



**Universidad
de Valparaíso**
CHILE

REVISTA



MATRONERÍA

ACTUAL

Año 3, N°1, 2022

Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Obstetricia y Puericultura

REVISTA

Ma

MATRONERÍA
ACTUAL

Año 3, 2022, Nro. 1
Revista con Publicación Continua
Recopilatorio de artículos publicados en 2022
ISSN: 2452-5820

Contemporary Midwifery Journal
Scientific Journal with Continuous Publication
Compilation of Articles Published in 2022

N° 1 (2022)

Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Obstetricia y Puericultura

Revista Matronería Actual Contemporary Midwifery Journal

ISSN: 2452-5820

Nº1 (2022). Recopilatorio de artículos publicados en 2022

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)
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 y Gestor OJS | Layout and OJS Manager:

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 Ortiz (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 Agüero (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 Sánchez Rodríguez (Universidad Arturo Prat)
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)
Estefanía 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



Claudio López Labarca (Mat. Mg.)
Director. Profesor Asistente.
Depto. de Obstetricia y Puericultura
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Atacama

Diciembre de 2022

Jornada Nacional de Escuelas y Carreras de Obstetricia de Chile, un espacio para la reflexión y el fortalecimiento de la profesión.

Introducción.

El día 4 de noviembre en la ciudad de Copiapó se desarrolló la Jornada anual de Escuelas y Carreras de Obstetricia de Chile, que en este año por primera vez tuvo como anfitrión al Departamento de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Atacama.

Este año después de dos versiones virtuales se pudo concretar una reunión presencial que contó con la participación de 35 directivos, académicos y académicas de 13 universidades públicas y privadas que forman parte de la red de instituciones formadoras de matronas y matrones de Chile.

Las jornadas anuales de Escuelas y carreras de Obstetricia realizadas desde el año 2017, se han convertido en un espacio de reflexión y análisis de la realidad actual de la formación profesional, como también del escenario que vive la matronería a nivel nacional y mundial. Este espacio también ha contribuido a fortalecer la colaboración entre las diversas casas de estudio y a generar espacios de sinergia entre las instituciones que conforman la red.

A casi tres años del inicio de la Pandemia Covid 19, el mundo, el país y naturalmente la formación de profesionales han sufrido vertiginosos y forzados cambios que han repercutido directamente en el quehacer de las unidades académicas. Durante este periodo, estas unidades debieron realizar adaptaciones macro y microcurriculares que permitieron, en el contexto de una formación de calidad y las disposiciones reglamentarias, continuar con el desarrollo de competencias de los y las estudiantes a pesar de las restricciones de presencialidad en los espacios de aula, laboratorio y campo clínico. Es por esto, que las dos versiones anteriores trataron sobre los desafíos académicos de las escuelas de Obstetricia en tiempos de pandemia y lo que la pandemia nos ha enseñado respecto de las formas de aprender.

En este año habiendo superado en parte las problemáticas generadas por la pandemia, la jornada se abocó en observar la situación nacional en relación a las políticas en materia de salud sexual y reproductiva, como también en aportar el futuro de la matronería desde la ciencia, la innovación y el desarrollo sostenible.

Las principales “ideas fuerza”, desafíos observados y propuestas realizadas por las y los asistentes a la jornada se detallan a continuación.

Desarrollo.

Durante la jornada los asistentes se reunieron en equipos de trabajo para responder preguntas orientadoras dirigidas a reflexionar sobre los principales desafíos para la formación profesional en las áreas de docencia, investigación y vinculación con el medio.

Para finalizar, a todos los grupos de trabajos que les solicitó que redactaran propuestas en relación a los desafíos identificados en cada área.

En el área misional de la docencia se identificaron los siguientes desafíos: 1) la formación de profesionales integrales, comprometidos socialmente y con un rol transformador, 2) cuidar la salud mental de los estudiantes y 3) instaurar la docencia remota. Las propuestas que surgieron a la formación integral fueron: desarrollar estrategias para reforzar la formación en competencias genéricas, fijar estándares mínimos para el desarrollo de competencias específicas y trabajar en potenciar en el enfoque de inclusión en las carreras de Obstetricia en Chile. En salud mental se pretende visibilizar y crear estrategias para trabajar la salud mental de los estudiantes y fortalecer el desarrollo de las habilidades blandas en los estudiantes a través del currículum. Mientras que en docencia remota se plantea capacitar a los académicos en competencias digitales.

