Universidad de Valparaíso
CHILE

REVISTA MATRONERÍA ACTUAL

Año 2, Nº3, Abril 2021

Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Obstetricia y Puericultura

REVISTA Ma MATRONERÍA ACTUAL

Año 2, 2021, Nro. 3
Revista con Publicación Continua
Septiembre a Diciembre 2021

ISSN: 2452-5820

Contemporary Midwifery Journal
Quarterly Journal with Continuous Publication
Nº 3 (2021)

Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Obstetricia y Puericultura

Revista Matronería Actual
Contemporary Midwifery Journal

ISSN: 2452-5820

N°3 (2021)

Contacto | *Contact*: revista.matroneria@uv.cl
Sitio Web | *Web Site*: https://revistamatroneria.cl

Comité Editorial | *Editorial Committee*:

Directora | *Director*:

Ingrid Vargas Stevenson (Universidad de Valparaíso, Chile)

Editora en Jefe | *Editor in Chief*:

Paula Oyarzún Andrades (Universidad de Valparaíso, Chile)

Equipo Editorial | Editorial Board:

Claudia Gutiérrez Mella (Universidad de Valparaíso, Chile)
Nicole Iturrieta-Guaita (Universidad de Valparaíso, Chile)
Ivan Montenegro Venegas (Universidad de Valparaíso, Chile)
Paula Oyarzún Andrades (Universidad de Valparaíso, Chile)
Ana María Silva Dreyer (Universidad de Valparaíso, Chile)
María A. Silva Muñoz (Universidad de Valparaíso, Chile)
Ingrid Vargas Stevenson (Universidad de Valparaíso, Chile)

Comité Científico | *Scientific Committee*:

Mercedes Carrasco Portiño (Universidad de Concepción, Chile)
Paola Casanello Toledo (Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile)
Horacio Croxatto Avoni (Universidad Andrés Bello, Chile)
Francisco Esteban Bara (Universitat de Barcelona, España)
Jorge Fabres Biggs (Universidad Católica de Chile, Chile)
Patricio Godoy Martínez (Universidad Austral de Chile, Chile)
Paulina López Orellana (Universidad de Valparaíso, hasta 2019)
Teodor Mellen Vinagre (Universitat de Barcelona, España)
Antonio Salvado García (Clínica Universitaria de Puerto Montt, Chile)
Sebastián San Martín Henríquez (Universidad de Valparaíso, Chile)

Asistente Técnico | *Technical Assistant*:

Rodrigo Castro Reyes (Universidad de Valparaíso, Chile)

Maquetación | *Modeling*:

Cristian Carreño León (Universidad de Valparaíso, Chile)

Revisores | *Reviewers*:

Mercedes Arenas Jara (Universidad de Talca, Chile)
Angela Aldea Tejo (U. San Sebastian Concepción, Chile)
Bernardita Baeza Weinmann (Universidad de la Frontera, Chile)
Rebeca Correa Del Rio (Universidad de la Frontera, Chile)
Marcela Díaz Navarrete (Universidad de Chile, Chile)
Anna Escofet Roig (Universidad de Barcelona, España)
Cristhel Fagerström Sade (U. San Sebastian Santiago, Chile)
Cecilia Fredes Ortíz (U. San Sebastian Patagonia, Chile)
Nicolás Fuster Sánchez (Universidad de Valparaíso, Chile)
Karla Gambetta Tessina (Universidad de Talca, Chile)
Patricio Godoy Martínez (Universidad Austral de Chile, Chile)
Marcela González Aguero (Universidad Católica de Chile, Chile)
Francisca Herrera Ponce (Hospital Dr. Gustavo Fricke, Chile)
Gonzalo Infante Grandón (Universidad de la Frontera, Chile)
Alejandro Madrid Villegas (Universidad de Playa Ancha, Chile)
Alberto Moreno-Doña (Universidad de Valparaíso, Chile)
Maribel Muñoz Molina (Universidad de La Frontera, Chile)
Augusto Obando Cid (Universidad de La Frontera, Chile)
Jovita Ortiz Contreras (Universidad de Chile, Chile)
Francisco Pantoja Molina (Universidad de Valparaíso, Chile)
Mario Parraga San Román (Universidad de Valparaíso, Chile)
Ruth Prieto Gómez (Universidad de La Frontera, Chile)
Marianella Quiero Puentes (Clínica Valparaíso, Chile)
Leonardo Reyes Torres (Universidad de Atacama, Chile)
Pamela Rivero Bravo (Ministerio de Salud, Chile)
José Sanchez Rodríguez (Universidad Arturo Prat)
David San Martín Roldán (Universidad de Valparaíso, Chile)
Sebastián San Martín Henríquez (Universidad de Valparaíso, Chile)
Ingrid Sepúlveda Canales (Universidad de Valparaíso, Chile)
Mario Vergara Díaz (Hospital Carlos Van Buren, Chile)
Joan Villena García (Universidad de Valparaíso, Chile)
Jenny Zarate Mesa (Hospital Dr. Gustavo Fricke, Chile)

Correctores de Texto | *Text Correctors*:

Gonzalo Battocchio García (Universidad de Valparaíso, Chile)
Estefania Cruz Navea (Universidad de Valparaíso, Chile)

Revista Matronería Actual es distribuida bajo licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional
Contemporary Midwifery Journal is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3 (2021) | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.

Matrona Sandra Oyarzo Torres *(RM BM M.Ed.)*
Presidenta Colegio de Matronas y Matrones de Chile
Prof. Asoc. Mg Ed. DECSA. Facultad de Medicina - Universidad de Chile
ICM Vice President
WGH Board Member

Mayo de 2022

Estimada editora:

El 05 de mayo se conmemoraron 100 años de la Confederación Internacional de Matronas (ICM), una organización mundial que está conformada por más de un millón de matronas y matrones pertenecientes a Asociaciones o Colegios de todo el mundo, destacando en este centenario los progresos logrados para alcanzar los mejores estándares en regulación, educación y asociación para nuestra profesión y teniendo como eje central los derechos sexuales y derechos reporductivos. Estos mismos son los valores que trabajaremos como directiva en el Colegio de Matronas y Matrones de Chile activamente durante todo este año especialmente y hasta el 2024.

Para ello, nos enfocaremos en tres princiapes ejes que son fundamentales para el trabajo de la matronería en Chile. En primer lugar, fortaleceremos nuestro quehacer profesional, desde el apoyo en la creación de políticas públicas. Defenderemos ferreamente los derechos fundamentales en S.S.R. y su consagración constitucional, por el bien de todas las personas, incluyendo por supuesto el cuidado integral. Además, procuraremos ser protectores y protectoras de las compentencias ténicas y legales de la matronería en el país, tema que ha sido levantado por las bases desde todas las regiones del país.

Por su parte, al Confederación Internacional de Matronas (ICM) estableció las estrategias prioritarias en el periodo comprendido entre 2021 y 2023. De esta forma, se busca poder posicionarse como la organización experta en creación, asesoría e influencia de la matronería, incentivando la expansión de la profesión a nivel mundial, considerando su amplio espectro de alcance en la salud.

Este gran objetivo se llevará a cabo a través de la conducción de la matronería hacia la innovación y la sustentabilidad. También a través del desarrollo, fortalecimiento y apoyo a la puesta en marcha de un nuevo esquema profesional para las matronas y matrones, realizando análisis y revisión de la violencia hacia la mujer, violencia obstétrica y propuestas de promoción de un trato materno y neonatal respetuosos, y un buen trato laboral, tema contingente en el último tiempo.

Por otra parte, se buscará el análisis de la norma 150 sobre el modelo hospitalario y la restricción de la asistencia de nacimientos en Hospitales de baja complejidad, que son aquellos que se encuentran más cercanos a las comunidades, y la petición de los partos en casa por parte de las mujeres. Avanzando en buscar alternativas que permitan generar espacios más respetuosos del nacimiento, basados en la evidencia y cercanos a las comunidades, incluyendo el modelo de atención de matronería durante todo el proceso. Además, con el fortalecimiento de nuestro compromiso para implementar una educación sexual integral cercana a los y las jóvenes y sus familias.

Se formentará un movimiento a favor de la matronería, potenciando su defensa y divulgación, promoviendo colaboraciones y centrándose en la voz de las mujeres.

Estimado Director, en mi rol de Presidenta, aseguro nuestro fiel compromiso con el escenario actual de matronas y matrones en Chile, comprendiendo que hoy más que nunca, es nuestra labor defender el rol que desempeñamos y la importancia en el acompañamiento y educación de todas aquellas jóvenes, mujeres, hombres, población LGTBIQ+ y familias que son el centro de nuestro quehacer profesional.

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3 (2021) | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.

A través de cada una de las personas que atendemos en los diferentes lugares de nuestro país , realizamos además un reconocimiento a cada matrona y matrón que ha contribuido al reconocimiento de nuestra profesión, labor que muchas veces es invisible pero que definitivamente sustenta los éxitos vividos en los últimos años. Estamos seguras como Directorio y Consejo Nacional que en los años que vendrán, seguiremos entregando mejores atenciones a la población de todo el país, en cada uno de los lugares más lejanos dónde hoy y siempre hemos estado.

REFERENCIAS

1. **De la Torre. I; Oyarzo. S.** ICM Conferencia Regional Suriname. Documento Resumen Reunión Regional Asociaciones. 2015

2. **ICM** (International Confederation of Midwives) https://internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2021/08/icm-members-per-regions_aug2021.pdf

3. **ICM.** Regulation Toolkit. 2015 https://www.internationalmidwives.org/assets/files/regulation-files/2018/04/icm_toolkit_eng.pdf

4. **ICM.** Essential Competencies for Midwifery Practice ohttps://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf

5. **ICM.** Strategic Plan 2021 – 2023 https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2021/01/2021---2023-icm-strategic-plan-eng-ext_final.pdf

6. **ICM. UNFPA.** Boletín informativo regional. 2020 https://internationalmidwives.org/assets/files/news-files/2021/01/01-boletin-informativo---ok-1.pdfinternationalmidwives.org/assets/files/news-files/2021/01/01-boletin-informativo---ok-1.pdf

7. **OPS/OMS.** Formar a las parteras, el camino hacia embarazos y partos seguros en lugares remotos. 2021 https://www.paho.org/es/historias/formar-parteras-camino-hacia-embarazos-partos-seguros-lugares-remotos

8. **International Confederation of Midwives (2021)** Building the Enabling Environment for Midwives: a call to actions for policy makers, The Hague: ICM https://www.internationalmidwives.org/our-work/other-resources/icm-enabling-environment-policy-brief-(2021).html

9. **UNFPA. ICM. OMS.** EL ESTADO DE LAS MATRONAS EN EL MUNDO 2021. https://www.unfpa.org/es/el-estado-de-las-matronas-en-el-mundo-2021-0

10. **United Nations.** Making Peace With Nature: A scientific blueprint to tackle the climate, biodiversity and pollution emergencies. 2021

11. **United Nations. CEPAL.** La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en el nuevo contexto global y regional: escenarios para América Latina y el Caribe. 2020

12. **United Nations Environment Programme (2021).** Making Peace with Nature: A scientific blueprint to tackle the climate, biodiversity and pollution emergencies. Nairobi. https://www.unep.org/resources/making-peace-nature

13. **United Nations.** This seems like a global crisis that could impact the way we live. Is there a global response?. 2021 https://www.unep.org/interactive/measuring-progress-environment-sdgs/

[Mat. Actual. 2020] Nro. 2 (2020) | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.

Tabla de Contenidos
Table of Content

1. Masculinidad hegemónica en la salud sexual y reproductiva: prácticas y creencias de hombres jóvenes en Chile..
Hegemonic masculinity in sexual and reproductive health: practices and beliefs of young men in Chile ..... 07 - 18

2. Conductas y creencias de la sexualidad en el adulto mayor, Latinoamérica 2009-2019.
Behaviors and sexual beliefs of older adults, Latin América 2009-2019..... 19 - 29

3. Percepción estudiantil sobre primera Evaluación de ciclo curricular en la carrera de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Chile.
Student Perception of the first Evaluation of the Curricular cycle in the Obstetrics and Childcare Career, Universidad de Chile..... 31 - 45

4. Efecto del peso pregestacional y la ganancia de peso en el embarazo sobre el peso del recién nacido en embarazadas adolescentes.
Effect of gestational weight and weight gain during pregnancy on new-born weight in adolescent pregnant women..... 47 - 53

Masculinidad hegemónica en la salud sexual y reproductiva: prácticas y creencias de hombres jóvenes en Chile.

Hegemonic masculinity in sexual and reproductive health: practices and beliefs of young men in Chile.

Karina Morales-Ortiz[1], Karen Terán-Avendaño[1], Natalia Urrutia-Villanueva[1], Karen Mardones- Leiva[2], Cynthia Vergara-Maldonado[3]

[1]Matrona, como Tesista para optar al grado de Licenciada en Obstetricia y Puericultura. Universidad Austral de Chile.

[2]Psicóloga. Doctoranda en Ciencias Humanas, Facultad de Filosofía y Humanidades, y Profesora del Instituto de Estudios Psicológicos, Universidad Austral de Chile. Becaria ANID Doctorado Nacional 2017, folio 21170553.

[3]Matrona. Doctoranda en Ciencias Humanas Universidad Austral de Chile, Académica del Instituto de Salud Sexual y Reproductiva, Universidad Austral de Chile.

*Autor para correspondencia: cynthia.vergara@uach.cl

RECIBIDO: 11 de Junio de 2021
APROBADO: 25 de Octubre de 2021

DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.2859

ESTUDIO DERIVADO DE PROCESO DE TESIS DE PREGRADO | LAS AUTORAS DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES

Palabras claves: *Masculinidad, Adulto Joven, Anticoncepción, Salud Sexual*
Key words: *Masculinity, Young Adult, Contraception, Sexual Health.*

RESUMEN

La masculinidad hegemónica ha impactado la salud de los hombres exigiendo su autosuficiencia, lo que conduce a conductas de riesgo perpetuadas por creencias y prácticas que se reproducen en el sistema sexo/género en el curso de vida.

Objetivo: Describir las prácticas y creencias de autocuidado de hombres jóvenes universitarios con relación a salud sexual y reproductiva en cuanto a prevención de infecciones de transmisión sexual y anticoncepción.

Material y métodos: Se utilizó una metodología cualitativa de diseño descriptivo y de tipo fenomenológico. Se entrevistó a siete hombres universitarios de entre 20 y 30 años. La técnica de recolección empleada fue la entrevista semiestructurada y se reunió a los participantes por medio de redes sociales y la técnica de "bola de nieve". Se emplearon categorías desde la revisión teórica, tales como: masculinidad, salud sexual, salud reproductiva, autocuidado, creencias y prácticas para el análisis de contenido.

Resultados: Entre las prácticas de los jóvenes destaca el escaso uso de preservativos, búsqueda de educación en pares o en la pornografía, creencias sobre mandatos de la masculinidad hegemónica que derivan en conductas sexuales riesgosas, responsabilizando a la mujer de la anticoncepción, y limitándolos en el uso de barreras para la prevención de infecciones de transmisión sexual y la asistencia a los centros de salud, viendo a la matrona o matrón para la atención de lo femenino.

Conclusión: Las prácticas y creencias de los jóvenes ponen en peligro su salud sexual y reproductiva e invitan a considerar la promoción y prevención por parte de la matrona o matrón desde las masculinidades con sus creencias y prácticas.

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 07-18 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.2859

ABSTRACT

Hegemonic masculinities have impacted men's health by demanding self-sufficiency, leading to risk behaviors perpetuated by practices and beliefs that are reproduced in the sex/gender system over the life course.

Objective: To describe the self-care beliefs and practices of young university men in relation to sexual and reproductive health in terms of prevention of sexually transmitted infections and contraception.

Material and methods: A qualitative methodology of descriptive and phenomenological design was used. Seven university men between 20 and 30 years of age were interviewed, the collection technique used was the semi-structured interview and participants were gathered through social networks and the snowball technique. Categories from the theoretical review, such as: masculinity, sexual health, reproductive health, self-care, beliefs and practices were used for content analysis.

Results: Among the practices of the young people, the scarce use of condoms, the search for peer education or pornography, beliefs about hegemonic masculinity mandates that lead to risky sexual behavior, making women responsible for contraception and limiting them in the use of barriers for the prevention of sexually transmitted infections and attendance at health centers, seeing the midwife for the care of the feminine, stand out.

Conclusion: Practices and beliefs of young people endanger their sexual and reproductive health and invite them to consider the promotion and prevention by midwives from masculinities with their beliefs and practices.

INTRODUCCIÓN

Las políticas y estrategias en Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) se han caracterizado por una mirada focalizada principalmente en las mujeres, prescindiendo del lugar que ocupan los hombres en esos ámbitos, con las consiguientes carencias de enfoques, propuestas o consideraciones que podamos llamar de género/masculinidades **(1)(3)**.

Se observa que los abordajes en investigaciones sobre sexualidad y embarazo en la adolescencia y juventud han privilegiado la población y experiencias de mujeres **(1)**.

Como sostienen diversas investigaciones los hombres han sido más bien invisibles en la sexualidad y reproducción, lo que sin duda ha traído consecuencias para su responsabilidad en la anticoncepción **(1)(13)**. Por ejemplo, asumen una actitud muy tranquila, un tanto irresponsable en la práctica de su sexualidad, observándose que no les interesa protegerse y tampoco que su pareja lo haga **(18)**.

El silencio en torno a los hombres como seres fecundos **(36)** se produciría por el predominio de la representación de las mujeres como las responsables de la reproducción, en tanto potenciales madres **(10)(21)(36)**, de manera tal que ellos no se sienten parte de estos temas. Esto plantea el desafío de cómo lograr convocarlos e involucrarlos en actitudes y comportamientos corresponsables **(2)(37)**.

Para muchos hombres la SSyR es ajena, ya que la representan como parte del mundo femenino **(5)(8)(9)(28)**, por lo que describir sus creencias y prácticas cobra relevancia en el ejercicio del autocuidado en este tema y, también, contribuye a la igualdad de género.

El estudio de los hombres como seres genéricos fue impulsado por el movimiento feminista **(33)**, siendo hace algo más de veinte años que se ha comenzado a hablar del estudio de género de los hombres y masculinidades como un subcampo de los estudios de género **(2)(33)**. Lerner **(9)** señala que de esta forma se ha buscado integrar y hacer partícipe a los hombres en investigaciones, reflexiones e intervenciones asociadas a SSyR.

Desde las Conferencias de El Cairo y Beijing **(39)** se ha intentado atender a aspectos de la SSyR desde un enfoque de género llamado a la participación e involucramiento de los hombres. Habitualmente la salud de los hombres se ha centrado en lo genitourinario, siendo países como Australia o Reino Unido, referentes en equidad de género considerando a los hombres **(11)**. Uruguay, asimismo, ha incorporado hombres en estrategias de promoción y prevención en salud sexual **(31)** y Chile, con el Programa Chile Crece Contigo **(27)**, intenta incluir a hombres en la

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 07-18 | ISSN: 2452-5820 DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.2859

corresponsabilidad en la crianza **(41)**. Con todo, dichas iniciativas parecen no ser recibidas y/o difundirse entre los hombres, ya que sus creencias parecen condicionar su acercamiento a los servicios de salud **(34)** y, por consiguiente, sus prácticas de cuidado de SSyR.

Este estudio pretende describir prácticas y creencias de autocuidado de hombres jóvenes universitarios en relación con la SSyR en cuanto a prevención de infecciones de transmisión sexual y anticoncepción, como dos áreas específicas en el cuidado. Su base ese parte de una tesis de pregrado de la carrera de Obstetricia y Puericultura, realizada en la ciudad de Valdivia, Chile, la cual es reconocida como ciudad universitaria caracterizada por la fuerte presencia de jóvenes y sobre todo varones de entre 20 y 29 años, superando el número de mujeres en dichas edades **(22)**.

La pregunta que le dio origen es ¿cuáles son las creencias y prácticas de autocuidado que emergen desde los mandatos de la masculinidad hegemónica, en hombres adultos jóvenes en torno a su SSyR en la ciudad de Valdivia, durante el año 2018? Esta interrogante nos llevó a una reflexión para el análisis, con énfasis en el papel que deben tener las y los profesionales de la salud, en particular las matronas y los matrones, como líderes en la promoción de la SSyR de los hombres.

