mostraron preocupación por la salud reproductiva de las niñas y adolescentes con DI; empero, ninguno reconoció a la histerectomía como un medio para el manejo de la higiene menstrual o para prevenir embarazos no deseados. Uno de los profesionales de educación especial expresó: "...es una alteración total... Si le quitan la matriz, le adelantan la menopausia..."

Los padres coincidieron en considerar a la histerectomía como una solución extrema: "es el bloquear un proceso natural", "...cómo que van a mutilar a nuestra hija".

Todos los padres aseveraron que la propuesta de realizar la histerectomía les fue presentada por los médicos tratantes como única alternativa:

La pediatra inmediatamente me dijo: 'Sabes...la única posibilidad que tienes con ella es retirarle la matriz. Evidentemente hazlo antes de que llegue [se refiere a la menarquia]'

Los profesionales de educación especial coincidieron con lo señalado por los padres en cuanto a la presión que ejercen los médicos para la realización de la histerectomía:

Los médicos les dicen a los padres: 'no hay opción, si yo la dejo así, sin operarla, ella va a tener familia y su problema [se refiere a los padres] va a crecer.

Muchos padres ignoraban en qué consistía la histerectomía u la operación de sus hijas: "...yo lo había entendido como el cortar las trompas..."

Discusión

Estudio de método mixto realizado con el afán de llamar la atención de quienes definen las políticas y los tomadores de decisiones sobre la salud individual y pública; así como con la intención de mejorar el entendimiento de la naturaleza de la acción y juicio ético de esta situación prevalente en México.

La combinación de las perspectivas cuantitativa y cualitativa evidenciaron el fenómeno de la medicalización en las políticas y los sistemas de salud,²⁻⁴ y su alineación con el modelo biomédico imperante,²⁻⁴ que reduce al humano a su biología y soslaya aquel elemento de su ser con el que construye su comunidad, su cultura y su historia. A lo anterior se suma la pobre alfabetización en salud¹⁸ de los padres, quienes asumen un papel pasivo ante la autoridad del médico al momento de tomar decisiones, y que en la cultura

mexicana prevalecen los valores patriarcales,¹⁹ todo lo cual ha perpetuado la violencia, el dominio y la coerción en contra de la mujer, en particular de la mujer con DI. Un resultado es la vigencia de la histerectomía no terapéutica. Como corolario, en esta línea de argumentación, ¿la histerectomía promueve o impide el bienestar de la mujer con DI cuya vida se ve afectada por ella?

El juicio que propone que es malo/incorrecto realizar la histerectomía no terapéutica en niñas y adolescentes con DI genera cuestionamientos ético-perentorios acerca de lo que se entiende por ser humano. Asimismo, el juicio cuestiona qué vamos a entender por ética médica. ¿Es la seguridad del procedimiento quirúrgico lo único que le importa a la ética? ¿Qué tipos de sufrimiento está el médico obligado a minimizar al tomar en cuenta los principios de beneficencia, *primum non nocere* y justicia? ¿De qué manera la conciencia ética del médico influye sobre las decisiones clínicas que toma?

Un buen acto es aquel que, basado en la prudencia y el respeto, emerge de un juicio que es racionalmente justificable y anuncia que una afirmación es verdadera.^{20,21} ¿El hecho de que la histerectomía no terapéutica sea propuesta como única alternativa, y con la intención de esterilización, es racionalmente justificable o es una violación irracional a la obligación fiduciaria esencial del médico? Esta obligación fiduciaria implica reconocer la confianza que los padres y la mujer con DI tienen en que el médico es un abogado de sus intereses, y simultáneamente los considera como agentes capaces y con derecho a tomar sus propias decisiones.^{20,21} ¿Soslayar o ignorar la naturaleza fiduciaria de la relación médico-padres/mujer con DI acaso no resulta en una imposición de los valores, creencias e intereses del médico? Los derechos humanos de la mujer con DI ponen límites en la manera en que debe tratarse, evitando que impere un sistema de poder y arbitrariedad, independientemente de las buenas intenciones del médico. Esto obliga a reflexionar sobre la mejor forma de alcanzar los fines de la medicina.