En el área de la investigación, se identificaron como desafíos: 1) potenciar la práctica de la matronería basada en la evidencia y ampliar mirada más allá de la salud sexual/ reproductiva y 2) generar recursos humanos y económicos para cumplir la tarea. Dentro de las propuestas del punto 1, destacaron: hacer investigación en torno a la profesión, sus prácticas e impacto en la sociedad, direccionar la búsqueda de evidencia científica y el desarrollo del pensamiento crítico desde primer año del pregrado y determinar competencias para el pre y postgrado. Mientras que para atraer recursos, se planteó potenciar y fortalecer la red de escuelas y trabajo con el Ministerio de Salud y Colegio de Matronas, vincularse con el ámbito clínico a través del trabajo colaborativo e incorporar de manera permanente y sistemática a los estudiantes en actividades investigativas.

Finalmente en el área de la vinculación con el medio, se presentó como desafío principal la tarea de realizar vinculación efectiva con diferentes instituciones y organizaciones de la sociedad civil. Para cumplir con esto, las propuestas serían: 1) incluir dentro de la elaboración de propuestas de vinculación, la participación de la comunidad a intervenir y al estudiantado, idealmente a través de diagnósticos participativos, 2) definir claramente las políticas de vinculación a ejecutar en cada unidad académica, 3) explorar nuevos espacios para realizar la extensión y vinculación con el medio que pudieran implicar retribuciones de recursos, 4) crear una coordinación entre las distintas escuelas de Obstetricia de la red para elaborar actividades consorciadas, 5) ampliar la mirada para intervenir más allá de la salud sexual y reproductiva y explorar áreas no abordadas tradicionalmente y 6) postular iniciativas de vinculación con el medio a fondos concursables de interés público como ciencia abierta, fondos privados u otros.

Conclusiones.

1. Se debe fortalecer la red de instituciones formadoras de matronas y matronas de Chile, inclusive a nivel de asociación académica u otra similar. Con el fin de poder realizar un trabajo conjunto que permita enfrentar los desafíos en materia de docencia de pregrado, investigación y vinculación con el medio.
2. El trabajo de fortalecimiento de la red permitirá también, ser un aporte y transformarse en un referente académico ante el Ministerio de Salud, Educación y asociaciones gremiales.
3. La red de instituciones formadoras debe estructurarse con una directiva que permita una coordinación efectiva, elecciones frecuentes de sus miembros y estatutos que regulen su funcionamiento y orgánica.

Tabla de Contenidos
Table of Content

<p>1. Incidentes críticos en estudiantes de Obstetricia y Puericultura de una Universidad pública chilena: Explorando su identidad. <i>Critical incidents in Obstetrics and Childcare students of a Chilean public University: Exploring their identity</i></p>	<p>07 - 17</p>
<p>2. Repercusión de la obesidad en la vida sexual de mujeres adultas en América 2010-2021. <i>Impact of obesity on the sexual life of adult women in the Americas 2010-2021</i>.....</p>	<p>19 - 34</p>
<p>3. Conocimientos acerca del Virus de Inmunodeficiencia Humana de estudiantes de las comunas de Coyhaique, Aysén y Cisnes. <i>Knowledge about the Human Immunodeficiency Virus of students from the communes of Coyhaique, Aysén and Cisnes</i>.....</p>	<p>35 - 43</p>
<p>4. Consideraciones clínico-legales para acceder a la esterilización quirúrgica femenina: Chile en el contexto internacional (2014 - 2020). <i>Clinical and legal considerations to access female surgical sterilization: Chile in the international context (2014 - 2020)</i>.....</p>	<p>45 - 52</p>

Incidentes críticos en estudiantes de Obstetricia y Puericultura de una Universidad pública chilena: Explorando su identidad.

Critical incidents in Obstetrics and Childcare students of a Chilean public University: Exploring their identity.