ENFOQUE TEÓRICO

Masculinidad Hegemónica

El concepto de Masculinidad Hegemónica (MH) comenzó a ser utilizado en la década de 1980 como parte de la teoría social contemporánea del género, que plantea cómo lo masculino ha sido construido socio-históricamente y dominado lo femenino a través de procesos socializadores que tienen en común muestras de virilidad y violencia **(40)**.

Para Connell **(7)**, investigadora que propone el concepto de MH, éste se define como "la configuración de la práctica de género que incorpora la respuesta aceptada, en un momento específico, al problema de la legitimidad del patriarcado, lo que garantiza la posición dominante de los hombres y la subordinación de las mujeres" (p. 11). Por lo tanto, esta apreciación da cuenta de una organización más o menos coherente de significados y normas que sintetiza una serie de discursos sociales que pretenden definir el término masculino del género. Desde ahí se hace necesario destacar aquellas creencias matrices que aparecen de modo constante organizando la vida de los hombres, conocidas como mandatos.

Los mandatos de género son representaciones construidas y reproducidas culturalmente que han operado a lo largo de la historia en nuestra sociedad y que deben ser cumplidas por hombres y mujeres, delineando los espacios y actividades que le corresponden a unos y otras y limitando sus posibilidades de acción en el mundo y sus potencialidades de desarrollo **(35)**. A partir de la propuesta de Bonino **(6)**, entre los mandatos masculinos encontramos la autosuficiencia prestigiosa, por la que se adjudica a los hombres la independencia y el poder del dominio; la heroicidad belicosa, por la cual ser hombre es ser luchador y valeroso como arquetipo de héroe; el respeto a la jerarquía, en la que un hombre adquiere un lugar prominente en la estructura jerárquica y asciende por obediencia a otros hombres, y la superioridad sobre las mujeres y la oposición a ellas, desde las que incluso se rechaza todo lo que se les parezca, entre ello a hombres femeninos. De lo anterior surge la visión de que ser hombre es hacer lo que las mujeres no hacen y no hacer lo que ellas hacen.

Creencias y prácticas de cuidado de la salud

Melguizo-Herrera y Alzate-Posada **(26)** sostienen que "la práctica, más que una colección de comportamientos discretos, es una actividad coherente y socialmente organizada que tiene una noción del bien (de lo bueno) y una variedad de significados comunes implícita o explícitamente articulados" (p. 118). Ahora bien, "tanto las creencias como las prácticas de cuidado de la salud se originan y desarrollan dentro del contexto social, se influyen mutuamente y son parte del carácter dinámico que permite a la cultura favorecer la adaptación de la persona a su entorno" (26, p. 112). Por lo tanto, a las prácticas de cuidado también las llamaremos comportamientos, actividades o hábitos que se moldean de acuerdo con el sistema de creencias **(26)**. En tanto, las creencias, por otra parte, se originan en la interacción social cotidiana, la cual propicia en las personas una manera particular de entender el mundo que las rodea, así como, también, su propio mundo interno.

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 07-18 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.2859

A la hora de intentar especificar las prácticas de autocuidado en el ámbito de la SSyR es posible comprobar que estas incluyen el uso de métodos anticonceptivos, uso del preservativo, asistencia a controles y realización de exámenes preventivos o autoexamen de mamas, entre otras **(17)** (Tabla 1).

Salud Sexual y Reproductiva

La SSyR comenzó a estar presente en los discursos en la década de 1990, ocupando un lugar importante en la agenda internacional. En ese contexto, la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo **(39)** marca un punto de inflexión ante los debates normativos en esta materia, acordando reemplazar el concepto de "salud materna e infantil" por "salud sexual y reproductiva" **(15)**. Por ello, al definir la SSyR nos encontramos por una parte con la Salud Sexual y por otra con la Salud Reproductiva.

Según el Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo [CIDP], la primera forma parte de la salud del ser humano y se refiere al estado de bienestar de hombres y mujeres para tener una vida placentera y segura **(38)**, cuestión reafirmada por la Declaración de Derechos Sexuales **(44)**. Ambas se relacionan directamente con la prevención de infecciones de transmisión sexual [ITS], las cuales, a su vez, "constituyen un grupo heterogéneo de patologías transmisibles, cuyo elemento en común es el compartir la vía sexual como principal mecanismo de transmisión" **(29)**. Por su parte, la Salud Reproductiva es definida como la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear y en libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho de las mujeres y los hombres a obtener información y planificar la familia de su elección, así como, además, otros métodos para regular la fecundidad que no estén legalmente prohibidos **(39)**.

Masculinidades y el autocuidado en Salud Sexual y Reproductiva

En general se mandata a los hombres para ser independientes e invulnerables, lo que podría explicar su escaso compromiso frente al autocuidado **(12)(28)**. El autocuidado es entendido como la capacidad que debe desarrollar cada individuo, durante su proceso vital, en aras de promover, proteger y mantener la vida y con ello la salud para lograr una buena calidad de vida, en el cumplimiento de un proyecto de desarrollo humano armónico **(14)**.

En Chile, la evidencia expone la escasa participación de los hombres en consultas de SSyR **(30)**. Dichas prestaciones y controles en su mayoría son realizados por un/a profesional matrona/ón, cuestión interesante si se piensa que la profesión tiene una larga tradición originada en la salud materno-infantil, especialmente en reducir la alta mortalidad que caracterizaba a esas poblaciones **(16)**. En la actualidad se discute cada vez más el papel de los hombres en la SSyR y en la igualdad de género, por lo que es necesario conocer las creencias y prácticas con relación a la MH entre jóvenes universitarios.

MARCO METODOLÓGICO

Este es un estudio cualitativo, descriptivo e interpretativo con un enfoque fenomenológico. Los participantes fueron siete hombres adultos jóvenes entre 20 y 30 años (con un promedio de 24 años) de la ciudad de Valdivia, todos estudiantes universitarios de diferentes carreras (de la salud, derecho, ingeniería y psicología). Los criterios de inclusión contemplaron a hombres adultos jóvenes residentes en Valdivia, estudiantes universitarios, y como criterio de exclusión ser extranjeros o presentar algún tipo de discapacidad intelectual y sensorial, para contar con una muestra más o menos homogénea.

En una primera etapa -tres semanas- la convocatoria se realizó por redes sociales (Facebook e Instagram) de la Universidad, obteniendo sólo dos respuestas. Debido a ello, y considerando que los hombres no suelen ser un grupo proclive a participar en temas referentes a SSyR, se empleó la técnica de muestreo en cadena o por redes ("bola de nieve"), la que permitió identificar, a partir de los primeros participantes, a otros jóvenes que pudieran y quisieran participar en la investigación, para posteriormente contactarlos a través del equipo de investigadoras **(19)**.

Se concertó fecha, hora y lugar para la entrevista de común acuerdo. Se empleó la entrevista semiestructurada como técnica de investigación, la que fue realizada por dos de las tesistas. El instrumento utilizado fue un guión de preguntas de acuerdo con las categorías previas relacionadas con el objetivo de la

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 07-18 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.2859

investigación y derivadas de la revisión teórica, tales como: masculinidad hegemónica, salud sexual, salud reproductiva, creencias y prácticas. La validación estuvo a cargo de dos expertas (una en SSyR y otra en masculinidades), y se realizó una prueba piloto en un grupo de jóvenes universitarios escogidos al azar por las investigadoras, quienes otorgaron sugerencias en cuanto a redacción y comprensión de las preguntas. Se eliminaron preguntas con el sesgo de deseabilidad social y se cuidó el orden de las preguntas para eliminar sesgos en recogida de información. Para garantizar la calidad las entrevistadoras, éstas fueron capacitadas con antelación, estableciéndose un protocolo de entrevista y garantizando la confiabilidad a través de una pista de auditoría con un cuaderno de notas y con una triangulación de investigadoras. Los participantes firmaron un consentimiento informado de participación voluntaria, en anonimato y confidencialidad.

Al momento de realizar las entrevistas -y para resguardar el anonimato- se identificó a cada entrevistado con una letra E (entrevistados) y un número correlativo. Las entrevistas se detuvieron cuando la información se saturó. La validez fue garantizada por la revisión de las transcripciones por parte de los entrevistados y la comprobación de las tutoras de tesis en calidad de expertas, quienes mantuvieron la auditoría de los datos en una nube virtual de información con clave de acceso.

La evaluación de las respuestas se realizó mediante un análisis de contenido, referente a interpretación de los textos procedentes de las transcripciones de las entrevistas. Para ello se realizó codificación abierta y axial, que consistió en filtrar las categorías surgidas. Finalmente, la codificación selectiva permitió seleccionar una categoría central en torno a la que el resto de las categorías se organizaron.

Desde los criterios de credibilidad y validez de la investigación podemos decir que a todos los participantes se les aplicó el mismo guión de entrevista, con las mismas entrevistadoras y bajo las mismas condiciones. Las entrevistas se realizaron con grabadora y fueron transcritas por las tesistas con técnica manual en procesador de textos, previo fichaje y subrayado, con apoyo de audios de grabación. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética del Servicio de Salud Valdivia con fecha 8 de marzo del 2018.

RESULTADOS

Los resultados se agruparon según categorías preestablecidas y categorías emergentes.

Un entrevistado se declaró homosexual, siendo el único en admitir que ha recibido más información sobre uso del preservativo por parte de sus pares y colectivo. No obstante, se evidencia que existen tanto prácticas como creencias entre los hombres universitarios que derivan de la masculinidad hegemónica, guiados por el rol de género esperado y la presión social. Aunque reconocen barreras para la prevención de las infecciones de trasmisión sexual (ITS), como el uso del condón y métodos para la anticoncepción, sus creencias los limitan para utilizarlos, ya que atribuyen dichas responsabilidades a las mujeres.

Sus prácticas están condicionadas a creencias como la autosuficiencia prestigiosa, que repercuten en el autocuidado en SSyR y los lleva a practicar conductas de riesgo mediante las cuales exponen, además, a sus parejas. Igualmente, afirman que los sistemas de salud no favorecen su inclusión en temas de SSyR y expresan reticencia a acudir a un profesional (Tabla 2).

A continuación se mencionan las categorías respectivas, respaldadas con citas de los entrevistados:

Categoría Masculinidad Hegemónica

En esta categoría se evidenció que los participantes comparten el modelo de hombre exitoso y las diferenciaciones con respecto a las mujeres. En cuanto a autosuficiencia prestigiosa, los resultados de las entrevistas se enfocan en el rol de género que debe cumplir el hombre:

> "*proveedor, que tiene que...que tiene que cumplir con el rol de familia, casarse, de tener hijos y de... proveer a esas familias de lo mejor que pueda él*" *E1*

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 07-18 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.2859

> "*el hombre tiene que tener relaciones sexuales con muchas personas, muchas mujeres y en el fondo también la protección, o sea dígase condón significa como… ¿tapar un poco tu masculinidad?*" E2

Subcategoría: Belicosidad heroica.

Destacan el riesgo que optan tomar, inclusive en situaciones que incumben a su SSyR:

> "*en general los hombres son más propensos a tener relaciones sexuales de cualquier manera en realidad, como no sé, no sé cómo decirlo, pero es y es, no es cómo, que es … tal vez me pueda pasar tal cosa, sino que, si tengo la oportunidad lo voy a hacer*" E6

En este contexto, se evidencia en todos los participantes el poder que ejercen los mandatos de la masculinidad por sobre las decisiones de ellos. En particular, durante la relación sexual, estos deben responder positivamente a ello para evitar poner en duda su virilidad.

Subcategoría: Respeto al valor de la jerarquía y superioridad a las mujeres.

De los relatos se desprende la presión social a la cual se exponen y cómo ésta repercute en sus cuidados de salud.

> "*ahí la presión social influye caleta (mucho) y cuando un amigo y un grupo de amigos, de cinco amigos le dicen a uno: '¡ah, pero lo tuyo no cuenta, porque tú no has tenido sexo sin condón!, no cachai (conoces) lo que es la experiencia real del sexo'. El otro termina poniendo como esa presión social en virtud de la poca educación sexual que tiene y que termina prefiriendo como el placer antes del cuidado y eso termina perjudicando*" E1

Categoría Salud Sexual

En esta categoría la mayoría de los entrevistados reconoció el uso del preservativo como un método de prevención de ITS. Sin embargo, prima la creencia respecto a su uso sólo para prevenir embarazos. Además, se manifiesta la incomodidad y la disminución del placer en su utilización:

> "*siendo honesto igual el condón mmm... O sea, mmm, molesta un poco en mi opinión, pero en verdad es la visión, la poca visión de riesgo/beneficio*" E2

> "*tenemos el preservativo y usándolo no se siente igual... yo creo que la cosa va un poco más por ahí...*". E4

Cabe señalar que los entrevistados que se declaran con una mayor educación sexual y con información sobre el uso del preservativo la han recibido por parte de su familia, aunque el entrevistado homosexual señala haberla recibido de parte de sus pares.

Categoría Salud Reproductiva

En cuanto a métodos anticonceptivos, los hombres reconocen -en su totalidad- el uso del preservativo para tal efecto. En menor medida mencionan la vasectomía, seguida por la abstinencia y el coitus interruptus (este último inclusive es practicado por algunos). No obstante, la mayor responsabilidad con respecto a la salud reproductiva para ellos recae en las mujeres:

> "*Yo no creo que sea algo así como que la industria haya inducido a que las mujeres sólo sean las compradoras de los anticonceptivos, sino que yo creo que la fisiología de la mujer es más controlable en ese aspecto*" E2

> "*Entonces como que la vasectomía no es un método, porque se contrapone al hombre "viril" jajaja*" E4

Sin embargo, se destaca que poco a poco los hombres están responsabilizándose en la reproducción, integrándose como actores e informándose respecto a las nuevas ofertas que se están implementando para ellos, esto caracterizado por al menos dos entrevistados:

> "*quizás se asume que la mujer lo tiene que hacer, también lo otro, pero no creo que sea lo único; pero también está el tema de que los hombres deberían aportar en eso, en las pastillas, en el método que sea y deberían estimular a la mujer a hacerlo*". E2

Categoría Creencias y prácticas

Con respecto a las creencias que influyen en el autocuidado, los jóvenes destacan a la familia como la primera fuente de educación sexual e identifican a la madre como la responsable de la educación de sus hijos. Por otra parte, mencionan el sistema educa-

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 07-18 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.2859

cional, pero según ellos éste contribuye muy pobremente. También destaca la pornografía, reconocida como un factor condicionante que interviene en las creencias y, posteriormente, en las prácticas de riesgo:

> "*y eso potencia las infecciones de manera súper harto y mis amigos no lo saben, porque básicamente se han criado con el porno como maestro sexual*" E1

> "*en el colegio mmm, la verdad es que… a ver yo fui a un colegio público, así que la educación sexual fue muy pobre, a lo mucho enseñaba a cómo colocar un condón…*" E5

En relación con las prácticas de los hombres que influyen en el "autocuidado", destacan como factores externos de riesgo el consumo de alcohol y drogas, lo que altera la conciencia y dificulta la capacidad para tomar decisiones, contribuyendo de paso a prácticas sexuales riesgosas.

Categorías emergentes

Una de las categorías emergentes correspondió a "cuerpo y sexualidad":

> "*Como un hombre te va a tocar el pene, un urólogo o como una mujer después, como una enfermera te va a tocar el pene, y si se me para y todo eso, es muy real*" E1

Otra categoría es la "percepción del/a profesional matrona/ón". La gran mayoría de los participantes refieren no sentirse considerados en los sistemas de salud, desconociendo a qué especialista pueden acudir y asocian a 'la matrona' -no matrón- como una profesional ligada a lo femenino:

> "*como que les cuesta ir a la matrona, porque asocian la matrona a lo femenino (…) como una mujer me va a enseñar a mí no se estas cosas (…) así como ya no quiero que la matrona me vea mi pene...*" E3

> "*igual las mujeres tienen a su matrona, ginecólogo, y los hombres como… 'cri, cri' jajaja, así que bacán que quieran acercarse más a nosotros…*" E4

> "*si las matronas le dan un enfoque sólo al femenino, o sea sólo desde las mujeres y yo creo que esas temáticas deberían ser tanto para hombres como para mujeres …pero sería super como bueno que se hable de los dos, desde los dos sexos, tanto de hombres como de mujeres...*" E7

Se observa una valoración de la profesión de la matronería, pero sus creencias en torno a la masculinidad condicionan sus prácticas para el acercamiento a los centros de salud.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados principales de este trabajo revelan que los mandatos de la MH operan en las creencias y prácticas de los jóvenes impactando su SSyR.

Estos últimos asocian la MH al control y al poder, a la renuncia de todo aquello que resulte ser femenino y a la validación de la "homo-socialidad". Es decir, a las relaciones con sus pares como lo realmente importante **(23)**

Respecto de ellas los jóvenes destacan la importancia de la presión que estos ejercen en la toma de decisiones, y -por ende- en los riesgos de ITS, así como en la reticencia a consultar con profesionales mujeres como las matronas y la no responsabilidad en la anticoncepción. No obstante, al romper de alguna manera con dichos mandatos, como en el caso del entrevistado homosexual, se acercan a los cuidados en salud sexual y al acceso de más información entre pares, más que a la pornografía, considerando que esta última se ha observado en relación con la violencia de género **(20)**.

Aun así, la totalidad de los entrevistados se rige mayormente por dichos mandatos, cuestión que concuerda con otros estudios en poblaciones de jóvenes universitarios que muestran cómo los hombres jóvenes adhieren en mayor medida a los cánones tradicionales de la masculinidad si los comparamos con las mujeres de su generación **(24)(25)**.

En cuanto a las prácticas y creencias en SSyR, éstas suelen estar muy condicionadas a la presión social y a la posibilidad de afrontar cualquier riesgo -incluso entre los jóvenes universitarios del área salud- como contagios de ITS o embarazos no de-

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 07-18 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.2859

seados. En este último punto se da una diferencia en relación a otros estudios con jóvenes universitarios, que muestran una cada vez mayor conciencia de las responsabilidades que implica un/a hija/o y se preocupan de evitar un embarazo, con el objetivo de no truncar o dificultar el avance en sus estudios universitarios **(32)(43)** o de plano descartar la paternidad, como parte del proyecto de vida **(32)**.

Queda a discusión cómo las creencias -especialmente las relacionadas con la imagen del cuerpo del hombre fuerte y vigoroso- les han distanciado del cuidado en su SSyR, situación que se refuerza en un sistema de salud que excluye a los hombres de estos procesos y se orienta principalmente a la atención materna infantil, dejando de lado sus las necesidades en este plano. **(4)**. De esto ahí la importancia de desplazar el foco de la matronería hacia un sujeto de derechos sexuales y reproductivos **(41)** y comprender a los hombres también como seres fecundos **(36)**.

Asimismo, las creencias entorno a la MH limitan las prácticas de autocuidado de los hombres y si bien obtienen de ellas dividendos/ganancias **(7)** también se exponen a riesgos de SSyR, que igualmente pueden afectar a sus parejas mujeres. Por tanto, un punto crucial a considerar es la educación sexual integral desde la infancia y durante todo el curso de la vida. Por lo anterior, es necesario ampliar las políticas de salud -con enfoque de género/masculinidades- que consideren a niños, hombres jóvenes y hombres adultos **(1)(3)**.

Queda como desafío para la disciplina la opción de cómo convocar e incorporar a los hombres desde el género e involucrarlos en actitudes y comportamientos de cuidado y corresponsabilidad en la SSyR de sí mismos y sus parejas **(2)(37)**.

Como limitación del estudio identificamos el enfoque territorial centrado sólo en una ciudad, quedando la tarea de profundizar cómo operan la MH en otros contextos y grupos (nivel educativo, migrantes, disidencias, etc.).

Agradecimientos

Agradecemos a todos los jóvenes que participaron en el estudio y nos entregaron sus testimonios. También a las tutoras del Instituto de Salud Sexual y Reproductiva y del Instituto de Estudios Psicológicos de la Universidad Austral de Chile (UACH), por alentarnos y guiarnos para publicar estos resultados y contribuir a la investigación en matronería como estudiantes de Obstetricia y Puericultura de la UACH.