Fortalezas y debilidades

Entre las fortalezas de nuestro estudio está el empleo del método mixto.⁷ Hemos explorado el fenómeno desde dos diferentes enfoques (cuantitativo y cualitativo), cada uno de los cuales contribuyó a describir o explicar algo; y en conjunto, generaron una mejor y más profunda comprensión de la realidad

estudiada. El rigor metodológico con el que se implementaron ambas metodologías redujo y controló los sesgos potenciales.

En el proceso de investigación cualitativa, la implementación de un procedimiento iterativo de análisis^{16,17} obligó a los investigadores a pensar, confirmar o refutar, regresar al campo por más información, identificar y perseguir información emergente. En el estudio cuantitativo, los hospitales que participaron constituyen centros que otorgan atención ginecológica y genética a niñas y adolescentes con DI, y funcionan como hospitales de referencia nacionales. De ahí que este estudio refleje la situación en México, y sea un ejemplo de lo que sucede en los países con los cuales comparte idioma y cultura.

El estudio tiene limitaciones. En la investigación cuantitativa, la reconstrucción del escenario se llevó a cabo mediante los datos de los reportes de anatomía patológica y de los expedientes clínicos; es muy probable que estos últimos no describieran en detalle los encuentros entre médico y los padres/mujer con DI. De los nueve hospitales participantes, tres tenían registrados los úteros en el departamento de anatomía patológica; en otro, en el servicio de pediatría existía un listado manual de las mujeres con DI. En los cinco hospitales restantes (aun cuando los ginecólogos reportaron —mediante comunicación verbal— la práctica de histerectomía no terapéutica en mujeres con DI) no se encontró registro alguno.

La investigación cualitativa dependió únicamente de la información generada a través de grupos focales. Esto pudo limitar el entendimiento de la perspectiva *emic*²² de la cultura mexicana, porque no incluye otras técnicas etnográficas. Empero, el hecho de que los informantes fueran de distintas edades, sexos, niveles educativos, parentescos, con diferentes experiencias y categorías laborales, además de que se incluyeran escuelas públicas y privadas, provee bases para mejorar el entendimiento del manejo de la higiene menstrual y la histerectomía no terapéutica.

Aun así, son necesarios nuevos estudios interdisciplinarios que evalúen empírica y críticamente la operacionalización de las prácticas prescritas por la teoría normativa vigente (estándares, reglas, normas) para contribuir a mejorar la salud de las mujeres con DI.

Conclusión

Los resultados evidencian la necesidad de que los organismos especializados en definir las políticas de salud e instaurar métodos de vigilancia y control creen

una nueva filosofía que sirva como fundamento para trascender el enfoque reduccionista del actual modelo biomédico, ya que este separa (en el proceso salud-enfermedad) nuestra interdependencia con otros humanos.

Agradecimientos

Los autores expresan su agradecimiento y reconocimiento al arduo trabajo de campo realizado por los técnicos en investigación participantes. También, expresan su gratitud a todos los jefes de los departamentos de anatomía patológica y servicios de pediatría y ginecología de los hospitales participantes. Asimismo, agradecen a las escuelas de educación especial, profesionales de educación especial y padres/cuidadores primarios de las niñas y adolescentes con DI, quienes voluntaria e incondicionalmente participaron.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiamiento

Ninguno.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que siguieron los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores obtuvieron el consentimiento informado de los pacientes o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