Janet Altamirano-Droguett¹, María Bravo-Corrales², Carmen Espinosa-Ayala²,
Fernanda Plaza-Muñoz², María Esmeral-Cruz², Hernán Díaz-Castro²

¹Matrona, Dra. en Educación, Académica, Dpto. de Obstetricia, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile.

²Estudiante, Obstetricia y Puericultura, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile.

*Autor para correspondencia: janet.altamirano@uantof.cl

RECIBIDO: 13 de Enero de 2022

APROBADO: 5 de Julio de 2022



DOI: 10.22370/revmat.1.2022.3186

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES

Palabras claves: *Incidentes críticos, Afrontamiento, Reflexión, Matronería, Educación superior.*
Key words: *Critical incidents, Coping, Reflection, Midwifery, Higher education.*

RESUMEN

Introducción: Los incidentes críticos son sucesos inesperados temporo-espaciales ocurridos en las aulas universitarias y campos clínicos que, desequilibran la identidad del estudiante al superar su umbral emocional. Para afrontarlos, se requiere que el afectado evalúe sus propios recursos y consecuencias, a fin de reducir los efectos negativos del entorno.

Objetivos: Identificar los incidentes críticos y las estrategias de afrontamiento experimentados por los estudiantes de Obstetricia y Puericultura de una universidad pública chilena más recurrentes en diversos contextos educativos.

Material y Método: Estudio cualitativo interpretativo bajo los principios de la teoría fundamentada. Se entrevistaron vía telemática a 11 estudiantes de la carrera. Se aplicó la estrategia de

codificación inductiva y el método de comparación constante hasta evidenciar la saturación teórica de las categorías emergentes procesadas en Atlas.ti.

Resultados: Se reconocieron 15 incidentes críticos, 11 en las aulas y cuatro en campos clínicos, predominando los sucesos relativos a la evaluación y a los conflictos personales con docentes. Las estrategias de afrontamiento de negación y evasión fueron frecuentes, no pesquisándose estrategias reflexivas.

Conclusiones: Los incidentes críticos ocurrieron mayoritariamente en la sala de clases en asignaturas teórico-prácticas. Se utilizaron medidas de autoprotección para su afrontamiento, no generándose nuevas configuraciones en la identidad de los estudiantes. Este estudio sustenta la necesidad de crear espacios de diálogos reflexivos basados en el análisis de incidentes críticos que entreguen herramientas efectivas para afrontar estos sucesos inesperados.

ABSTRACT

Introduction: Critical incidents are unexpected temporal-spatial events that occur in the university classrooms and clinical training centers that unbalance the student's identity by exceeding their emotional threshold. To deal with them, it is required that the affected evaluate their own resources and consequences, in order to reduce the negative effects of the environment.

Objectives: To identify the most recurrent critical incidents and the coping strategies experienced by Obstetrics and Child Care students at a Chilean public university in various educational contexts.

Material y Method: A qualitative interpretive study under the principles of grounded theory. 11 students of the career were interviewed via telematics. The inductive coding strategy and the constant comparison method were applied until the theoretical saturation of the emerging categories processed in Atlas.ti was evidenced.

Results: 15 critical incidents were recognized, 11 in the classroom and four in clinical training centers, predominating events related to evaluation and personal conflicts with teachers. The coping strategies of negation and evasion were frequent in the participants; reflexive strategies were not investigated.

Conclusions: Critical incidents occurred mostly in the classroom in theoretical-practical subjects. Self-protection measures were used for coping, not generating new configurations in the identity of the students. This study supports the need to create spaces for reflective dialogue based on the analysis of critical incidents that provide effective tools to deal with these unexpected events.

INTRODUCCIÓN

La formación universitaria chilena ha sufrido una serie de transformaciones que ha significado un proceso complejo tanto en el ámbito psicopedagógico como en lo social. En la actualidad, el estudiantado de Obstetricia y Puericultura no solo aprende del currículo formal sino también, se capacita de los vínculos sociales y de la observación de sus propios formadores. Sin embargo, estas experiencias e inte-

rrelaciones no están ajenas a conflictos que, si son resueltos de manera inadecuada, se transmutan en incidentes críticos (1)(2).