REFERENCIAS

1. Aguayo F, Sadler M. El papel de los hombres en la equidad de género: ¿qué masculinidades estamos construyendo en las políticas públicas en Chile? En: Aguayo F, Sadler M, editores. Masculinidades y políticas públicas, involucrando hombres en la equidad de género. Santiago de Chile: FACSO-CulturaSalud-EME; 2011. p. 106-126.

2. Aguayo F, Nascimento M. Dos décadas de estudios de hombres y masculinidades en América Latina: Avances y desafíos. Revista Latinoamericana. Sexualidad, Salud y Sociedad. 2016; (22): 207-220. http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.22.09.a

3. Aguayo F. Masculinidades y políticas en América Latina transcurridos 20 años de los estudios de género de los hombres. En: Madrid S, Valdés T, Celedón R, compiladores. Masculinidades en América Latina. Veinte años de estudios y políticas para la igualdad de género. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Academia Humanismo Cristiano, Crea Equidad. 2020. p. 331-358.

4. Aspilcueta-Gho D. Rol del varón en la anticoncepción, como usuario y como pareja. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2014; 30(3): 480–486. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2013.303.287

5. Barker G, Greene M. ¿Qué tienen que ver los hombres con esto? Reflexiones sobre la inclusión de los hombres y las masculinidades en las políticas públicas para promover la equidad de género. En: Aguayo F, Sadler M, editores. Masculinidades y políticas públicas. Involucrando a hombres en la equidad de género. Santiago de Chile: LOM; 2011. p. 23-48.

6. Bonino L. Masculinidad hegemónica e identidad masculina. Dossiers Feministes. 2002; (6): 7-35. https://doi.org/10.6035/Dossiers

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 07-18 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.2859

7. Connell R. Masculinidades. 2 ed. México: UNAM-PUEG; 2015.

8. De Keijzer B. Los hombres ante la salud reproductiva; 2001; s/i: s/i. Disponible desde: http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/Los_Hombres_ante_la_Salud_Sexualreproductiva._Una_relacion_contradict.pdf

9. De Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: Género, cuerpo y salud masculina. Revista La Manzana. 2006; 1(1): 137-152. Disponible desde: http://agendadelasmujeres.com.ar/pdf/est_masc_01.pdf

10. De Martino-Bermúdez M. Padres adolescentes y jóvenes: tensiones y debates. Pesquisa teórica. 2016; 19(1): 91-99. doi: 10.1590/1414-49802016.00100010

11. Elterman D, Pelman R. Salud masculina: un nuevo paradigma, estrategias para la atención de salud, apoyo, educación e investigación. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014; 25(1): 40–45. https://doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70009-4

12. Escobar M, Pico M. Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios, Manizales, 2010-2011. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2013; 31(2):178-186. Disponible desde: http://www.redalyc.org/pdf/120/12028113003.pdf

13. Figueroa-Perea J.G. Algunas reflexiones para dialogar sobre el patriarcado desde el estudio y el trabajo con varones y masculinidades. Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad. 2016; (22): 221-248. http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.22.10.a

14. Franco Z, Duque J. La bioética y el autocuidado de la salud: Imperativos para la formación integral en la universidad. Acta Bioethica. 2015; 21(1): 37-44. Disponible desde: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2015000100005

15. Galoviche V. Conferencia sobre población y desarrollo de El Cairo (1994). Avances y retos para la inclusión masculina en salud sexual y reproductiva. Revista De Ciencias Sociales y Humanas RevIISE. 2016; 8(8): 89-97. Disponible desde: http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/95

16. Godoy L, Zárate M. Trabajo y compromiso, matronas del Servicio Nacional de Salud, Chile 1952-1973. Revista Ciencias de la Salud. 2015; 13(3): 411-430. Disponible desde: https://revistas.urosario.edu.co/xml/562/56242524008/html/index.html

17. González S, Arriagada M. Ciudadanía y cuidado en salud reproductiva y sexual: Un estudio exploratorio en mujeres trabajadoras de los sectores de salud y educación. Revista de Psicología de la Universidad de Chile. 1999; 8(1): 183-197. Disponible desde: www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/download/17331/1807

18. Gutiérrez B. Concepciones sobre el autocuidado de la sexualidad: Aproximación a un grupo de jóvenes. [Maestría]. Universidad Industrial de Santander, Colombia; 2010.

19. Hernández R, Fernández, C, Baptista P. 6ta ed. Metodología de la investigación. Ciudad de México: Mc Graw Hill; 2014.

20. Hernández I, Santana J. ¿Existe relación entre el consumo de pornografía y la violencia de género? Los efectos que produce la pornografía en las relaciones. [Pregrado]. Universidad de la Laguna; 2021.

21. Herrera F, Aguayo F, Goldsmith J. Proveer, cuidar y criar: evidencias, discursos y experiencias sobre paternidad en América Latina. Polis, Revista Latinoamericana. 2018; (50): 5-20. http://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682018000200005

22. Instituto Nacional de Estadísticas, Gobierno de Chile [INE]. Resultados del Censo 2017; 2017. Disponible desde: http://resultados.censo2017.cl/Region?R=R14

23. Kimmel M. Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. En: Valdés T, Olavarría J, editores. Masculinidad/es: poder y crisis. ISIS-FLACSO: Ediciones de las Mujeres N° 24; 1995. p. 49-62.

24. Mardones K, Vizcarra M. Creencias de universitarios del sur de Chile sobre mandatos de género masculinos. Revista de Psicología. 2017; 26(2): 1-15. DOI:10.5354/0719-0581.2017.47945

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 07-18 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.2859

25. Mardones K, Navarro S. Mandatos de género para hombres, creencias de universitarios y universitarias del sur de Chile. Revista Integración Académica en Psicología. 2017; 5(15): 55-65. Disponible desde: http://integracion-academica.org/attachments/article/172/Integracion%20Academica%20en%20Psicologia%20V5N15.pdf

26. Melguizo-Herrera E, Alzate-Posada M.L. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. Av. Enferm. 2008; 26(1): 112-123. Disponible desde: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000100012&lng=en.

27. Ministerio de Salud [MINSAL], Gobierno de Chile. Chile Crece Contigo. Protección Integral a la Infancia. Santiago; 2007.

28. Ministerio de Salud [MINSAL], Gobierno de Chile. Situación actual de la salud del hombre en Chile. Santiago; 2011. Disponible desde: http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/b7e8f68be82d-7f2fe040010165013351.pdf

29. Ministerio de Salud [MINSAL], Gobierno de Chile. Norma de Profilaxis, Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS); 2016. Disponible desde: http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/8480%0Ahttps://www.cgcom.es/sites/default/files/gbpc_infecciones_transmision_sexual.pdf%0Ahttp://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/10/Situacion_ITS_2016.pdf%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/handle/106

30. Ministerio de Salud [MINSAL], Gobierno de Chile. Controles de salud sexual y reproductiva según tipo de control, por Región y Servicio de Salud, SNSS 2016 (Datos preliminares). Departamento de estadísticas e Información de Salud; 2016. Disponible desde: https://reportesdeis.minsal.cl/REM/2016/REM01SECCIONA/REM01SECCIONA.aspx

31. Ministerio de Salud, Gobierno de Uruguay. Salud de los varones; 2017. Disponible desde: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Tr%C3%ADptico%20Salud%20de%20los%20Varones.pdf

32. Moreno-Rangel Y, Rincón-Silva E. Maternidad/Paternidad: el declive de roles sociales convencionales en una muestra de universitarios(as). Revista Ciencia y Cuidado. 2020; 17(3): 96-107. https://doi.org/10.22463/17949831.2378

33. Núñez G. Abriendo brecha. 25 años de estudios de género de los hombres y masculinidades en México (1990-2014). México: CIAD; 2017.

34. Obach A, Sadler M, Aguayo F, Bernales M. Salud sexual y reproductiva de hombres jóvenes en Chile: resultados de un estudio cualitativo. Revista Panamericana de Salud Pública. 2018; 42: 1–7. https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.124

35. Olavarría J. ¿Hombres a la deriva? Poder, trabajo y sexo. FLACSO-Chile; 2001.

36. Olavarría J. Los hombres también somos fecundos. En: Olavarría J, Márquez A, editores. Varones: entre lo público y la intimidad. FLACSO-Chile; 2004. p. 119-128.

37. Olavarría J. Sobre hombres y masculinidades. "Ponerse los pantalones". Universidad Academia Humanismo Cristiano; 2017.

38. Organización Mundial de la Salud [OMS]. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Human Reproduction Programme. 2018. Disponible desde: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf

39. Organización de las Naciones Unidas [ONU]. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. 1996. Disponible desde: http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing full report S.pdf

40. Peña J, Arias L, Sáez F. Masculinidad, Socialización y Justificación de la Violencia de Género. El Caso de la Región de la Araucanía (Chile). Hipatia Press. 2017; 6(2): 142-165. Disponible desde: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6073313

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 07-18 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.2859

41. Vergara C. Reflexiones sobre heteronormatividad: los modelos y representaciones de familia en una web de salud desde la multimodalidad. Revista Perspectivas de la Comunicación. 2020; 13(1): 85–104. https://doi.org/10.4067/S0718-48672020000100085

42. Vergara C. Midwifery Hermeneutic. Historiographical Implications And Life Stories. European Proceedings of Social and Behavioral Sciences. 2020; 84: 68–79. https://doi.org/10.15405/epsbs.2020.05.8

43. Vizcarra M.B. y Poo A.M. Cambios en los significados asociados a la paternidad en hombres de Temuco, Chile. Revista de Psicología. 2017; 26(1): 94-107. https://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2017.46394

44. World Association for Sexual Health [WAS]. Declaración de los Derechos Sexuales; [Internet] 2014. Disponible desde: https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/declaracion_derechos_sexuales_sep03_2014.pdf

ANEXOS

Tabla 1. Prácticas y creencias de los hombres desde la literatura

Prácticas	Creencias
Salud sexual:	Autosuficiencia prestigiosa que lleva a riesgos en salud
Pasividad en la práctica de la sexualidad responsable (uso de preservativos, asistencia a controles y exámenes preventivos)	
Salud Reproductiva:	Belicosidad Heroica (proveedor y protector de otros)
Desligarse de la planificación familiar (uso de anticonceptivos como función de la mujer)	
	Respeto a la jerarquía entre hombres y hacia las mujeres como inferiores.

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 07-18 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.2859

Tabla 2. Prácticas y creencias de los hombres encontradas en el estudio.

Prácticas	Creencias
Uso de preservativo asociado evitar embarazos	Rol de género que debe cumplir el hombre
Relaciones sin protección dado la oportunidad de sexo acompañado de riesgos (alcohol, drogas, etc.)	Anticoncepción como responsabilidad de las mujeres
Descarte de uso de métodos de esterilización	Vasectomía como amenaza a la virilidad y motivo de bromas
Mayor cantidad de sexo con diferentes personas y sin limitarse por uso de preservativos	Sexo como indicador de virilidad y relacionado al placer
Búsqueda de información de educación sexual en fuentes como amigos y pornografía	Madre como responsable de su educación sexual
Uso de alcohol y drogas que llevan a conductas de riesgo en SSyR.	Presión social de los pares por sobre cuidados en salud
Asistencia a los servicios de salud solo en caso urgencia	Cuerpo de un hombre no debe ser examinado menos por mujeres
Desmotivación para consultar a un/a profesional prevención de ITS o anticoncepción.	Matronas/es como proveedores de salud solo de las mujeres

Conductas y creencias de la sexualidad en el adulto mayor, Latinoamérica 2009-2019

Behaviors and sexual beliefs of older adults, Latin América 2009-2019

Antonieta Alcaino-Veloz[1], Sofía Becerra-Dottis[1], Gloria Pizarro-Díaz[1], Valeria Rodríguez-Barrera[1], Javiera Sotelo-Góngora[1], Ivette Torres-Rifo[1], Maricela Pino-Álvarez[1]

[1]Escuela de Obstetricia sede Santiago Universidad San Sebastián. Facultad de Medicina y Ciencia. Lota 2465, Providencia.

*Autor para correspondencia: maricela.pino@uss.cl

RECIBIDO: 27 de Octubre de 2021
APROBADO: 27 de Enero de 2022

CC BY NC SA

DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3045

ESTUDIO DERIVADO DE PROCESO DE TESINA DE PREGRADO | LAS AUTORAS DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES

Palabras claves: *adulto mayor, sexualidad, actividad sexual*
Key words: *elderly, sexuality, sexual activity*

RESUMEN

Objetivo: Identificar las conductas y creencias sexuales de los adultos mayores, abarcando los factores biopsicosociales que podrían afectar el goce y la libertad sexual.

Metodología: Revisión bibliográfica de tipo narrativa. Se realizó una búsqueda de artículos científicos en las bases biomédicas Ebsco, Lilacs, Proquest y Science Direct, mediante los términos sexualidad, creencias, mitos, conductas, factores biopsicosociales, prácticas sexuales, adulto mayor y sus equivalentes en inglés, entre los años 2009 y 2019.

Resultados: Entre las prácticas sexuales señalan el coito, mayoritariamente aquellos menores de 70 años con pareja, sin diferencias notorias de género. Tanto el coito como las prácticas sexuales están asociadas a la expresión de la afectividad y cariño. El asumir la asexualidad de este grupo, así como también la heterosexualidad, son las mayores creencias acerca de este grupo. Los factores biopsicosociales que dificultan la expresión de la sexualidad son la falta de privacidad, las enfermedades crónicas y la viudez.

Conclusión: La sexualidad en el adulto mayor aporta grandes desafíos tanto para la matronería como para el personal de la salud. Se sugiere la realización de mayores investigaciones e implementaciones de programas de educación sexual destinados a mejorar la vida sexual en la vejez.

ABSTRACT

Objectives: To identify the sexual behaviors and beliefs of older adults, encompassing the biopsychosocial factors that could be present affecting in a certain way the enjoyment and sexual freedom.

Methodology: Bibliographic revision. A search was carried out for scientific articles in the biomedical databases Ebsco, Lilacs, Proquest and Science Direct, using the following search terms sexuality,

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 19-29 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3045

beliefs, myths, behaviors, biopsychosocial factors, sexual practices, old age, and their equivalents in Spanish, between 2009-2019.

Results: Among their sexual behaviors, claim to have coital practices, mostly those under 70 years of age with a partner, without noticeable gender differences, also affirming that intercourse and sexual practices are associated with the expression of affection and caring. Asexuality and heterosexuality are the most common beliefs regarding this age group. Among the biopsychosocial factors that hinder the expression of sexuality, it was possible to identify the lack of privacy both by caregivers and relatives towards the elderly and their partners, chronic diseases and those typical of old age and widowhood.

Conclusions: Sexuality in the elderly, provides great challenges for both midwifery and health personnel, there is the challenge of effective and timely training. Likewise, it is suggested that more research be carried out and the implementation of sexual education programs aimed at improving sexual life in old age.

INTRODUCCIÓN

En todos los países del mundo, particularmente en los más desarrollados, la proporción de personas adultas mayores ha aumentado en los últimos decenios. En América Latina y el Caribe este fenómeno se caracteriza por su rapidez: si en 1950 solo el 5.4% de la población tenía 60 o más años, en 2002 ésta alcanzó el 8 %, al tiempo que para 2025 se estima que esta cifra se elevará al 12.8% y para el 2050 será del 22% **(1)**.

Los cambios en la población derivados del envejecimiento han hecho que los Estados elaboren estrategias que permitan garantizar una adecuada calidad de vida. En este sentido, es necesario reconocer el concepto integral de calidad de vida que da cuenta del bienestar físico, mental y social. En esta misma línea, se hace necesario contemplar la sexualidad de adultos mayores como una dimensión de la calidad de vida de las personas **(2)**.

Superando los 60 años, la sexualidad sigue teniendo un papel crucial en la vida de hombres y mujeres. Es importante considerar que se producen cambios en la respuesta sexual, sin embargo, esta no desaparece ni es menos relevante, tal como se da a conocer en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida Sexual en la vejez (Chile, 2016) donde se observa que un 65% de las personas considera la sexualidad activa como un ámbito importante en sus vidas y un tercio de ellas refiere tenerla **(3)**.

Pese a este reconocimiento de la salud sexual en este grupo etario, y la importancia que posee el tema, diversas investigaciones señalan, por ejemplo, que la sexualidad en los adultos mayores sigue considerándose como un tabú, que está llena de prejuicios -como la pérdida de todo interés sexual- y que, si aún mantienen relaciones sexuales, se les califica como pervertidos **(4)**; la no aceptación de que las personas de edad avanzada mantengan relaciones sexuales, hace que se prefiera eludir el tema, dando lugar a que desaparezca del imaginario colectivo y, por tanto, a una supuesta inexistencia **(5)**; que familiares y médicos no pueden abarcar adecuadamente el tema con adultos mayores ante la incomodidad que puede representar el tema o por la creencia de que ellos son asexuados **(6)**; que el escaso conocimiento sobre este tema, se da incluso dentro de los profesionales sanitarios. Las creencias y conceptos erróneos se manifiestan incluso en las historias clínicas donde no se recogen datos sobre la actividad sexual **(7)**.

Comprendiendo la desinformación de la sociedad y las culturas latinoamericanas sobre las conductas y mitos en este grupo etario, así como la creencia de que las condiciones fisiológicas durante la vejez no permiten ejercer una sexualidad activa, ya que no existiría el deseo ni el interés sexual, que la vida sexual en la mujer termina con la menopausia y en el hombre con la andropausia, hemos planteado la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las conductas y creencias de la sexualidad en adultos mayores en América Latina entre 2009 y 2019?

Asimismo, considerando que hay un progresivo envejecimiento de la población mayor de 60 años, tanto en Chile como a nivel continental, surgen los siguientes objetivos de investigación: identificar las conductas y las creencias sexuales de este grupo de estudio, abarcando los factores biopsicosociales que se podrían presentar y que afecten el goce y la libertad sexual.

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 19-29 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3045

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos biomédicas: Ebsco, Lilacs, Proquest y Science direct.

Los descriptores utilizados de la lista de términos de DeCs para la búsqueda bibliográfica han sido los siguientes: sexuality, beliefs, myths, behaviors,biopsychosocial factors, sexual practices, old age, elderly, siendo sus equivalentes en español: sexualidad, creencias, mitos, conductas, factores biopsicosociales, prácticas sexuales, vejez, adulto mayor. Además, se utilizaron los operadores booleanos AND y OR combinados con las palabras claves ya descritas.

Los resultados de esta búsqueda se limitaron a artículos de investigación que aportarán elementos relevantes sobre el tema a investigar, bajo los siguientes criterios de inclusión:

- Se seleccionaron preferentemente artículos publicados entre los años 2009-2019.
- La muestra de estudio abarcó la población adulto mayor de América Latina, específicamente en los siguientes países: Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, México y Puerto Rico.
- Se seleccionaron artículos con resultados centrados en la sexualidad en la adultez mayor y no en otro periodo del ciclo vital.
- Se seleccionaron artículos por texto completo, escritos en español e inglés.

Un total de 1.634 artículos fueron inicialmente escogidos, de acuerdo con la estrategia de búsqueda diseñada. La revisión de idioma, año y localidad permitió excluir 511 artículos por no cumplir con los requisitos, en tanto que otros 1.098 artículos fueron excluidos al no tener relación con los objetivos planteados para responder la pregunta de investigación realizada. El total de artículos revisados que cumplieron los criterios definidos fueron 25. (Figura 1.)