Bibliografía

1. Márquez-González H, Valdez-Martínez E, Bedolla M. Hysterectomy for the management of menstrual hygiene in women with intellectual disability. A systematic review focusing on standards and ethical considerations for developing countries. *Front Public Health*. 2018;6. DOI: 10.3389/fpubh.2018.00338
2. Nettleton S. *The sociology of health and illness*. Second edition. Cambridge, United Kingdom: Polity Press; 2006.
3. Zola IK. Medicine as an institution of social control. *Socio Rev*. 1972;20(4):487-504.
4. Conrad P, Bergey M. Medicalization: sociological and anthropological perspectives. En: Wright JD, editor. *International Encyclopaedia of the Social & Behavioural Sciences*. Second edition. Elsevier; 2015. pp. 105-109. DOI: 10.1016/B978-0-08-097086-8.64020-5
5. Secretaría de Desarrollo Social. Diagnóstico sobre la situación de las personas con discapacidad. México: Sedesol; 2016 [Consultado: 2022 Feb 01]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/126572/Diagnostico_sobre_la_Situacion_de_las_Personas_Con_Discapacidad_Mayo_2016.pdf
6. Coneval. [Internet]. México: Medición de la Pobreza. Resultados de pobreza en México 2022 a nivel nacional y por entidades federativas. [Consultado: 2022 Dic 01]. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobrezalncio.aspx>
7. Pluye P, Hong QN. Combining the power of stories and the power of numbers: mixed methods research and mixed studies reviews. *Annu Rev Public Health*. 2014;35:29-45. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-032013-182440
8. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Newman TB. *Diseno de investigaciones clínicas*. Cuarta edición. Barcelona, España: Lippincott Williams and Wilkins; 2014.
9. Márquez-González H, Valdez-Martínez E, Bedolla M. Clinical epidemiological and ethical aspects of hysterectomy in young females with intellectual disability: a multicentre study of public hospitals in Mexico City. *Front Public Health*. 2021;9. DOI: 10.3389/fpubh.2021.746399
10. Dawson B, Trapp R. *Bioestadística médica*. Cuarta edición. México: Manual Moderno; 2014.
11. Morgan DL. The focus group guidebook. En: Morgan DL, Krueger RA, editores. *The focus group kit*. London, United Kingdom: SAGE Publications Ltd; 1998.
12. Flores-Medina MdR, Valdez-Martínez E, Márquez-González H. Qualitative focus groups with professionals of special education and parents of young females with intellectual disability exploring experiences with menstrual hygiene management and the trigger for the non-therapeutic hysterectomy in Mexico. *Healthcare*. 2022;10(9):1690. DOI: 10.3390/healthcare10091690.
13. Kuzel AJ. Sampling in qualitative inquiry. En: Crabtree BG, Miller WL, editores. *Doing qualitative research*. Second edition. London, United Kingdom: SAGE Publications Ltd; 1992. pp. 31-44.
14. Sandelowski M. Sample size in qualitative research. *Res Nurs Health*. 1995;18(2):179-183. DOI: 10.1002/nur.4770180211
15. Directorio Nacional de Asociaciones de y para Gente con Discapacidades. [Internet]. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2002 [Consultado: 2018 Dic 07]. Disponible en: http://intranet.dif.df.gob.mx/transparencia/new/art_15/10/_anexos/07%20dir%20nal%20de%20de%20de%20y%20para%20personas%20con%20disca.pdf
16. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp0630a
17. Braun V, Clarke V. Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. *Couns Psychother Res*. 2021;21(1):37-47. DOI: 10.1002/capr.12360
18. Brabers AE, Rademakers JJ, Groenewegen PP, van Dijk L, de Jong JD. What role does health literacy play in patients' involvement in medical decision-making? *PLoS One*. 2017;12(3):e0173316. DOI: 10.1371/journal.pone.0173316.
19. Martínez-Rivera F, Díaz del Ángel E. México: el reto de ser mujer dentro de una estructura patriarcal. *Asparkia* 2021;38:41-58. DOI: 10.6035/asparkia.2021.38.3
20. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. Fifth edition. New York: Oxford University Press; 2001.
21. Loneragan B. *Understanding and being: an introduction and companion to insight*. Toronto: Edwing Mellen Press; 1987.
22. Bernard HR, Gravlee CC. *Handbook of methods in cultural anthropology*. Second edition. New York: Rowman and Littlefield; 2014.