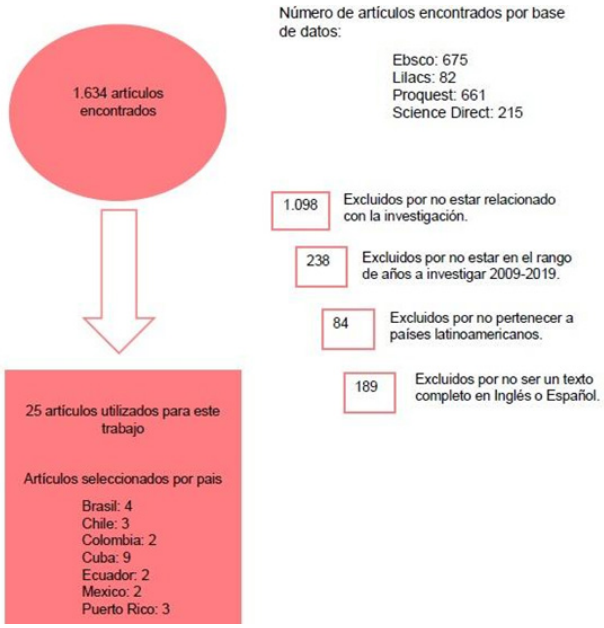


Figura 1. Diagrama de flujo de búsqueda y selección bibliográfica para revisión

RESULTADOS

1. Conductas Sexuales de los adultos Mayores Latinoamericano

La tabla número 1 (Anexo 2) agrupa nueve artículos seleccionados para identificar las conductas sexuales de los adultos mayores latinoamericanos. En éstos se observa que la mayoría tiene una vida sexualmente activa, manifiesta tener deseo y satisfacción durante las relaciones sexuales. Así mismo, en varios reportes, un alto número de artículos se refiere a que mantienen relaciones sexuales coitales **(8, 14)**, siendo esta práctica más habitual en aquellos menores de 70 años, con frecuencias que varían desde una a más veces al mes **(8, 9)**.

Respecto de las diferencias por sexo en las conductas sexuales en este grupo hay variedad de reportes, ya que en algunos artículos son los hombres mayores a 60 años quienes dicen tener más actividad sexual **(9)**, en comparación con mujeres de la misma edad, mientras que en otros documentos se afirma lo contrario **(8)**.

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 19-29 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3045

Un aspecto relevante mencionado en varios artículos dice relación con el deseo y la actividad sexual, que es mayor en aquellos adultos mayores que poseen pareja estable, en comparación con aquellos que se encuentran sin pareja **(8, 12, 13)**.

En general, en los diversos estudios seleccionados existe desconocimiento de otras prácticas sexuales como la masturbación, la que generalmente fue mencionada mayoritariamente por los hombres **(14)**.

Entre las conductas sexuales mencionadas existen algunas de riesgo, como las relaciones coitales sin uso de preservativo, lo que deja a los adultos mayores más propensos al contagio de infecciones de trasmisión sexual (ITS). En los reportes se señala también la desinformación y la despreocupación, ya que el uso de preservativo está asociado a la prevención del embarazo, elemento ausente en esta etapa de la vida y a la creencia de que no se corre ningún riesgo **(13)**.

Una característica relevante mencionada por varios autores respecto de las relaciones sexuales en este grupo es que se expresa de manera íntima, privada y sincera, manifestando principalmente el amor y el cariño en la relación. Argumentan la necesidad de relacionarse con otras personas y de recibir afecto, considerando que en esta etapa existe mayor experiencia y sabiduría, así como, también, un mayor entendimiento hacia la pareja sexual **(12)**. Es interesante mencionar que en un artículo que explora la sexualidad de adultos mayores con disfunción eréctil, quienes, al ser consultados por las prácticas sexuales, señalan la importancia de las caricias, besos, contacto físico y emocional con sus parejas, ya que presentan dificultad durante la penetración por lo que este tipo de contacto se hace fundamental **(15)**.

Algunos documentos, expresan que un grupo menor de adultos mayores frenan sus conductas y expresiones sexuales al pensar que estas son innecesarias e inadecuadas para su edad, lo relacionan con actividades de personas más jóvenes. Mencionan, además, el deseo de tener más información respecto a su sexualidad, considerando que con poca frecuencia la reciben por parte de la sociedad como también, por parte de los profesionales de la salud **(10, 16, 11)**.

Sin embargo, la inmensa mayoría de adultos mayores considera estas conductas y expresiones beneficiosas y gratas, siendo para ellos un buen indicador de calidad de vida **(9, 11, 12, 13, 15)**.

2. Creencias Sexuales de los adultos mayores Latinoamericanos

La tabla número 2 agrupa a su vez nueve artículos que identifican las creencias sexuales de los adultos mayores latinoamericanos.

En las diferentes publicaciones se logra apreciar que todo lo que no pertenezca a sexualidad en la juventud y adultez joven está infravalorado, asumiendo que la sexualidad no es apta para las personas que pasan a la adultez mayor y que en esta etapa de la vida no se puede disfrutar de una manera placentera como en las etapas anteriores, ya que está asociada mayormente al envejecimiento y las enfermedades **(17, 19)**.

Las creencias que se lograron identificar fueron que el envejecer es sinónimo de enfermedad, así como, también, que las relaciones sexuales durante la vejez no son necesarias, ya que al avanzar la edad no generan placer llegando incluso a parecer ridículas por carecer de un fin reproductivo, este punto es más mencionado por las mujeres en los diferentes artículos estudiados, donde señalan "ya haber cumplido". Considerando el cese de la fertilidad, los adultos mayores tienden a tener prácticas sexuales de alto riesgo, aumentando la posibilidad de contagio de diversas infecciones de transmisión sexual **(13, 15, 17, 19)**.

Entre las creencias que asume la sociedad respecto de la sexualidad en la adultez mayor se considera que aquellos que la expresan son perversos y depravados, estimándose como inapropiado expresar los deseos no solo sexuales, sino también afectivos. Categorizando la sexualidad de los adultos mayores como pecaminosa, sucia e indeseable **(19)**.

Los profesionales de la salud también son parte de la población que posee estas creencias; los adultos mayores señalan que se omite este tema en las consultas, dan poca orientación y en algunos casos poseen escasa preparación, que sumado a la vergüenza de hablar sobre sexo con los profesionales se transforma en un tema oculto **(15)**.

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 19-29 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3045

Otra de las creencias identificadas es la invisibilización de la vida sexual de los adultos mayores, lo que ocasiona que los familiares que conviven con adultos mayores creen que no necesitan privacidad, generando así condiciones adversas para desarrollar una sexualidad satisfactoria **(19, 20)**.

La homosexualidad y el travestismo en la vejez son temas prácticamente no abordados en las investigaciones, asumiendo que todas las personas en etapa son heterosexuales en caso de presentar una vida sexual activa, generando a nivel social roles estancos, cayendo en una homofobia internalizada invisibilizando a la comunidad homosexual adulto mayor **(21)**.

3. Barreras Biopsicosociales en la vivencia de la sexualidad de los adultos mayores

La tabla número 3, agrupa a doce artículos que determinan las barreras biopsicosociales presentes en la vivencia de la sexualidad de los adultos mayores latinoamericanos.

Se logró determinar que los factores biopsicosociales que principalmente afectan la vivencia plena de la sexualidad de los adultos mayores en general son: enfermedades crónicas, mayoritariamente señaladas la diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedades cardíacas **(15, 22)**. Los cambios fisiológicos que ocurren en esta etapa de la vida como la menopausia y andropausia **(12)**, el uso de medicamentos, falta de comunicación y privacidad de la pareja, la viudez, la invisibilización sexual hacia los adultos mayores por parte de la familia y la sociedad, el deterioro en las redes sociales de apoyo y el bajo nivel socioeconómico **(23, 27)**.

Dentro de los factores que mayormente afectan la sexualidad en los hombres en esta etapa de la vida son las disfunciones sexuales, como la disminución de la fuerza de la eyaculación y la demora para la obtención de la erección **(15)**.

Algunos documentos mencionan reiteradamente, que dentro de los factores fisiológicos que más afectan a la mujer en esta etapa de la vida se encuentra la menopausia con la declinación en los niveles estrogénicos circulantes en el aparato reproductor femenino afectando directamente el deseo sexual **(12)**. En cuanto a las enfermedades que padecen las mujeres cabe destacar el cáncer de mama, ya que este repercute en su expresión sexual, concluyendo que conversar acerca de su sexualidad es un tema totalmente evadido y sobre el cual se presenta poco interés, ya que centran su preocupación en la enfermedad y no tanto en el impacto que pudiera generar los cambios en la configuración física en el caso de una intervención quirúrgica **(25)**.

En cuanto a los aspectos psicológicos que mayormente afectan a los adultos mayores en su vida son; la ansiedad, la vergüenza, la frustración y el temor al no ser capaces de mantener una relación sexual completa, muchas veces llegando a sentirse tristes por no poder satisfacer a sus parejas y no poder satisfacerse a ellos mismos a través de las prácticas sexuales que realizan como por ejemplo la masturbación **(15)**.

Otro de los factores influyentes en la sexualidad, es la falta de privacidad y respeto por parte del entorno familiar. Las familias que viven con adultos mayores tienden a creer que éstos ya no tienen edad para tener actividades coitales o demostrar cariño conyugal por el hecho de ser viejos; considerándolo impúdico, desvergonzado e incómodo.

La viudez o separación surge como otro factor limitante dentro de las familias con adultos mayores, donde en ocasiones la formación de un nuevo vínculo es visto como una falta de respeto hacia la pareja anterior, no permitiéndoles poder rehacer sus vidas, dejando de lado la vida de pareja, la intimidad y compañía limitando su deseo de amar y ser amados por quienes los rodean **(12, 20, 26, 28)**.

Se logra identificar que en ocasiones son los mismos adultos mayores quienes restringen conductas como cariño y afecto, ya que generaciones anteriores asocian la actividad sexual netamente a la procreación, promiscuidad, genitalidad, creando ellos mismos barreras para vivir una salud sexual placentera que no necesariamente implica penetración y el orgasmo como finalidad sexual **(24, 27)**.

DISCUSIÓN

Diversas creencias y desinformación en torno a la sexualidad en los adultos mayores los invisibiliza y priva de una expresión sexual plena, por este motivo se revisó la literatura para identificar las conductas sexuales en este grupo etario.

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 19-29 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3045

En este punto se observa que un gran número posee una vida sexualmente activa, siendo la actividad coital la más mencionada tanto en hombres como en mujeres. Estos resultados evidencian que existe una tendencia a equiparar la actividad sexual con el coito, siendo que las necesidades emocionales de los individuos de la tercera edad pueden cubrirse completamente mediante una actividad sexual que no siempre termina en el coito.

La necesidad de relacionarse con otras personas, de expresar sentimientos o de recibir afecto no se pierde por más adulto que se sea. Por otra parte, al desaparecer los intereses o las preocupaciones reproductoras, la sexualidad en esta etapa tiene como único fin recibir y dar placer **(29)**.

En este sentido, varios de los estudios analizados muestran que los adultos mayores señalan que la expresión sexual se basa en el cariño, las caricias, los besos y la búsqueda de afecto por medio de un compañero o compañera, siendo coherente con el hecho de que el deseo y la actividad sexual es mayor en aquellos adultos mayores que poseen pareja estable, en comparación a aquellos que se encuentran sin pareja.

Esta situación se observa en varios artículos donde hombres y mujeres mayores de 60 años poseen un factor común influyente y determinante en la actividad sexual, que es el estado civil por el cual transitan, afirmándose que la viudez puede ser un factor determinante al cese de la actividad sexual.

La mayor parte de los que no tienen actividad sexual son viudos, siendo la mayoría mujeres que debido a factores como la educación sexual recibida o la falta de contacto social no establecen nuevas relaciones íntimas tras la pérdida de la pareja **(30-31)**.

Respecto de las diferencias en las conductas sexuales por sexo, se observa que los estudios son variados, ya que algunos mencionan que las mujeres tienen más actividad sexual que los varones, mientras que en otros se señala lo contrario.

Las mujeres adultas mayores refieren mantener relaciones sexuales como un acto de entrega enlazado con emocionalidad, perciben el coito como algo normal y lo incorporan en sus vidas. No obstante, surge una contradicción, porque al ser consultadas les complica asumir que presentan deseos sexuales, causado por una negación de la expresión sexual como fuente exclusiva de placer, ya que se considera como un acto cuya finalidad es la procreación, en este punto es fundamental la educación recibida y los modelos culturales existentes.

Otra de las conductas sexuales mencionadas es la masturbación, de la cual existe desconocimiento, y en esta revisión de literatura es mencionada principalmente por varones. Esto contrasta con el estudio de Herrera del 2003, donde se observa que la masturbación es la actividad sexual más frecuente en los varones mayores de 80 años. El 40-50% de las mujeres independientes mayores de 60 años practicaba esta actividad, y hasta un 8% de ellas se masturban con una frecuencia semanal **(32)**.

Las conductas sexuales de riesgo producto de la visualización de la actividad sexual como un acto reproductivo son comunes en este grupo, lo que propicia el contagio de infecciones de transmisión sexual. La Sociedad de Geriatría y Gerontología de Chile, en su artículo VIH y adultos mayores de 2016 señala que de acuerdo con los datos del Ministerio de Salud la tasa de personas diagnosticadas de SIDA entre los 60 y los 69 años aumentó de 3,1 casos por cada 100.000 habitantes entre 1987 y 1991 a 15,8 casos por cada 100 mil entre 2007 y 2011. De un total de 26.740 chilenos notificados por VIH/sida a diciembre de 2011, 755 corresponde a personas mayores de 60 años. Se menciona que uno de los principales factores causantes de este aumento es la menor conciencia de los riesgos de adquirir una infección a esta edad, "Persisten estereotipos que representan la vejez como una etapa asexual y sin riesgos comparables a la juventud. Lo que determina que las personas mayores sean excluidas de las políticas de educación y prevención en salud sexual.", "Los equipos de salud preguntan menos sobre estos temas a sus pacientes en la adultez media y en la adultez mayor **(33)**.

Respecto de las creencias en relación con la sexualidad en adultos mayores en esta revisión se observa que está llena de los prejuicios que las personas más jóvenes tienen, debido a la creencia de que ya no son personas activas sexualmente por su edad **(34)**. Por ejemplo, se cree que la sexualidad de las mujeres acaba con la menopausia.

Un estudio llamado "La sexualidad en la tercera edad. Factores fisiológicos y sociales" del 2010, refiere que "La sociedad, en general, cree que las adultas

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 19-29 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3045

mayores son las que pierden más pronto su atractivo sexual, posiblemente debido a que se produce una pérdida precoz de la capacidad de procreación en relación al hombre" **(35)**.

Otro elemento interesante es la heterosexualidad asumida en los adultos mayores que lleguen a expresarse sexualmente, silenciando a aquellas personas que expresan su sexualidad de manera diferente, produciendo una homofobia internalizada como resultado de una sociedad con ideologías heterosexistas, sexistas y homofóbicas en conjunto con la falta de literatura e investigación sobre la condición y estado de los derechos humanos para las personas LGBTI en la etapa de la vejez **(36)**.

En la revisión de los artículos para conocer las barreras biológicas para la vivencia de la sexualidad en adultos mayores, se observa que existe desconocimiento de los cambios físicos que desarrollará su cuerpo, y con la escasa información que logran obtener sólo comprenden que "El envejecimiento produce involución de las capacidades físicas, lo cual repercute directamente en la reducción de la funcionalidad de las personas" **(37)**, frenando así la forma de percibir y expresar su deseo sexual, desconociendo que la mayoría de las restricciones en funcionalidad, son solucionables para toda aquella persona que necesite seguir desarrollando una óptima vida sexual y afectiva **(30)**.

Otras barreras biológicas que pueden afectar el deseo sexual son las enfermedades crónicas que alteran la calidad de vida, los problemas de pareja o relacionales, algunas enfermedades que alteran los mecanismos biológicos relacionados con el deseo (problemas de tiroides, hipoestrogenismo, alteraciones en los niveles de testosterona **(26)**, la menopausia **(38)** así como también algunos fármacos o enfermedades de la esfera mental (estrés, ansiedad, depresión).

Los cambios en la fisiología no justifican, por sí mismas, la desaparición de la actividad sexual. Sin embargo, queda evidenciada la existencia de enfermedades y patologías que condicionan esta actividad, que muchas veces por falta de educación y la limitada información disponible sobre el impacto de las enfermedades en la vida sexual de las personas, se transforma en el principal obstáculo para una plena vivencia de la sexualidad.

Si bien los problemas de salud como diabetes e hipertensión influyen en el interés y la actividad sexual durante la vejez, no deben ser causa para limitarla. Son situaciones compatibles con la vida sexual e incluso beneficiosas, no sólo para la persona que pasa por la enfermedad sino también para la pareja **(38)**.

Entre las barreras psicosociales más influyentes sobre la sexualidad se encuentra el prejuicio social y familiar en torno a la actividad sexual de los adultos mayores **(17)**. La formación de nuevas parejas en una edad avanzada posterior a la viudez, así como también la falta a la privacidad son barreras importantes para la expresión sexual o afectiva. Se identificó que la formación de nuevas parejas emocionales o sexuales suele ser mal recibida por el entorno cercano al adulto mayor, privándole de su derecho a mantener una vida sexual satisfactoria **(18, 20)**.

De igual manera, se logró identificar que quienes viven con sus hijos o se encuentran institucionalizados no cuentan con un ambiente adecuado de intimidad para mantener relaciones sexuales, ya sea por miedo a ser enjuiciados o porque netamente se lo prohíben **(20)**.

Se vuelve imprescindible implementar estrategias de educación sexual que aborden la sexualidad en los adultos mayores, así como la capacitación a los equipos de salud quienes "suelen preguntar menos a los adultos mayores sobre sus conductas sexuales y ofrecen con menor frecuencia el examen de detección y consejería, debido al imaginario social de la vejez como una etapa asexuada" **(33)**. Este tema se convierte en un gran desafío en la práctica de la matronería tanto en el trabajo comunitario a través de la creación e implementación de estrategias de educación sexual a lo largo del curso de vida de las personas, en la práctica clínica visibilizando la actividad sexual durante los controles de salud y verificando los efectos adversos de los medicamentos en la respuesta sexual, como también en el área de investigación relevando esta importante temática en nuevos estudios.

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 19-29 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3045

CONCLUSIONES

1. Los adultos mayores poseen actividad sexual principalmente coital, con mayor frecuencia en menores de 70 años, manifestando tener deseo y satisfacción durante las relaciones sexuales. No es evidente una diferencia por sexo en este punto.

2. El deseo y la actividad sexual es mayor en aquellos adultos mayores que poseen pareja estable, en comparación a aquellos que se encuentran sin pareja. En el coito se expresa la intimidad, comunicación, el amor y el cariño en la relación.

3. Existen conductas sexuales de riesgo, como las relaciones coitales sin uso de preservativo, lo que se manifiesta en el aumento de ITS de este grupo etario.

4. Entre las creencias existentes de la sexualidad de adultos mayores está su supuesta asexualidad, el envejecimiento es sinónimo de enfermedad, las relaciones sexuales no son necesarias porque ya cumplieron su rol procreando, y la presunción de heterosexualidad en aquellos que mantienen actividad erótica. Este punto también está presente en los profesionales de la salud, quienes no preguntan por esta arista de la vida de las personas, al indicar medicamentos no orientan de posibles efectos adversos en la respuesta sexual, ya que no lo consideran relevante.

5. Entre las barreras en la expresión de la sexualidad de adultos mayores se encuentran las enfermedades crónicas, las disfunciones sexuales, la menopausia, la andropausia, la familia y las propias creencias acerca de la sexualidad.

REFERENCIAS

1. González LicREA, Melian MScAYL, Chong MScRR. Caracterización de la sexualidad de los adultos mayores de los círculos de abuelos de Palmira norte y sur. Revista Conrado [Internet]. 2017 May 31 [cited 2021 Oct 20];13(58):228–34. Available from: https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/500

2. Esguerra Irene. Sexualidad en mayores de 60. Avances de Enfermería. 2007 Jun 15;(2):124–40. Available from: https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12816

3. Herrera Ponce M, Fernández Lorca B, Rossel J, Rojas M. Chile y sus mayores; 10 años de la Encuesta Calidad de Vida en la Vejez. Instituto de sociología, Universidad Católica De Chile. 2016. Avalaible from: http://estudiosdevejez.uc.cl/images/documentos/Libro%20CHILE%20Y%20SUS%20MAYORES.pdf

4. Natividad G, Linares C. Vivencia de la sexualidad en el adulto mayor -Tacna 2016 [Internet]. [cited 2021 Oct 20]. Available from: https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/611

5. Guadarrama RM, Zaragoza MCO, Castillo Y del CM, Avilés AGP. Características de la actividad sexual de los adultos mayores y su relación con su calidad de vida. Revista de especialidades médico-quirúrgicas [Internet]. 2010 [cited 2021 Oct 24];15(2):72–9. Available from: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=30177

6. López H, Medina M, Hernández P, Silva JM. Sexualidad en el adulto mayor, conductas y retos – revisión de la literatura [Internet]. Revista de Urología Colombiana. 2019 [cited 2021 Oct 24]. p. 121–9. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7102809

7. Herrera A. Sexualidad en la vejez: ¿mito o realidad? [Internet]. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2003 [cited 2021 Oct 24]. p. 150–62. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000200011

8. Cremé Lobaina E, Alvarez Cortés JT, Pérez Hechavarría G de LÁ, Fernández González P, Riveaux Verdecia R. Salud sexual en ancianos de un consultorio médico de la familia. Medisan [Internet]. 2017 ;21(7):857–65. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000700012

9. Valdés Vázquez M del C, Hernández Esterlin Y. Sexualidad en la tercera edad: una mirada desde adentro. Rev habanera cienc médi-

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 19-29 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3045

cas [Internet]. 2009; 8(3):0–0. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000300011

10. Díaz Alfonso H, Lemus Fajardo NM, Álvarez Álvarez O. La sexualidad en un grupo de ancianos que asisten a consulta de urología. Rev cienc médicas Pinar Río [Internet]. 2015;19(4):667–77. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000400011

11. Irene Perdomo Victoria DI, Leyani Oria Cruz NI, María Segredo Pérez AI, Martín Linares XI. Sexual behaviour of older adults in the health area of Tamarindo, 2010 [Internet]. Vol. 29, Revista Cubana de Medicina General Integral. 2013. Available from: https://www.researchgate.net/publication/294682802_Sexual_behaviour_of_older_adults_in_the_health_area_of_Tamarindo_2010

12. da Silva FG, Pelzer MT, Neutzling BR da S. The attitudes of elderly women regarding the expression of their sexuality. Aquichan [Internet]. 2019;19(3):1–12. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972019000300004

13. Ribeiro M, Araújo A, da Silva M, de Arújo A, Siqueira C, Araújo P. Sexuality and aging: identified needs for construction of an educational technology. [Internet]. Journal of Nursing. 2017 [cited 2021 Oct 20]. Available from: https://redib.org/Record/oai_articulo1352917-sexuality-aging-identified-needs-construction-educational-technology

14. Suárez E, Quiñones C, Zalazar Y. El erotismo en la tercera edad. [Internet]. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2009 [cited 2021 Oct 24]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200006

15. Rivera Colón R, Centeno ZS. Sexualidad y disfunción sexual en hombres mayores de 60 años de edad: un estudio cualitativo. Revista Puertorriqueña de psicologia. 2016 [cited 2021 Oct 24]. Available from: https://www.redalyc.org/pdf/2332/233245623008.pdf

16. Salvarezza L. La defusión pulsional y los destinos de la sexualidad más allá de la genitalidad [Internet]. Revista Kairós. 2011 [cited 2021 Oct 24]. p. 13–24. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psi-61967

17. Sibelys P, Rodríguez Y, Ramírez I, Machado Y, Santiesteban D. Representación social de la sexualidad de los adultos mayores [Internet]. Revista de Humanidades Médicas. 2018 [cited 2021 Oct 24]. p. 83–95. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-81202018000100008

18. Murgieri M. Erótica, sexualidad y vejez en una institución geriátrica [Internet]. Revista Temática Kairós Gerontologia. 2011 [cited 2021 Oct 24]. p. 151–61. Available from: https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/9906

19. Castañeda D, Hernández A, Patricio N. Propuesta para eliminar los tabúes de la sexualidad en la vejez: herramientas para un desarrollo pleno y satisfactorio de la sexualidad en la senectud. Academia Journals. 2019 Aug 16;6(6). p. 339-344. Available from: https://static1.squarespace.com/static/55564587e4b0d1d3fb1eda6b/t/5e330278dccb3e3e70c4bd3b/1580401330208/Tomo+02+-+Memorias+del+Congreso+Academia+Journals+Puebla+2019.pdf

20. Valle M, Pérez J, Pozo E, Arcia R, Pando D. Caracterización de aspectos en la seguridad de la sexualidad en el anciano [Internet]. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2012 [cited 2021 Oct 24]. p. 38–48. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000200004

21. López M. Adultos mayores lgb en puerto rico: sujetos sin expiración [Internet]. Voces desde el Trabajo Social. 2019 [cited 2021 Oct 24]. Available from: https://revistavocests.org/index.php/voces/article/view/185

22. Hernández M, Díaz R, Lleneras S. Estados clínicos y autopercepción de la sexualidad en ancianos con enfoque de género [Internet]. Revista Cubana de Enfermería. 2009 [cited 2021 Oct 24]. p. 1–9. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100003

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 19-29 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3045

23. Bermejo A, Rocano L, Mosquera L, Encalada L, Ortiz R, Narvaez V, et al. Diferencias en las percepciones sobre la sexualidad en adultos mayores. [Internet]. Archivos Venezolanos de Farmacología Terapéutica. 2017 [cited 2021 Oct 24]. p. 114–21. Available from: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55952806004

24. García A. Vejez en Puerto Rico: Una mirada multidisciplinaria desde el trabajo Social. [Internet]. Voces desde el trabajo social. 2018 [cited 2021 Oct 25]. Available from: https://revistavocests.org/index.php/voces/article/view/126

25. Figueroa-Varela M del R, Rivera-Heredia M, Navarro-Hernández M. «No importa»: sexualidad femenina y cáncer de mama [Internet]. Gaceta Mexicana de Oncología. 2016 [cited 2021 Oct 24]. p. 278–84. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665920116300773

26. Monteagudo G, Lstres L, Ledón L, Gómez M, Ovies G, Álvarez E, et al. Cambios en la erección en adultos mayores, su relación con la testosterona sérica y otros factores [Internet]. Revista Cubana de Endocrinología. 2016 [cited 2021 Oct 25]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532016000300002

27. Cedeño L, Atiñol E, Suárez M, León J, Cedeño B. Sexualidad en gerontes de la universidad del adulto mayor en el municipio de III Frente [Internet]. MEDISAN. 2014 [cited 2021 Oct 24]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000100014

28. Lopes R, Rebellato C, Akemi B, Reinoso C. Género, sexualidad y envejecimiento en la terapia ocupacional. [Internet]. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. 2019 [cited 2021 Oct 24]. Available from: https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/53686

29. Díaz H, Lemus N, Álvarez Ó. La sexualidad en un grupo de ancianos que asisten a consulta de urología [Internet]. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2015 [cited 2021 Oct 24]. p. 667–77. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942015000400011&script=sci_abstract

30. Cabrera S. Valoración de los factores psicosociales que afectan a la sexualidad en la vejez e influencia percibida en la actividad sexual [Internet]. Informaciones psiquiátricas. 2009 [cited 2021 Oct 25]. p. 195–6. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3018300

31. Pfeiffer E, Verwoerdt A, Wang H. Sexual behavior in aged men and women.I. Observations on 254 community volunteers [Internet]. Arch Gen Psychiatry. 1968 [cited 2021 Oct 25]. Available from: https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/489850

32. Herrera P. A. Sexualidad en la vejez: ¿mito o realidad? Revista Chilena Obstet.Ginecol. [Internet]. 2003 ;68(2):150–62. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000200011

33. Stuardo V, Gajardo J. Adulto mayor y VIH: más allá de la percepción de riesgo [Internet]. Revista médica de Chile. 2016 [cited 2021 Oct 25]. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016001000020

34. Ghidara E, Antacle A, Erbetta F, Ferro M, Fitzsimons M. Mientras haya vida, hay todo: una mirada en la sexualidad del adulto mayor [Internet]. Evidencia- Actualización en la Práctica ambulatoria. 2019 [cited 2021 Oct 25]. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1015268

35. Wong L, Alvarez Y, Domínguez M, González A. La sexualidad en la tercera edad. Factores fisiológicos y sociales [Internet]. Revista Médica Electrónica. 2010 [cited 2021 Oct 25]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242010000300011

36. de Vries B. Stigma and LGBT aging: Negative and positive marginality. [Internet]. American Psychological Association. 2015 [cited 2021 Oct 25]. p. 55–71. Available from: https://psycnet.apa.org/record/2014-07760-003

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 19-29 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3045

37. Figueroa Y, Lasso CI, Gomez E, Montaño YA, Urbano E. Condición física de adultos mayores de grupos para la tercera edad en Cali (Colombia)Physical condition in older adults for elderly groups in Cali (Colombia). [Internet]. Fisioterapia. 2019 [cited 2021 Oct 25]. p. 314–21. Available from: https://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-avance-resumen-condicion-fisica-adultos-mayores-grupos-S0211563819300975

38. Lugones M. Climaterio, daño vascular y sexualidad [Internet]. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2013 [cited 2021 Oct 25]. p. 413–26. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000400011#:~:text=En%20cuanto%20a%20la%20sexualidad,esta%20manera%20el%20disfrute%20pleno.&text=En%20cuanto%20a%20la%20obesidad,pero%20s%C3%AD%20de%20grasa%20abdominal.

ANEXOS

Tabla 1: resumen de artículos analizados en esta revisión.

https://drive.google.com/file/d/1O4uEmQZFgme17WcgoZbpfUtV-kaQmBnf/view?usp=sharing

Percepción estudiantil sobre primera Evaluación de ciclo curricular en la carrera de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Chile.

Student Perception of the first Evaluation of the Curricular cycle in the Obstetrics and Childcare Career, Universidad de Chile.

Camila Rojas-Cáceres[1], Marcela Goldsack-Ulloa[1], Solange Soto-Araya[2], Marcela Araya-Bannout[3], Pablo Gálvez-Ortega[1], Constanza Romero-Ortiz [4], Marcelo Araya-Ledezma[4], Carolina Ramírez-Álvarez[1]

[1]Matrona/Matrón, Departamento de Promoción de la salud de la Mujer y el Recién Nacido, Universidad de Chile. Independencia 1027, Av. Independencia, Santiago.

[2]Profesora de Biología. Dirección de pregrado Facultad de Medicina universidad de Chile. Unidad de evaluación curricular. Av. Independencia 1027, Santiago.

[3]Enfermera-Matrona, Departamento de Promoción de la salud de la Mujer y el Recién Nacido, Universidad de Chile. Av. Independencia 1027, Independencia, Santiago.

[4]Estudiante carrera Obstetricia y Puericultura, Universidad de Chile. Av. Independencia 1027, Independencia, Santiago.

*Autora para correspondencia: carolinaramirez@uchile.cl

RECIBIDO: 13 de Enero de 2022
APROBADO: 04 de Abril de 2022

CC BY NC SA

DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3136

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES

Palabras claves: *Currículum, educación basada en competencia, matronas*
Key words: *Curriculum, competency-based learning, midwives*

RESUMEN

Antecedentes: La Escuela de Obstetricia de la Universidad de Chile fue pionera en implementar un plan de formación basado en competencias en 2009, en el marco del inicio de la innovación curricular de la Facultad de Medicina.

Objetivo: Describir la percepción estudiantil de la primera evaluación de ciclo curricular, correspondiente a los dos primeros años de la carrera, durante el año 2017.

Material y Método: El estudio es de diseño mixto convergente. La recolección de datos se realizó a través de encuestas autoaplicadas. Participaron 47 estudiantes que habían finalizado los dos primeros años de su formación. Se realizó un análisis descriptivo de la encuesta de salida con 14 preguntas y dos preguntas adicionales abiertas sobre fortalezas y debilidades de su formación curricular.

Resultados: Casi un cien por ciento de los participantes estuvo de acuerdo con la formación curricular y la coherencia de los cursos del plan de estudios. Dentro de los aspectos a mejorar destacan que no se entregó suficiente retroalimentación en las evaluaciones y que el tiempo no presencial de los cursos fue escaso. De forma positiva mencionaron la formación y disponibilidad del equipo docente, la progresión de contenidos en el plan de formación y las estrategias didácticas.

Conclusión: En general la percepción fue positiva en relación al primer ciclo curricular del plan de formación basado en competencias, destacando su coherencia y equipo docente. La sobrecarga académica y la retroalimentación fueron los principales aspectos a mejorar, lo cual permitió implementar estrategias de mejora en el plan de formación. Este estudio evidencia la importancia de la evaluación y seguimiento constante curricular.

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 31-45 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3136

ABSTRACT

Background: The School of Obstetrics of the University of Chile was a pioneer in implementing a competency-based training plan in 2009, within the framework of the initiation of curricular innovation in the Faculty of Medicine.

Objective: To describe the student perception of the first evaluation of the curricular cycle, corresponding to the first two years of the career, during the year 2017.

Material and Method: The study is of convergent mixed design. Data collection was carried out through self-applied surveys. 47 students who had completed the first 2 years of their training participated. A descriptive analysis of the exit survey with 14 questions and 2 additional open questions on strengths and weaknesses of their curricular training was carried out.

Results: Almost 100% of the participants agreed with the curricular formation and with the coherence of the courses of the study plan. Among the aspects to improve, they highlight that not enough feedback was given in the evaluations and that the non-face-to-face time of the courses was scarce. They positively mentioned the training and availability of the teaching team, progression of content in the training plan and teaching strategies.

Conclusion: In general, the perception was positive in relation to the first curricular cycle of the competency-based training plan, highlighting its coherence and teaching team. Academic overload and feedback were the main aspects to improve, which made it possible to implement improvement strategies in the training plan. This study evidenced the importance of constant curricular evaluation and monitoring

INTRODUCCIÓN

La Universidad de Chile es una institución de educación superior, nacional y pública, con compromiso en la formación de personas en las áreas de ciencias y las tecnologías, las artes y humanidades, siendo una de las funciones de esta entidad la docencia, la cual es destacada por ser impartida con excelencia **(1)**. En 2021 se actualizó el Modelo Educativo, orientando la función formativa de la universidad, con principios que responden a desafíos del país y mundo, y favoreciendo una institución más inclusiva, equitativa y diversa formando profesionales y personas de calidad, desde la base de los procesos de enseñanza-aprendizaje **(2)**.

El nuevo Modelo Educativo incorpora solo un nuevo principio orientador que es la igualdad de género y no discriminación. El principio de calidad educativa en este modelo se define en pregrado y postgrado como la "capacidad de desarrollar al máximo los talentos de la Institución y de todas las personas que participan en ella (estudiantes, docentes, autoridades, personal de colaboración, comunidad del entorno), en un marco de equidad, a partir de prácticas permanentes de aprendizaje institucional" **(2)**.

Dentro de las prácticas para el aseguramiento y mejoramiento de la calidad educativa destaca la autoevaluación institucional y la de programas académicos. Estos procesos contribuyen a la actualización del currículum y las estrategias didácticas que tienen como objetivo mejorar el aprendizaje del estudiantado. Es así como el Departamento de Pregrado de la institución, en 2007, propuso un modelo de gestión para el desarrollo de la innovación curricular, transitando desde un currículum basado en objetivos (CO) a uno basado en la adquisición de competencias definidas en el perfil de egreso de las carreras de la salud **(3)**. Las escuelas de Kinesiología y de Obstetricia de la Facultad de Medicina fueron las primeras en comenzar. Esta última implementó el nuevo currículum en 2009.

En 2013, la Facultad de Medicina puso en marcha un modelo de evaluación en las carreras de cinco años con un currículum innovado. Esta evaluación, en su primera etapa, contempló un proceso de socialización, continuando en 2014 con el desarrollo de las fases estipuladas para la primera evaluación de ciclo curricular correspondiente a la evaluación de los dos primeros años del currículum. En la carrera de Obstetricia y Puericultura, los dos primeros años corresponden a cursos de ciencias biomédicas impartidos por el Instituto de Ciencias Biomédicas (ICBM) **(4)**.

La Comisión Local de Innovación Curricular (INCURR) se conformó en 2007 con el objetivo de velar por la calidad de los cursos de pregrado en base a su

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 31-45 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3136

estructura y coherencia con el plan de formación e implementación, considerando su evaluación y mejora continua.

La primera evaluación del ciclo curricular de Obstetricia y Puericultura se realizó a través de cinco situaciones evaluativas e instrumentos específicos que fueron elaborados por la INCURR, bajo la asesoría de la Unidad de Evaluación Curricular (UEC) de la Dirección de Pregrado de la Facultad **(5)**. La preparación de la evaluación fue desarrollada con la participación de representantes estudiantiles y de la UEC.

La principal motivación de la Escuela de Obstetricia para ser pionera en este proceso fue que los estudiantes mejoraran sus experiencias de aprendizaje y que la evaluación de ciclo fuera una instancia de retroalimentación curricular. Existen algunos trabajos publicados que describieron las percepciones de estudiantes sometidos a procesos de innovación curricular basado en competencias, pero no se encontraron trabajos que describieran percepciones de los estudiantes frente a una etapa del proceso. A nivel nacional, un estudio sobre percepción de la innovación curricular realizado en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile mostró que estudiantes de 2º año pertenecientes a planes de currículum innovado (CI), tuvieron una mejor percepción del ambiente educacional que estudiantes de tercero y cuarto con CO **(6)**. En otro estudio, docentes de la Universidad Católica del Maule percibieron el CI como un proceso que involucra una mayor carga laboral y tiempo, pero que permitió la implementación de nuevas metodologías para mejorar el aprendizaje **(7)**. Otro trabajo realizado en la Escuela de Tecnología Médica de la Universidad de Chile comparó la percepción del ambiente educacional de dos cohortes con CI versus dos con CO y describió también una mejor percepción del ambiente educacional con el CI **(8)**.

Estudios internacionales realizados en estudiantes de Escuelas de Medicina de la Universidad de Lund en Suecia, **(9)** de la Universidad de Columbia británica **(10)** y de la Universidad de Ajman de Emiratos Árabes Unidos **(11)** evaluaron positivamente la percepción de ambiente educacional del CI medido según instrumento DREEM (Dundee Ready Education Environment). En cambio, un estudio realizado en estudiantes de medicina de la India sometidos a un currículum tradicional basado en la disciplina, y centrado en el docente (academicista), asignaron una baja puntuación a la percepción del aprendizaje señalando un mal uso del tiempo, falta de oportunidades para desarrollar el aprendizaje activo y falta de enseñanza estimulante **(12)**.

En relación con el cambio del plan de formación curricular, solo se dispone de un artículo realizado en la Escuela de Obstetricia de la Universidad de la Frontera, en donde participan académicos, estudiantes y egresados concluyendo un impacto positivo en la construcción de un proceso de aprendizaje en ellos, sin embargo, no hace alusión a la percepción o experiencia vivida en una evaluación de ciclo curricular **(13)**

No existen publicaciones de escuelas de obstetricia chilenas sobre las percepciones de estudiantes sometidos a procesos de evaluación curricular, por lo que el objetivo de este trabajo fue describir la percepción estudiantil frente a la primera evaluación de ciclo curricular, durante el 2017 en la Escuela de Obstetricia de la Universidad de Chile.

MATERIAL Y MÉTODO

La primera evaluación de ciclo curricular para la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Chile se realizó en 2017. En este proceso, los participantes fueron distribuidos en dos salas, donde recibieron indicaciones del proceso de evaluación y firmaron un consentimiento informado para participar. Cada participante recibió dos casos clínicos de forma aleatoria, con diferentes situaciones evaluativas, ya sea del área disciplinar de Obstetricia, Neonatología y/o Ginecología. Participaron nueve docentes como observadores y gestores del proceso. La instancia contó con la participación y colaboración de los integrantes de la UEC.

Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo mixto, de tipo convergente. Este diseño se utiliza a menudo para comparar o combinar resultados **(14)**. Su intención es obtener

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 31-45 | ISSN: 2452-5820 DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3136

datos diferentes, complementarios sobre un mismo tema, con el objetivo de comprender a cabalidad las diferentes dimensiones de una situación **(15)**. En este estudio, se utilizó una base de datos cualitativa y otra cuantitativa.

Población de estudio

Para la recolección de los datos se realizaron 47 encuestas autoaplicadas **(Anexo 1)** a estudiantes pertenecientes a la cohorte 2015 de la Escuela de Obstetricia de la Universidad de Chile. El número de estudiantes de la cohorte que cumplían los criterios de elegibilidad de ingreso en el año 2015 y con la totalidad de los cursos aprobados hasta el cuarto semestre era de 55. Sin embargo, asistieron de manera voluntaria a la evaluación 47, representando un 81,8% del universo. A cada participante se le contactó a través de la plataforma institucional.

Las encuestas autoaplicadas de percepción, se llevaron a cabo de manera voluntaria y posterior a la evaluación de ciclo. Fueron previamente validadas y construidas por UEC de la Facultad de Medicina de dicha institución. Contaba con 14 preguntas medidas por escala de Likert y dos preguntas abiertas. Se asignó un número a cada estudiante, protegiendo sus identidades.

Variables de estudio

En escala de Likert se midió la percepción de estudiantes respecto a la formación de los dos primeros años de la carrera, considerando las variables de razonamiento profesional básico, capacidad de empatía, lenguaje y comunicación, relación y articulación de los cursos, secuencia y progresión de los cursos, aprendizaje y desarrollo de habilidades, coherencia de actividades educativas, autoevaluación del aprendizaje, coevaluación, coherencia de evaluaciones, tiempo no presencial, formas efectivas de aprendizaje y el material educativo.

Las dos preguntas abiertas consultaban sobre fortalezas y debilidades de los dos primeros años del plan de formación de la carrera.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para los datos cuantitativos de las variables sociodemográficas continuas se utilizaron medidas descriptivas de tendencia central y dispersión. En el caso de las variables cuantitativas discretas y cualitativas categóricas, se emplearon frecuencias absoluta y relativa.

Se realizó un análisis descriptivo basado en seis dimensiones, donde cinco fueron medidas a través de escala de Likert y sólo la última se evaluó mediante un análisis narrativo de contenido **(Tabla 1)**. Para el análisis de la información se transcribieron las respuestas de los participantes, las que se codificaron en dimensiones y categorías. La triangulación se realizó entre los miembros del equipo de investigación, lo que constituyó un indicador de validez para los resultados. Para el análisis cuantitativo se utilizó como apoyo el programa Microsoft® Excel® para Microsoft 365 MSO, para el análisis cualitativo no se utilizó software de apoyo.

El consentimiento informado se aplicó respetando la confidencialidad de quienes participaron y los datos recogidos, conforme a las normas de la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki (16). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (N 011-2021) y por la Escuela de Obstetricia de la misma institución. Los datos fueron analizados en un ordenador de uso específico para el estudio. Posterior a este proceso se destruyó todo tipo de registro de relatos con la finalidad de respaldar el derecho a la confidencialidad estipulado en la Ley 20.120.

La revisión bibliográfica se llevó a cabo a través de bases de datos y revistas autorizadas por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Los descriptores utilizados fueron: currículum innovado, currículum por objetivos; currículum por competencias, evaluación del plan de formación, innovación curricular y percepción.

RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 44 mujeres (93.6%) y 3 hombres de entre 18 y 23 años, con una edad promedio de 20,5 años y una desviación estándar de 0,8. Un 74,4% de la muestra dijo residir en alguna comunas de la Región Metropolitana de Santiago, como se observa en la Fig. 1, Mientras, el 25,6% admitió residir en otras regiones, siendo la del Maule

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 31-45 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3136

la mencionada con más frecuencia. La totalidad de la muestra era de nacionalidad chilena y solo una persona era madre.

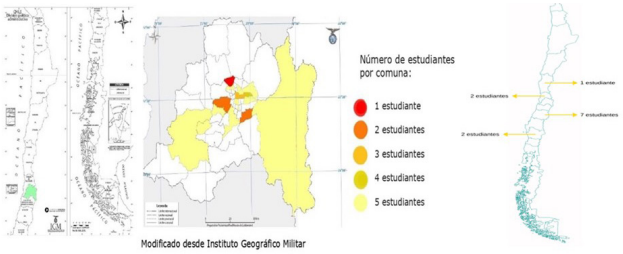


Figura 1. Distribución geográfica de participantes de la primera evaluación curricular de ciclo/*Geographic distribution of participants in the first cicle curricular evaluation*

Respecto al análisis de las variables propias del estudio, en la **tabla 1** se muestran las dimensiones de análisis, ítem, significado y los porcentajes distribuidos según las variables.

Todos los participantes están de acuerdo con que la formación curricular en relación al desarrollo de razonamiento profesional básico le permite enfrentar diferentes situaciones clínicas y disciplinares, además sobre un 96% estuvo completamente de acuerdo o de acuerdo en relación con el desarrollo de empatía con otras personas sumado, al desarrollo de lenguaje que facilita la comunicación e interacción con otras personas. Un 100% está de acuerdo en que los cursos están relacionados entre sí, un 98% está de acuerdo en que la progresión facilita el aprendizaje. Sobre un 76% del estudiantado refiere que las diferentes didácticas de aprendizaje y autoaprendizaje utilizadas facilitaron su formación profesional. Un 94% está de acuerdo en que las evaluaciones fueron coherentes a los programas de curso y plan de trabajo establecido. Sin embargo, un 62% está en desacuerdo en que los docentes realizaron retroalimentación posterior a las evaluaciones.

En contraste, un 51% mencionó estar en desacuerdo o muy en desacuerdo con que los docentes orientaron sobre formas de trabajo que facilitaron el aprendizaje autónomo y un 57% no está de acuerdo en que el tiempo no presencial permitió organizar las estrategias de aprendizaje autónomo

Tabla 1. Dimensiones por ítems (puntajes) y su distribución porcentual de la encuesta de percepción de estudiantes que cursaron la primera evaluación de ciclo curricular, Carrera de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Chile./*Dimensions by items (scores) and their percentage distribution from the perception survey of students who took the first evaluation of the curricular cycle, Obstetrics and Childcare Career, University of Chile*

Dimensión	Ítem	Significado/Pregunta	Distribución de respuesta*			
			CA (4)	A (3)	D (2)	CD (1)
			N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Formación curricular	1	Percepción de la formación curricular de los dos primeros años en relación al desarrollo de razonamiento profesional básico que le permite enfrentar diferentes situaciones clínicas y disciplinares.	26 (55%)	21 (45%)	0 (0%)	0 (0%)
	2	Percepción de la formación curricular de los dos primeros años en relación al desarrollo de empatía con otras personas	29 (62%)	16 (34%)	2 (4%)	0 (0%)
	3	Percepción de la formación curricular de los dos primeros años en relación al desarrollo de lenguaje que facilite la comunicación e interacción con otras personas.	17 (36%)	29 (62%)	1 (2%)	0 (0%)
Cursos	4	Los cursos de los dos primeros años curriculares se relacionan y articulan entre sí.	29 (62%)	18 (38%)	0 (0%)	0 (0%)
	5	En los cursos de los dos primeros años curriculares se distingue una secuencia y progresión que facilita el aprendizaje.	30 (64%)	16 (34%)	1 (2%)	0 (0%)

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 31-45 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3136

Dimensión	Ítem	Significado/Pregunta	Distribución de respuesta*			
			CA (4)	A (3)	D (2)	CD (1)
			N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Didácticas individuales y grupales	6	Las diferentes formas de trabajo utilizadas por las/os docentes durante los dos primeros años curriculares, estuvieron centradas en el aprendizaje del estudiante y desarrollo de habilidades profesionales.	20 (43%)	25 (53%)	2 (4%)	0 (0%)
	7	Las diferentes formas de trabajo utilizadas durante los dos primeros años curriculares, fueron coherentes con el aprendizaje.	24 (51%)	22 (47%)	1 (2%)	0 (0%)
	8	Los cursos de los dos primeros años curriculares facilitaron el autoaprendizaje mediante criterios previamente informados.	13 (28%)	23 (49%)	11 (23%)	0 (0%)
	9	Los cursos de los dos primeros años curriculares permitieron evaluar a otros estudiantes mediante criterios establecidos	9 (19%)	27 (57%)	11 (23%)	0 (0%)
Evaluación y retroalimentación	10	Las evaluaciones de los dos primeros años curriculares fueron coherentes a los programas de curso y plan de trabajo establecido.	16 (34%)	28 (60%)	3 (6%)	0 (0%)
	11	Durante los dos primeros años curriculares, las/os docentes realizaban retroalimentación posterior a las evaluaciones.	5 (11%)	13 (28%)	28 (60%)	1 (2%)
Gestión del Aprendizaje	12	Durante los dos primeros años curriculares, el tiempo no presencial permitió organizar las estrategias de aprendizaje autónomo.	3 (6%)	17 (36%)	18 (38%)	9 (19%)
	13	Durante los dos primeros años curriculares, las/os docentes orientaron sobre las formas de trabajo que facilitan el aprendizaje autónomo	7 (15%)	16 (34%)	21 (45%)	3 (6%)
	14	El material entregado durante los dos primeros años curriculares fue útil para aprender de manera autónoma.	21 (45%)	25 (53%)	1 (2%)	0 (0%)

***Completamente de acuerdo (CA), de acuerdo (A), en desacuerdo (D) y completamente en desacuerdo (CD).**

Todos los participantes están de acuerdo con que la formación curricular en relación al desarrollo de razonamiento profesional básico le permite enfrentar diferentes situaciones clínicas y disciplinares, además sobre un 96% estuvo completamente de acuerdo o de acuerdo en relación con el desarrollo de empatía con otras personas sumado, al desarrollo de lenguaje que facilita la comunicación e interacción con otras personas. Un 100% está de acuerdo en que los cursos están relacionados entre sí, un 98% está de acuerdo en que la progresión facilita el aprendizaje. Sobre un 76% del estudiantado refiere que las diferentes didácticas de aprendizaje y autoaprendizaje utilizadas facilitaron su formación profesional. Un 94% está de acuerdo en que las evaluaciones fueron coherentes a los programas de curso y plan de trabajo establecido. Sin embargo, un 62% está en desacuerdo en que los docentes realizaron retroalimentación posterior a las evaluaciones.

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 31-45 | ISSN: 2452-5820 DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3136

En contraste, un 51% mencionó estar en desacuerdo o muy en desacuerdo con que los docentes orientaron sobre formas de trabajo que facilitaron el aprendizaje autónomo y un 57% no está de acuerdo en que el tiempo no presencial permitió organizar las estrategias de aprendizaje autónomo.

Fortalezas y Debilidades

Las preguntas 15 y 16 abordaron las dimensiones de fortalezas y debilidades respectivamente del plan de formación curricular durante los dos primeros años. El análisis cualitativo se realizó mediante la técnica narrativa de contenido, donde por contenido semántico se interpretó el significado de las respuestas entregadas por quienes participaron. Las categorías y dimensiones de análisis se especifican en la **tabla 2.**

Tabla 2. Categorías de análisis de las dimensiones cualitativas de la encuesta autoaplicada/ *Categories of análisis of the qualitative dimensions of the self-administered survey.*

Dimensión	Categorías
Fortalezas	Continuidad en la formación curricular
	Estrategias didácticas
	Aspectos curriculares
	Equipo docente
Debilidades	Relación disciplinar de cursos de ciencias básicas y biomédicas
	Horas de práctica clínica
	Poca flexibilidad curricular y "nula" retroalimentación post evaluación* vs proceso
	Evaluar retroalimentación
	Sobrecarga académica

El estudiantado destaca como fortaleza la continuidad de los equipos docentes en los diferentes cursos de los dos primeros años de la carrera. Además, observa una progresión de los contenidos y aprendizajes que facilitan el desarrollo de competencias. Los estudiantes perciben que los contenidos y cursos son pertinentes a la disciplina. Destacan las estrategias didácticas que se utilizan en los cursos innovados de la carrera. Con respecto a las metodologías evaluativas, perciben que son diversas, lo que al parecer es positivo, ya que les permite mostrar competencias no solo disciplinares, sino también individuales como las del dominio genérico transversal.

> "*Ha sido secuencial de manera que se han podido integrar aprendizajes de cursos anteriores en los siguientes. Los contenidos han sido atingentes a la formación de matrona*" Ent #11 caso 1 y 2

De forma recurrente, relatan que todo el trabajo curricular realizado es acorde al perfil de egreso, destacando su articulación y progresión en el plan de estudios. Enfatizan el saber y compromiso del equipo docente. No solo reconocen su experticia, sino que también su excelente disposición a enseñar y facilitar el aprendizaje del estudiantado.

> "*Buena coordinación entre ramos; Coherencia entre el campus clínico y lo enseñado*
> *Permite la realización de talleres prácticos dentro de los ramos de la escuela. Docentes con vasto conocimiento y cercanos a los alumnos. Buena organización de los cursos*" Ent #11 caso 1 y 2

Con relación a las debilidades, el estudiantado narra la existencia de cursos del plan básico o general, que no están orientados a los saberes disciplinares. Otro aspecto negativo que señalan son las escasas horas de práctica en los dos primeros años de la carrera. Proponen realizar talleres preclínicos que faciliten el ingreso a prácticas clínicas en cursos superiores. Con respecto a las evaluaciones, creen que es necesario organizar de mejor manera los exámenes obligatorios, ya que coinciden todos en un mismo periodo de tiempo, lo que trae consecuencias principalmente en su salud mental.

> "*Algunos ramos, específicamente aquellos que forman parte del área de formación básica, no se orientan lo suficiente al quehacer profesional. Sería bueno que los cursos buscaran enseñar los contenidos de forma más cercana o especializada a nuestra profesión*" Ent #1 caso 1 y 2

Otra debilidad percibida es la poca flexibilidad en el plan de estudio, ya que en los cursos integrados deben asistir de forma paralela con otras carreras de la Facultad, además de mencionar el ausente proceso de retroalimentación posterior a las evaluaciones. Una debilidad frecuente percibida es la sobrecarga académica. Afirman que este es un punto complejo,

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 31-45 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3136

ya que ha causado problemas de salud en estudiantes, además de no permitir la gestión de los tiempos y autoaprendizaje, por el escaso tiempo destinado para ello en la planificación de los cursos.

> "*Demasiada carga académica cada curso es increíble y por ende quieren que cada alumno sepa demasiado, pero todos juntos y la falta de arreglar este problema con el (Instituto de Ciencias Biomédicas) "ICBM" entre sí y con la escuela provoca incluso además del estrés, problemas de salud en los alumnos (salud mental, colon irritable, aislamiento social). Las evaluaciones no son subidas a tiempo ni la retroalimentación por el ICBM.*" Ent #5 caso 4 y 5

DISCUSIÓN

Currículum

La percepción de los estudiantes de Obstetricia sobre su experiencia de formación en un CI es óptima. La nueva mirada del diseño curricular para la formación de competencias en educación en ciencias de la salud es un tema de interés mundial, dado que cambia el paradigma de formación en educación superior, articula metodologías de enseñanza-aprendizaje, cursos, contenidos y habilidades con la finalidad de responder a las necesidades sociales en las diferentes disciplinas **(17)**. Lo anterior puede ser evaluado mediante el cuestionario DREEM, el cual muestra mejores puntajes obtenidos en currículos por competencias **(18)**. Dado que los participantes aluden a dificultades en la flexibilidad del currículum, se hace necesario medir la percepción de otros aspectos curriculares, en relación a la incorporación de cursos integrados y la flexibilidad curricular que permita realizar cursos en períodos no lectivos.

La percepción fue negativa en relación a la autonomía de movilidad intracarrera, pero no se alude a la movilidad entre carreras o instituciones. Con respecto a la flexibilidad curricular, según Corsa L y Soubirón E., existen diferentes indicadores que permiten medir este aspecto, tales como el índice de autonomía intracarrera, índice de movilización horizontal entre dos carreras y el índice de movilidad horizontal intrainstitucional **(19)**. Esto último, corresponde a líneas de investigaciones futuras, que pueden contribuir a la generación de políticas de movilidad estudiantil.

Sobrecarga académica

La sobrecarga académica percibida y las consecuencias en su salud mental, coinciden con un estudio realizado en las carreras de Enfermería y Tecnología Médica de la misma universidad durante 2016. Se pesquisaron tres factores estresores más frecuentes; la sobrecarga académica, la falta de tiempo para cumplir con las actividades académicas en general y el hito reconocido como rendir un examen de un curso. Como consecuencia los estudiantes presentaron diferentes prevalencias de niveles de ansiedad leve (Enfermería 32.1% y Tecnología Médica 56.6%) y severa (Enfermería 20.5% y Tecnología Médica 9.2%) **(20)**. Por otra parte, la adaptación desde el paso de la educación secundaria a la universitaria y la constante exigencia académica es un fenómeno transversal en la educación superior, pero que en determinados grupos se puede ver concentrado como en las carreras de la salud dadas las características de su plan de estudio y de su gran carga académica **(21)**.

En relación a la concentración de exámenes en un período de tiempo determinado, coincide con lo expuesto por Muñoz durante el 2004, donde el estrés académico se relaciona con la exigencia de dichos exámenes y con la cantidad de temas que incluyen estas evaluaciones **(22)**.

A raíz de las problemáticas de salud mental en el estudiantado, se conformó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile un grupo de salud mental que realizó durante el primer semestre 2020 propuestas para ser integradas en la formación de pregrado **(23)**. Además, se cuenta con centros e instancias de apoyo a la salud mental del estudiantado.

Finalmente, la cohorte participante cursó asignaturas impartidas por el ICBM, destacándose en el primer nivel química general y orgánica, fisiología, biología general y genética, entre otras. En el segundo nivel algunas asignaturas son inmunología, infectología y farmacología. Es importante indicar que química general y orgánica es un curso intercarreras, por lo que se dicta en conjunto con carreras, como Enfermería y Kinesiología. Este aspecto puede haber influido en las percepciones del estudiantado, principalmente en la alta carga académica y la falta de retroalimentación de evaluaciones.

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 31-45 | ISSN: 2452-5820 DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3136

Didáctica en plan innovado

En relación a las estrategias didácticas, la percepción fue positiva, al estar centradas en su aprendizaje y al ser coherentes con el plan de formación. Un resultado similar se obtuvo en un estudio realizado en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile, en la cual la cohorte de CI valoró positivamente la enseñanza destacando que estaba bien enfocada y les ayudaba a desarrollar sus competencias **(6)**. Algunas de las didácticas incorporadas en el plan de formación innovado de la Escuela de Obstetricia son: aprendizaje basado en problemas (ABP), trabajo en grupos pequeños, mapas conceptuales entre otros, estimulando el razonamiento, la capacidad de análisis crítico y la comunicación lo que favorece la adquisición de nuevos aprendizajes. Lo anterior coincide con un trabajo en la Universidad de concepción en la misma carrera, donde la simulación clínica y el Role Playing son estrategias didácticas utilizadas en CI **(24)**. En un trabajo recientemente realizado en un programa de especialización médica por competencias, destacan el uso de ABP, Role Playing, estudio de casos y libro reflexivo como metodologías que favorecen el desarrollo del pensamiento crítico y el trabajo cooperativo **(25)**. Finalmente, en un estudio realizado en Colombia, estudiantes del área de la salud, presentan una percepción positiva en relación al uso de ABP, por su utilidad en su desempeño profesional **(26)**.

Retroalimentación de las evaluaciones

Un 62% percibe la falta de retroalimentación posterior a las evaluaciones. Esto es concordante con los resultados de un trabajo de percepción del alumnado universitario sobre los sistemas de evaluación, mencionando que el contenido evaluado es fundamentalmente teórico, que la modalidad utilizada es la heteroevaluación y que se presentan más evaluaciones sumativas que formativas, con procesos de retroalimentación ausentes **(27)**. La evidencia señala que se debe incorporar los procesos de retroalimentación, contribuyendo al desarrollo óptimo de las competencias **(27)**.

Es importante cautelar el modelo de rol docente, ya que para el estudiante, la retroalimentación que pueda hacer el docente es fundamental, al permitir conocer la naturaleza de los errores o cualquier otro episodio que hubiese podido impactar en el resultado de una evaluación **(28)**. Lo anterior contribuye a la mejora en los procesos de enseñanza-aprendizaje **(29)**.

Posterior a esta evaluación de ciclo curricular, se implementaron estrategias que propiciaron la retroalimentación en cursos de la carrera. Sin embargo, aún falta seguimiento del proceso. En la literatura se recomienda una retroalimentación efectiva, calendarizada en el programa del curso, específica para los desempeños, descriptiva, oportuna y limitada, con una relación docente/estudiante transversal e inductora de cambio **(30)**.

Gestión del aprendizaje autónomo

Si bien se menciona el escaso tiempo disponible para facilitar la autorregulación del aprendizaje en los primeros niveles, existen múltiples factores que influyen en este proceso, entre ellos la transición de la educación escolar a la educación superior, la falta de capacitaciones generales que les permitan organizar las estrategias de aprendizaje autónomo **(31)**. El estudiantado, a medida que construye nuevos significados, autorregula su aprendizaje, lo que le permite desarrollar y alcanzar mayores grados de autonomía en su desarrollo académico **(32)**. Dentro de las acciones propositivas que estudiantes utilizan para facilitar la autorregulación, se encuentran repetir frases positivas para motivarse, controlar emociones negativas y consultar a personas expertas **(33)**.

El rol del docente está orientado a generar mecanismos para identificar saberes y experiencias previas, estilos y ritmos de aprendizaje del estudiantado **(2)**. Lo anterior se dificulta durante el proceso de transición cuando no hay un acompañamiento universal para el estudiantado.

Modelo de rol docente

La Escuela de Obstetricia de la Universidad de Chile, fue certificada por su calidad en el año 2019 por el período máximo. En este proceso, se destacó como fortaleza al equipo docente. Un gran porcentaje de ellos, cuenta con capacitación docente, sin embargo, gran parte de los tutores clínicos, no cuentan con esta habilitación. Existe evidencia de la importancia del modelo de rol docente, tanto en aulas como en el ejercicio clínico, visualizando este aspecto como un factor facilitador del aprendizaje y

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 31-45 | ISSN: 2452-5820 DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3136

propicio de un buen ambiente educacional **(18)**. Se ha visto que docentes con capacitación en educación logran incorporar aspectos que mejoran la percepción del estudiantado en relación al modelo de rol del docente **(34,35)**. Debido a la evidencia y resultados del informe de certificación de calidad del plan de estudio, durante el año 2020 se realizó un curso gratuito de docencia para tutores clínicos.

La percepción positiva del estudiantado en relación al equipo docente de la carrera, se contrarresta con lo planteado por Fuenzalida et al. donde la percepción de tutores clínicos es peor evaluada que los docentes teóricos **(35)**. Acerca de la excelente disposición a enseñar y a ser docentes facilitadores del aprendizaje, en Ecuador destacan aspectos de la identidad profesional y profesionalismo de los docentes, lo que está relacionado con la vocación docente que los estudiantes observan en este estudio **(36)**.

En este trabajo se destaca como fortaleza la existencia de un proceso de evaluación curricular que toma en cuenta la percepción del estudiantado y del equipo docente para implementar mejoras a través de la comisión de docencia.

Como limitaciones de este estudio podemos mencionar que la encuesta contenía dos preguntas abiertas, las cuales fueron interpretadas por el estudiantado de forma diferente, ya que las fortalezas y debilidades mencionadas aludieron al proceso de evaluación curricular, pero también a la formación curricular hasta este momento.

CONCLUSIÓN

En general la percepción del estudiantado fue positiva en relación al primer ciclo curricular del plan de formación basado en competencias, destacando aspectos como coherencia entre los cursos, progresión de los contenidos, estrategias didácticas y equipo docente. Los aspectos por mejorar, tales como la sobrecarga académica y la retroalimentación permitieron al equipo implementar estrategias de mejora en el plan de formación curricular de la carrera.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al estudiantado y a docentes de la Escuela de Obstetricia participantes en la comisión de docencia a lo largo de su existencia.

REFERENCIAS

1. **Universidad de Chile.** Presentación Universidad de Chile [Internet]. [cited 2021 Apr 7]. Available from: https://www.uchile.cl/portal/presentacion/institucionalidad/72838/presentacion

2. **Vicerrectoría de Asuntos académicos Universidad de Chile.** Modelo Educativo. Vol. 2. 2018. 1–69 p.

3. **Armanet L, Astorga L, Corvalán F, Fuentes F, Moraga A, Pizarro M, et al.** 1er Seminario de Experiencias de Innovación Curricular Universidad de Chile. 2016. 1–53 p.

4. **Universidad de Chile.** Presentación Instituto de Ciencias Biomédicas [Internet]. [cited 2021 Apr 7]. Available from: https://www.icbm.cl/mision-vision/

5. **Unidad de Evaluación Curricular Universidad de Chile.** Modelo de Evaluación para los Currículos Basados en Competencias de la Facultad de Medicina. Santiago; 2013.

6. **Díaz-Veliz G, Bustamante-Delgado S, Mora S.** Percepción de los estudiantes de enfermería acerca del ambiente educacional tras la implantación de una innovación curricular en la Universidad de Chile. Revista de la Fundación Educación Médica. 2017;20(6):279.

7. **Guerra-Guerrero V, Miño-González CG, Poblete-Troncoso M, Cofré-González CG, Ceballos-Vásquez P, Jara-Rojas A.** Innovación curricular en la educación superior: Experiencias vividas por docentes en una Escuela de Enfermería. Universidad y Salud. 2017 Dec 29;20(1):53.

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 31-45 | ISSN: 2452-5820 DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3136

8. **Chacón T, Castillo C, Díaz-Veliz G.** Impacto post-innovación curricular en la percepción del ambiente educacional en estudiantes de tecnología médica. Investigación en Educación Médica. 2019 Apr 12;30(2):50–9.

9. **Edgren G, Haffling A-C, Jakobsson U, Mcaleer S, Danielsen N.** Comparing the educational environment (as measured by DREEM) at two different stages of curriculum reform. Medical Teacher. 2010 Jan;32(6):e233–8.

10. **Veerapen K, McAleer S.** Students' perception of the learning environment in a distributed medical programme. Medical Education Online. 2010 Jan 24;15(1):5168.

11. **Shehnaz SI.** A Five Year Longitudinal Study of the Educational Environment in a Newly Integrated Medical Curriculum. Sultan Qaboos University Medical Journal [SQUMJ]. 2019 Dec 22;19(4):335.

12. **Kohli V, Dhaliwal U.** Medical students' perception of the educational environment in a medical college in India: a cross-sectional study using the Dundee Ready Education Environment questionnaire. Journal of Educational Evaluation for Health Professions. 2013 Jun 30;10:5.

13. **Fétis Navarrete G, Diener Ojeda W, Inostroza Tapia A.** Cambio Curricular y Cultura Organizacional. 2016 [cited 2022 Mar 10];18:9–26. Available from: https://revistaliderchile.com/index.php/liderchile/article/view/48/57

14. **Stacciarini JMR, Cook CL.** La aplicación efectiva de la investigación usando métodos mixtos. Enfermería Universitaria. 2015 Jul;12(3):99–101.

15. **Creswell JW, Clark VLP.** Praise for the Third Edition Designing and Conducting Mixed Methods Research. 3rd ed. London; 2018. 39–42 p.

16. **World Medical Asociation (AMM).** Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. World Medical Association, Inc. 2013;1–8.

17. **Fallas J, Guzmán A, Murillo G.** Evaluación de competencias y módulos en un currículo innovador. Perfiles Educativos. 2014;36(143):67–85.

18. **Fuenzalida B, Pizarro M, Fuentes J, San Martín C, Rojas V, López-Fuenzalida A, et al.** Percepción del ambiente educacional en estudiantes de pregrado de la carrera de Kinesiología: metodología mixta. Educación Médica. 2020 May;21(3):158–67.

19. **Crosa L, Soubirón E.** Indicadores de flexibilidad en carreras universitarias de grado. Revista Iberoamericana de Educación. 2007;Vol. 44(ISSN 1681-5653).

20. **Castillo Pimienta C, Chacón de la Cruz T, Díaz-Véliz G.** Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud. Investigación en Educación Médica. 2016 Oct;5(20):230–7.

21. **González Cabanach R, Fernández Cervantes R, González Doniz L, Freire Rodríguez C.** Estresores académicos percibidos por estudiantes universitarios de ciencias de la salud. Fisioterapia. 2010 Apr;32(4):151–8.

22. **Muñoz García F.** El Estrés Académico: Problemas y soluciones desde una perspectiva psicosocial. 1a ed. Huelva, España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Huelva.; 2004.

23. **Grupo de Trabajo sobre Salud Mental Facultad de Medicina Universidad de Chile.** Propuesta para la Promoción del Bienestar y Cuidado de la Salud Mental en la comunidad universitaria, con énfasis en los Estudiantes. Santiago; 2020.

24. **Altamirano-Droguett JE.** La simulación clínica: Un aporte para la enseñanza y aprendizaje en el área de obstetricia. Revista Electrónica Educare. 2019 Feb 22;23(2):1–21.

25. **Morán-Barrios J, Ruiz de Gauna P, Ruiz Lázaro PM, Calvo R.** Metodologías complementarias de aprendizaje para la adquisición de competencias en la formación de especialistas y actividades profesionales confiables. Educación Médica. 2020 Sep;21(5):328–37.

26. **Camacho A, Chiappe A, López de Mesa C.** Blended Learning y estilos de aprendizaje en estudiantes universitarios del área de la salud. Educacion Medica. 2012;26(1).

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 31-45 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3136

27. **Lukas JF, Santiago K, Lizasoain L, Etxeberia J.** Percepciones del Alumnado Universitario Sobre la Evaluación. Bordón Revista de Pedagogía. 2017 Dec 20;69(1):103.

28. **García-Jiménez E.** La evaluación del aprendizaje: de la retroalimentación a la autorregulación. El papel de las tecnologías. RELIEVE - Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa. 2015 Dec 29;21(2).

29. **Rué J.** El aprendizaje autónomo en educación superior. (Vol. 20). Narcea Ediciones.; 2009.

30. **Centro de Enseñanza Aprendizaje (CEA).** Retroalimentación [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 17]. Available from: Centro de Enseñanza Aprendiza

31. **Cárcel Carrasco FJ.** Desarrollo de Habilidades Mediante el Aprendizaje Autónomo. 3C Empresa: investigación y pensamiento crítico. 2016 Aug 24;5(3):52–60.

32. **Colén MT, Giné N, Imbernón F.** La Carpeta de aprendizaje del alumnado universitario: la autonomía del estudiante en el proceso de aprendizaje. Octaedro - Universitat de Barcelona Institut de Ciències de l'Educació. 2006;

33. **Pérez de Cabrera L.** El rol del docente en el aprendizaje autónomo : la perspectiva del estudiante y la relación con su rendimiento académico. Revista Diálogos. 2013;7(11):45–62.

34. **Melvin L, Kassam Z, Burke A, Wasi P, Neary J.** What Makes a Great Resident Teacher? A Multicenter Survey of Medical Students Attending an Internal Medicine Conference. Journal of Graduate Medical Education. 2014 Dec 1;6(4):694–7.

35. **Bayter E, Cordoba A, Messier J.** Residentes como docentes en la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), proyecto de residentes formadores. Repertorio de Medicina y Cirugía. 2017 Jan;26(1):27–34.

36. **Gafas C, Herrera A, Brossard E, Roque Y, Ferrera R.** El docente de tercer nivel en las ciencias de la salud. Contexto ecuatoriano. Educación Médica. 2018 Jan;19(1):34–8.

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 31-45 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3136

ANEXOS

Anexo 1

ENCUESTA DE OPINIÓN
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES QUE HAN CURSADO EL CICLO 1 EN LAS CARRERAS INNOVADAS, FACULTAD DE MEDICINA (EICC1.1; 2015)

Unidad de Evaluación Curricular
Dirección de Pregrado

Estimado estudiante:

Esta encuesta fue elaborada por la Unidad de Evaluación Curricular de la Dirección de Pregrado de la Facultad de Medicina. Su propósito es conocer tu opinión respecto de algunos elementos metodológicos y pedagógicos del curriculum innovado de la carrera que cursas, una vez aprobados los dos primeros años y dentro del marco de la Evaluación del Ciclo 1 en la que has participado.

La información recabada por este medio, será de gran utilidad para los procesos de retroalimentación y mejoramiento del curriculum.

Por ello, para que la Facultad pueda utilizar esta información en estudios e investigaciones al respecto, es necesario que señales tu consentimiento marcando ***Sí*** *cuando se solicite.*

La encuesta tiene 16 preguntas:

- *14 preguntas que se responden en la hoja de respuestas que se adjunta, utilizando la siguiente escala tipo likert.* ***Debes marcar la alternativa que mejor represente tu opinión.***

  4 = Completamente de acuerdo
  3 = De acuerdo
  2 = En desacuerdo
  1 = Completamente en desacuerdo.

- *2 preguntas de respuesta abierta, en las que puedes escribir tu opinión y comentarios.*

Desde ya agradecemos tu participación.

Importante: ¡No olvides completar toda la información solicitada en la hoja de respuestas!

¡MUCHAS GRACIAS!

PREGUNTAS CON ESCALA TIPO LIKERT

Encuesta Percepción de los estudiantes Ciclo 1 carreras innovadas (EICC1.1)	1
Elaborada por Ximena Riveros Pineda	2015
Unidad de evaluación Curricular, Dirección de Pregrado	
Facultad de Medicina, Universidad de Chile.	

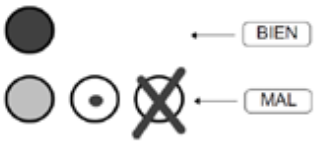
[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 31-45 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3136

FACULTAD DE MEDICINA

Recuerda contestar en la hoja de respuesta adjunta, marcando los círculos correctamente.

ESCALA TIPO LIKERT

4. Completamente de acuerdo.
3. De acuerdo.
2. En desacuerdo.
1. Completamente en desacuerdo.



1.	La formación que he recibido en estos dos primeros años de carrera, efectivamente me ha permitido desarrollar un razonamiento profesional básico que me permite analizar y enfrentar con fundamento distintas situaciones profesionales que se me plantean.
2.	La formación que he recibido en estos dos primeros años ha facilitado que pueda desarrollar mi capacidad de empatía con otras personas.
3.	La formación que he recibido en estos dos primeros años me ha permitido adquirir un lenguaje que facilita mi comunicación e interacción con otras personas.
4.	Los cursos que he tenido durante estos dos primeros años, efectivamente se relacionan y articulan entre sí.
5.	En los cursos de estos dos primeros años se distingue una secuencia y progresión que ha facilitado mi aprendizaje.
6.	Las diferentes formas de trabajo utilizadas por los/las docentes, en estos dos primeros años, estuvieron centradas en que yo aprendiera y desarrollara habilidades importantes para la carrera que estudio.
7.	Las diferentes formas de trabajo y actividades realizadas, durante estos dos primeros años, fueron coherentes con lo que debía aprender.
8.	En los cursos de estos dos primeros años, en general, me permitieron autoevaluar mi aprendizaje a través de criterios que previamente se establecieron y explicaron.
9.	En los cursos de estos dos primeros años, en general, me permitieron evaluar el trabajo de otros compañeros, a través de criterios que previamente se establecieron y explicaron.
10.	Las evaluaciones realizadas durante estos dos primeros años fueron, en general, coherentes con lo señalado en los programas y las formas de trabajo utilizadas en las clases.
11.	En estos dos primeros años los/las docentes, luego de cada evaluación, explicaban la pauta

Encuesta Percepción de los estudiantes Ciclo 1 carreras innovadas (EICC1.1) | 2
Elaborada por Ximena Riveros Pineda | 2015
Unidad de evaluación Curricular, Dirección de Pregrado
Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 31-45 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3136

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

	corrección y respondían a nuestras consultas.
12.	En estos dos primeros años, el tiempo no presencial de los cursos me permitió organizar y realizar mis propias estrategias de aprendizaje autónomo.
13.	En estos dos primeros años, los/las docentes me orientaron respecto de las formas de trabajo que son efectivas para aprender en forma autónoma.
14.	El material que me entregaron en los cursos de los dos primeros años, efectivamente me sirvió para aprender en forma autónoma.

PREGUNTAS CON RESPUESTA ABIERTA

Recuerda contestar en la hoja de respuesta adjunta, con letra clara y legible.

15.	¿Qué **fortalezas** consideras que ha tenido el plan de formación de tu carrera durante estos dos primeros años?
16.	¿Qué **debilidades** consideras que ha tenido el plan de formación de tu carrera durante estos dos primeros años?

¡MUCHAS GRACIAS!

Efecto del peso pregestacional y la ganancia de peso en el embarazo sobre el peso del recién nacido en embarazadas adolescentes.

Effect of gestational weight and weight gain during pregnancy on newborn weight in adolescent pregnant women.

Ximena Paredes-Villarroel[1]

[1]Matrona, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de Aysén, Eusebio Lillo 667, Coyhaique Chile

*Autor para correspondencia: ximena.paredes@uaysen.cl

RECIBIDO: 17 de Noviembre de 2021
APROBADO: 16 de Mayo de 2022
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3065

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES, TRABAJO DERIVADO DE PROYECTO SEMILLA, UNIVERSIDAD DE AYSÉN

Palabras claves: *Nutrición, Obesidad, Embarazo en adolescencia*
Key words: *Nutrition, Obesity, Pregnancy in Adolescence*

RESUMEN

La nutrición, sin duda, es un factor que determina el crecimiento fetal y la vida posterior al nacimiento. El estado nutricional de la madre y su efecto directo en el recién nacido ha sido ampliamente estudiado. No obstante, existen vías indirectas que no se han analizado mayormente, como la ganancia de peso durante el embarazo. El objetivo del estudio fue evaluar el efecto del peso pregestacional mediado por la ganancia de peso gestacional sobre el peso del recién nacido.

Metodología: Diseño Observacional de cohorte histórica.

El análisis de los datos incluyó estadística descriptiva utilizando chi2 y Mann Whitney . Para evaluar el efecto directo y/o mediado de las variables, peso habitual de la embarazada (peso previo al embarazo) y ganancia de peso gestacional sobre el peso del recién nacido, se utilizaron modelos de ecuaciones estructurales.

Resultados: De manera directa el peso habitual de la mujer afecta el peso del recién nacido, de modo que, por cada kilo de aumento materno, el peso del niño aumenta 9,7 gramos. Adicionalmente, se pudo encontrar que, por cada kilogramo de ganancia de peso materno, el peso del niño aumentó 17,47 gramos.

Conclusiones: Los hallazgos son de gran importancia, ya que si bien, iniciar la gestación con un peso materno adecuado es importante para el bienestar del recién nacido, este estudio sugiere que el impacto de la alimentación en el proceso es mayor, por lo que dirigir estrategias de adecuada alimentación en la gestación es primordial.

ABSTRACT

Nutrition is undoubtedly a factor that determines fetal growth and life after birth. The nutritional status of the mother and its direct effect on the newborn has been widely studied. However, there are indirect pathways that have not been largely explored,

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 47-53 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3065

such as weight gain during pregnancy. The objective of the study was to evaluate the effect of pre-pregnancy weight mediated by gestational weight gain on the weight of the newborn.

Methodology: Observational Design of a historical cohort.

Data collected from the births of adolescent women were analyzed. Data analysis included descriptive statistics using chi2 and Mann Whitney. Structural equation models were used to evaluate the direct and / or mediated effect of the variables, habitual weight of the pregnant woman (weight prior to pregnancy) and gestational weight gain on the weight of the newborn.

Results: In a direct way, the usual weight of the woman affects the weight of the newborn, so that, for each kilo of maternal increase, the weight of the child increases by 9.7 grams. Additionally, it was found that, for each kilogram of maternal weight gain, the child's weight increased 17.47 grams.

Conclusions: The findings are of great importance, since although starting pregnancy with an adequate maternal weight is important for the well-being of the newborn, this study suggests that the impact of feeding on the process is greater, so directing management strategies Adequate nutrition during pregnancy is essential.

INTRODUCCIÓN

La nutrición en el embarazo es un factor determinante para el desarrollo y crecimiento fetal **(1)**, el cual ha sido ampliamente estudiado. Según la teoría de Barker, mediante el proceso de programación fetal se determina etiológicamente y de forma precoz el desarrollo de enfermedades no transmisibles (ENT); como cáncer, hipertensión arterial, diabetes miellitus, dislipidemias, entre otras para la vida adulta **(2,3)**.

La malnutrición por exceso ha ido en aumento en el mundo, por lo que se ha catalogado como un problema de salud pública, y el panorama en el embarazo no ha sido distinto, reportándose en estudios prevalencias de obesidad del 28% **(4)** y en el último informe de vigilancia nutricional chileno, del año 2017, señala que existe un 32,37% de obesidad y un 31,84 de sobrepeso en las gestantes chilenas atendidas en el sistema público **(5)**.

Existe variada evidencia científica sobre el efecto directo que produce el peso inicial de la madre sobre los recién nacidos, al igual que, como afecta la excesiva ganancia de peso en la gestación a corto, mediano y largo plazo. No obstante, la evidencia del efecto mediado, es decir, "a través de…" de la ganancia de peso gestacional sobre el peso del recién nacido no es muy estudiado a pesar de la importancia del tema considerando el aumento de riesgo que este provoca y que la evidencia demuestra de importancia significativa para el desarrollo de enfermedades no transmisibles en la vida adulta (Teoría de Barker) **(2)**.

En un estudio chileno, Araya and cols. (2014), reportó una prevalencia del 20% de obesidad en mujeres en edad fértil, durante los años 2009-2010 **(6)**; esta cifra demuestra que gran parte de las mujeres que se embarazan en Chile, presentan mal nutrición por exceso al momento de gestar, lo que conlleva mayor riesgo perinatal, para la madre, feto y recién nacido **(4)**.

En Chile, en el grupo etario de mujeres adolescentes la prevalencia de embarazo ha tenido una constante disminución, reportándose el año 2011 un 14,5%, 2013 un 13% y el 2016 un 8,9% según estadísticas del Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) **(7)** y la tendencia es similar en relación con los países en vías de desarrollo **(8)**. Esto responde principalmente a los diferentes compromisos que han adquirido los países en torno a la problemática, implementando diferentes políticas públicas con énfasis en la salud sexual y reproductiva en este segmento etario **(9)**. No obstante, continúa siendo un problema de salud pública, debido a sus numerosos efectos, tanto biológicos, psicológicos y sociales que afecta a las mujeres a corto, mediano y largo plazo **(8,10)**.

En un estudio caso-control retrospectivo, realizado por Sukalich et. al. (2006), se estudiaron a 4822 mujeres adolescentes; se estratificaron según Índice de Masa Corporal (IMC) y se calculó el Odds Ratio (OR) y frecuencias, en relación con el efecto de la mal nutrición por exceso en la madre y en el recién nacido. Dentro de los resultados, destacan que el 28% fue clasificada como obesa o con sobrepeso, este mismo grupo tuvo más frecuencia de partos por cesárea. De igual forma, el grupo con IMC >=25, en relación con la chance de tener una cesárea como primer parto, obtuvo un OR de 1.6 (95% CI, 1.4-1.9); un IMC entre 25-29,9 OR 1.3 (95%, CI, 1.1-1.6) y un IMC entre 30-34,5 un OR 2.0 (95%, CI, 1.5-2.6). Por otra parte, las adolescentes con IMC >= 25 tuvieron

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 47-53 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3065

más chances de tener recién nacidos macrosómicos (OR, 1,6; 95% CI, 1.2-2.0), independiente de la presencia de diabetes gestacional, paridad, o ganancia de peso en el embarazo **(11)**. Adicionalmente, en otro estudio de cohorte retrospectiva de Haeri, Sin et.al. (2006), sobre embarazo adolescente y mal nutrición, se estudiaron 712 partos adolescentes se reportaron prevalencias de sobrepeso de un 23% y obesidad de un 17%, según clasificación por IMC **(12)**.

La ganancia de peso gestacional está influenciada por cambios fisiológicos, metabólicos y placentarios y su desequilibrio hacia el aumento en el periodo perinatal es un factor de riesgo para múltiples patologías maternas y neonatales, tales como: hipertensión arterial, diabetes gestacional, complicaciones durante el parto, macrosomía, falla en la lactancia, retención de peso post parto y subsecuente desarrollo de obesidad **(13)**. La prevalencia de ganancia de peso mayor a la recomendada varia aprox. entre 35% y 54% según diferentes estudios **(14,15)**.

Los últimos datos de prevalencia de mal nutrición por exceso en gestantes adolescentes menores de 20 años, el 2017, en Chile, reportó cifras de 26,12% con sobrepeso y 19,23% con obesidad **(5)**.

Por otra parte, en otro estudio realizado por Mardones et. al (2011) sobre la influencia combinada del índice de masa corporal pre-gestacional y la ganancia de peso en el embarazo sobre el crecimiento fetal, demostró una asociación estadísticamente significativa entre el estado nutricional de las embarazadas (39 y 40 semanas) y el peso de sus recién nacidos. Adicionalmente, para el riesgo de macrosomía fetal y de cesárea se presentó como factor de riesgo en mujeres con obesidad y sobrepeso por un lado y como un factor protector el tener bajo peso **(16)**.

En Chile, el control nutricional de las mujeres embarazadas se realiza en controles prenatales en el sistema público, instancia en la que el/la profesional de matronería deriva según necesidad a la gestante al profesional de nutrición. Por otra parte, en el marco del programa Chile Crece Contigo, se realizan talleres, en los cuales se educan a las gestantes acerca de los hábitos alimenticios y actividad física que pueden realizar durante el embarazo, para prevenir ganancia de peso excesiva.

Este es el primer estudio sobre nutrición perinatal en un grupo de madres adolescentes de la Región de Aysén, Chile. Considerando la realidad regional, es menester poder mencionar que la Región de Aysén ostenta unas de las mayores cifras de mal nutrición por exceso en niños y adultos **(17)**, lo que, sumado a las condiciones climáticas propias de la Patagonia chilena y problemas graves de contaminación atmosférica durante todo el año, hacen aún más difícil poder instalar medidas educativas de promoción y prevención de control de peso con intervenciones efectivas.

El objetivo de este estudio es evaluar el efecto del peso pregestacional mediado/ a través de la ganancia de peso gestacional sobre el peso del recién nacido.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, de Cohorte histórica.

Se analizaron datos recolectados de los nacimientos de mujeres adolescentes, hasta 19 años, atendidos en el Hospital Regional de Coyhaique, durante los años 2015 y 2016. El peso previo al embarazo y la ganancia de peso durante el embarazo fueron obtenidos mediante revisión de fichas clínicas y libros de partos de la institución, previa autorización por comité de ética del Servicio de Salud Aysén y autorización del Hospital Regional Coyhaique. Si bien, en Chile, la clasificación del estado nutrición de las embarazadas se hace mediante la tabla elaborada por Atalah et.al.(2005), en este estudio se utilizó el IMC y las recomendaciones de la OMS sobre la ganancia de peso gestacional, para hacer más adecuada la comparación con estudios derivados de otros países.

Se consideró bajo peso previo al embrazo cuando el IMC de las mujeres era <18.5 kg/m2; peso normal 18.5-24.9 kg/m2; sobrepeso 25.0-29.9 kg/m2, y obesidad >= 30 kg/m2.

La ganancia de peso se obtuvo restando al peso preparto el valor del peso pre-concepcional. Para este estudio, se clasifico la ganancia de peso gestacional independiente del estado nutricional de la embarazada como: Baja <10 kg; Media: 10-15 kg; Alta: 16-19 kg; y Muy Alta: >=20 kg de acuerdo con una propuesta hecha para mujeres danesas **(18)**.

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 47-53 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3065

Análisis estadístico: El análisis de los datos incluyó estadística descriptiva con cuantificación de medias y desviación estándar para las variables continuas. Las frecuencias se expresaron en porcentajes y número de casos. Se realizó análisis univariado y bivariado, utilizando chi2 y Mann Whitney. Para evaluar el efecto directo y/o mediado de las variables, peso habitual de la embarazada (peso previo al embarazo) y ganancia de peso gestacional sobre el peso del recién nacido, se utilizaron modelos de ecuaciones estructurales (SEM) con intervalos de confianza del 95%. La significancia estadística fue considerada si p<=0.05. Para el análisis estadístico se utilizó el programa Stata 14.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 223 partos de madres adolescentes, entre los años 2015 y 2016, en el Hospital Regional de Coyhaique y se describieron sus características generales **(Tabla 1)**.

Las adolescentes eran residentes principalmente de la comuna de Coyhaique (81.61 %), seguido por la comuna de Aysén (9, 87%) y Chile Chico (3.14%). Los recién nacido fueron en un 51,12% sexo femenino y 48,88% sexo masculino. El 66.8% de los partos fueron por vía vaginal y el 33.2% fue parto vía Cesárea. Del total de cesáreas, el 46,6% presentaba algún tipo de mal nutrición por exceso.

Tabla 1. Características generales de las embarazadas adolescentes.

	Min-Max	Promedio	DE
Edad (años)	14-19	18	1.39
Talla materna (cm)	1.20-1.75	157	0.06
Peso pregestacional (kg)	42-120	60	13.26
Ganancia de peso gestacional (kg)	(-4)-37	13	7.06

*n: 223

La asociación entre el estado nutricional previo al embarazo IMC-PG y el peso del recién nacido fue positiva, pero sin significancia estadística **(Tabla 2)**.

En relación con la distribución del estado nutricional materno, según la ganancia de peso, se desprende que las mujeres adolescentes con IMC normal tuvieron una ganancia de peso principalmente entre los rangos media (10-15kg) y muy alta (>20kg).

Tabla 2. Estado nutricional de embarazadas adolescentes según IMC pregestacional y peso al nacer de sus recién nacidos.

Categorías IMC materno	N	%	Peso del RN	
			Promedio	DE
Bajo peso	8	4.19	3171.80	372.05
Normal	106	55.50	3242.15	566.31
Sobrepeso	50	26.18	3278.66	557.01
Obesidad	20	10.47	3589.65	552.73
Obesidad Mórbida	7	3.66	3132.14	796.49
Total	**191**	**100**	**3281.12**	**570.19**

*p: 0.07

Por otra parte, el grupo de embarazadas adolescentes con mal nutrición por exceso –ya sea, sobrepeso, obesidad u obesidad mórbida–, tuvieron una ganancia de peso entre los rangos baja (<10kg y 10-15kg) y media, con significancia estadística **(Tabla 3)**.

Se analizó el efecto que tenía el peso habitual de las mujeres embarazadas adolescentes sobre la ganancia de peso, resultando que mientras más peso tenía la adolescente al inicio del embarazo, menos ganancia de peso obtuvo durante la gestación.

Tabla 3. Distribución de frecuencias de la ganancia de peso según IMC previo al embarazo.

IMC previo al embarazo	Ganancia de Peso Gestacional				Total
	Baja	Media	Alta	Muy Alta	
Bajo peso	0	4	1	3	8
Normal	23	44	15	20	102
Sobrepeso	18	18	6	6	48
Obesidad	11	5	1	2	19
Obesidad Mórbida	5	0	0	2	7
Total	**57**	**71**	**23**	**33**	**184**

p: 0.023

A su vez, se analizaron estadísticamente los efectos directos e indirectos que tuvo la ganancia de peso y el peso habitual de la adolescente embarazada sobre el peso del recién nacido, resultando que –de manera directa– el peso habitual de la mujer afecta el peso del recién nacido, de modo que, por cada kilo de aumento materno, el peso del niño aumenta 9,7 gramos. Adicionalmente, se pudo encontrar que, por cada kilogramo de ganancia de peso materno, el peso del niño aumentó 17,47 gramos. Ambos resultados con significancia estadística.

Finalmente, al evaluar los efectos por vía indirecta del peso habitual de la embarazada sobre el peso del recién nacido, resultó una relación levemente in-

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 47-53 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3065

versa, lo que quiere decir que las embarazadas que tienen una ganancia de peso gestacional leve o pérdida de peso, se traducirá en menos peso sobre el recién nacido **(Tabla 4)**.

Tabla 4. Efectos de Ganancia de Peso gestacional y Peso habitual Materno sobre el Peso del RN

Efecto Directo

	Coeficiente	Valor p	CI 95%
Ganancia de peso			
Peso Habitual pregestacional	-0.09	0.017	-0.163-0.0162
Peso RN			
Ganancia de peso	17.22	0.005	5.24-29.20
Peso Habitual	8.70	0.006	2.49-14.91

Nivel de significancia: *p*>0.05

Efecto Indirecto

	Coeficiente	Valor p	CI 95%
Ganancia de peso			
Peso Habitual pregestacional	0		-
Peso RN			
Ganancia de peso	0		
Peso Habitual	-1.54	0.068	-3.20-0.11

Nivel de significancia: *p*>0.05

Efecto Total

	Coeficiente	Valor p	CI 95%
Ganancia de peso			
Peso Habitual pregestacional	-0.09	0.017	-0.163-0.0162
Peso RN			
Ganancia de peso	17.22	0.005	5.24-29.20
Peso Habitual pregestacional	7.15	0.025	0.88-13.43

Nivel de significancia: *p*>0.05

DISCUSIÓN

Los promedios de las características generales del grupo estudiado son similares a los descrito por Haeri S. et.al(2009) **(11)**. En cuanto a la prevalencia de mal nutrición por exceso encontrada, fue de un 40,31% del total de las embarazadas adolescentes al inicio del embarazo, cifra que concuerda a su vez, con el estudio realizado por Haeri S.et.al (2009) trabajo que publicó una prevalencia de un 40,8% **(11)**, valor más alto que la prevalencia nacional reportada por el informe de vigilancia nutricional del 2017 **(5)**. Con relación a la variable ganancia de peso gestacional, se destacó que las mujeres que iniciaban la gestación con bajo peso (IMC <18,5kg) y peso normal (IMC 18.5-24.9) tuvieron más ganancia que las embarazadas que tenían sobrepeso, obesidad u obesidad mórbida al inicio de la gestación. Estos resultados son similares a los encontrados por Mardones et.al (2011) en donde en el grupo etario de menos de 25 años, se observó la misma tendencia **(15)** pudiendo establecer que las intervenciones en los grupos con mal nutrición por exceso a nivel primario en Chile son efectivas. No obstante, deja a su vez en evidencia el deficiente control/intervención en el grupo de gestantes con IMC normal, el cual ganó más peso según lo recomendado.

Se ha estudiado ampliamente el efecto directo que posee el peso pregestacional sobre el peso del recién nacido, lo que concuerda con los resultados obtenidos en este estudio. Pero el análisis estadístico por vía de mediadores (a través de…) ayudó a dilucidar, en este grupo de embarazadas adolescentes, que el evento que afectó más, en el aumento del peso del recién nacido fue la ganancia de peso materno durante el embarazo versus peso pregestacional, análisis que obtuvo significancia estadística. Esto se puede traducir a la clínica: que si bien, el sobrepeso y obesidad son factores de riesgo obstétrico que afecta directamente al recién nacido, intervenciones más dirigidas hacia el control de la ganancia de peso materno en todas las gestantes, disminuirían los efectos sobre el peso del recién nacido y la carga epigenética **(2)** que se le transfiere por esta vía.

CONCLUSIÓN

Los hallazgos son de gran importancia ya que, al revisar las políticas públicas y programas de cuidado perinatal en Chile, no se encuentran establecidas

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 47-53 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3065

intervenciones con el objetivo de controlar el peso de manera directa y activa. Si bien, el programa Chile Crece Contigo contempla talleres de orientación nutricional y actividad física saludable, no se dan de manera mantenida durante el periodo de embarazo.

A pesar de las intervenciones y estrategia a nivel de salud pública, el aumento de la malnutrición por exceso no se ha podido mitigar en Chile, por lo contrario, solo va en aumento según muestran las últimas encuestas de Salud **(17)**. Esto ha provocado un círculo nocivo, en el cual los distintos factores causales se articulan y alimentan entren sí, provocando finalmente un aumento de la morbi-mortalidad en la población y con ello un sinnúmero de efectos negativos para las personas y Estados. Es imperante poder fortalecer las estrategias ya instaladas y crear nuevas que se enfoque en prevención y/o disminuir los efectos, reconociendo factores/variables – mediadores, interviniéndolos de manera, de cortar la cadena causal.

AGRADECIMIENTOS

Este proyecto fue financiado por fondos internos "Semilla" de la Universidad de Aysén.

Los agradecimientos a la profesora Dr. Macarena Valdés Salgado y al Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Regional Coyhaique.

REFERENCIAS

1. **Masud JL, Zárraga Y, Reyes AB, Reyes RÁ, Ortuño AD.** Efecto del estado nutricional de la madre sobre el neonato. Pediatría de México. 2011;13(3):103–8.

2. **Kwon EJ, Kim YJ.** What is fetal programming?: A lifetime health is under the control of in utero health. Obstetrics and Gynecology Science. 2017;60(6):506–19.

3. **C.G. Redondo Figuero1, A. Santamaría Pablos2, J. Mazaira Salcedo3 MROO, P.M. De Rufino Rivas5.** Crecimiento fetal, nutrición de la embarazada y teoría del programming fetal. Bol Pediatr. 2013;53(53):2–12.

4. **Mission JF, Marshall NE, Caughey AB.** Pregnancy Risks Associated with Obesity. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2015;42(2):335–53.

5. **MINSAL.** Vigilancia del Estado Nutricional de la población bajo control y de la lactancia materna en el sistema público de salud de Chile. Ministerio de Salud Subsecretaria de Salud Pública División Políticas Públicas Saludables y Promoción Depto . de Nutrición y. 2018;128.

6. **Araya Bannout MA, Padilla O, Garmendia ML, Atalah E, Uauy R.** Obesidad en mujeres Chilenas en edad fértil. Revista Medica de Chile. 2014;142(11):1440–8.

7. **DEIS.** Estadisticas Vitales [Internet]. [cited 2020 Jul 14]. Available from: https://public.tableau.com/profile/deis4231#!/vizhome/HechosVitalesdesdeel2000/NotaTcnica?publish=yes

8. **Lavanderos S, Haase J, Riquelme C, Morales A, Martínez A.** Teen pregnancy in Chile: A look to communal sociodemographic inequality. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia. 2019;84(6):490–508.

9. **Lavanderos Sebastián, Haase Juan, Riquelme Camilo, Morales Andrea, Martínez Andrés.** Embarazo Adolescente en Chile: Una mirada a la desigualdad sociodemográfica comunal. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2019 Dic [citado 2022 Mayo 16] ; 84(6): 490-508. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600490&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000600490.

10. **Restrepo-Mesa SL, López NZ, Sosa BEP, Vásquez LEE, Atalah E.** Embarazo adolescente: Características maternas y su asociación con el peso al nacer del neonato. Archivos Latinoamericanos de Nutricion. 2014;64(2):99–107.

11. **Sukalich S, Mingione MJ, Glantz JC.** Obstetric outcomes in overweight and obese adolescents. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2006;195(3):851–5.

12. **Haeri Sina, Guichard Isabelle BAM.** The effect of teenage Maternal Obesity oon Perinatal Outcomes. American college of Obstetricians and Gynecologists. 2009;113(2):300–4.

13. **Zonana-Nacach A, Baldenebro-Preciado R, Ruiz-Dorado MA.** Efecto de la ganancia de peso gestacional en la madre y el neonato. Salud Publica de Mexico. 2010;52(3):220–5.

[Mat. Actual. 2021] Nro. 3: 47-53 | ISSN: 2452-5820
DOI: 10.22370/rev.mat.3.2021.3065

14. **Crane JMG, White J, Murphy P, Burrage L, Hutchens D.** The Effect of Gestational Weight Gain by Body Mass Index on Maternal and Neonatal Outcomes. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 2009;31(1):28–35.

15. **Walker LO, Hoke MM, Brown A.** Risk factors for excessive or inadequate gestational weight gain among Hispanic women in a U.S.-Mexico border state. JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing. 2009;38(4):418–29.

16. **Mardones F, García-Huidobro T, Ralph C, Farías M, Domínguez A, Rojas I, et al.** Influencia combinada del índice de masa corporal pregestacional y de la ganancia de peso en el embarazo sobre el crecimiento fetal. Revista Medica de Chile. 2011;139(6):710–6.

17. **Longitudinales CU encuestas y estudios. Encuesta nacional de salud**. Encuesta Nacional de Salud (e.N.S) 2016-2017. Primeros Resultados; Encuesta Nacional de Salud: Santiago, Chile, 2018. 2017;

18. **Nohr EA, Vaeth M, Baker JL, Sørensen TIA, Olsen J, Rasmussen KM.** Combined associations of prepregnancy body mass index and gestational weight gain with the outcome of pregnancy (American Journal of Clinical Nutrition (2008) 87, (1750-1759)). American Journal of Clinical Nutrition. 2008;88(6):1705.