La noción de incidentes críticos [IC] fue desarrollada en los años cincuenta por el psicólogo John Flanagan (3), quien enfrentó el desafío de mejorar el entrenamiento de los pilotos de guerra. Luego, se expandió al área de medicina, Cooper et al. (4) analizaron los eventos adversos durante la administración de anestesia en pacientes hospitalizados. Posteriormente, se introdujo esta herramienta de análisis en los ámbitos de derecho, gestión de empresa y educación, entre otros (5).

Los IC se definen como eventos imprevistos que se presentan en un tiempo y espacio limitado que, al superar un umbral emocional definido del afectado, desequilibra su identidad (6)(7). Everly & Mitchell (8) precisan este concepto en el docente, no obstante, estos sucesos también son vivenciados por estudiantes universitarios en los diversos contextos formativos. Según Díaz-Barriga et al. (9), más de la mitad de los IC narrados por el estudiantado ocurren en escenarios clínicos seguidos de las aulas de la propia institución. Por otra parte, Monereo (10) señala que, tanto un salón de clases como un recinto específico de la disciplina, son lugares que implican interacciones interpersonales no exentas de situaciones estresantes por naturaleza que perjudican el desarrollo mental y emocional del discente.

Aguayo et al. (11) propusieron siete variables de IC relacionados con la organización del tiempo, espacios y recursos; cumplimiento de normas de conducta; claridad de las temáticas impartidas; métodos de enseñanza; motivación; evaluación y conflictos personales entre los actores del proceso formativo. Monereo et al. (12) indicaron que, la mayor fuente de eventos desestabilizadores protagonizados por los discentes universitarios se refiere a la evaluación, que obedece principalmente a la falta de objetividad en la corrección de las pruebas y en las puntuaciones, y a la coherencia entre lo expresado en el aula y lo calificado en los exámenes. En menor frecuencia se pesquisaron los IC asociados a la motivación, a la selección y claridad de los temas impartidos, y a la regulación del tiempo disponible para efectuar las tareas curriculares. Para Canelo & Liesa (13), los eventos más reiterativos se vincularon con la gestión de las relaciones interpersonales. Los acontecimientos relativos con la metodología de aula, la eva-

luación de los aprendizajes y la organización de las actividades fueron menos reportados por los estudiantes universitarios. En cambio, en el profesorado de Matronería de universidades chilenas, Altamirano et al. (14) identificaron que, los IC relacionados a las normas de conducta fueron los más reiterativos. En menor escala, se reconoció el resto de sucesos inesperados pesquisándose solo un incidente por conflictos personales.

De acuerdo con lo anterior, la aparición de estas contingencias se debe fundamentalmente a las características propias del estudiantado actual (11), a la inexperiencia del docente y falta de preparación pedagógica (14), a la sobrecarga laboral y falta de tiempo para concretar las tareas académicas (15).

Para afrontar estos acontecimientos, se requiere de la valoración subjetiva sobre las consecuencias que el incidente tiene hacia el afectado y la evaluación de sus propios recursos, con el fin de evitar o reducir los efectos negativos del contexto (16). Esta toma de conciencia se sustenta en el modelo cognitivo-transaccional de Lazarus & Folkman (17) dado que, cada IC es un estímulo que causa daño, amenaza o desafío frente al cual el estudiante debe abordar. Según Martín et al. (16); Monereo (18), las estrategias de afrontamiento van desde la evasión o negación del problema (centradas en la emoción) hasta la reflexión (centradas en la búsqueda de soluciones transitorias e innovadoras).

Para Díaz-Barriga et al. (9), los estudiantes están conscientes de los hechos, no obstante, actúan con evasión o negación en la gran mayoría de los IC debido al peso de la autoridad (docente) y porque anteponen el interés por lograr una calificación aprobatoria en una actividad curricular. Sin embargo, la reflexión es la única estrategia que permite generar nuevas configuraciones en la identidad del discente, es decir, promueve una transformación en su forma de pensar (conocimientos), actuar (habilidades) y sentir (emociones) sobre la enseñanza (19)(20).

Es importante mencionar que, en cada evento, el individuo libera emociones positivas o negativas, de escasa o mucha intensidad, de corta o larga duración y se manifiestan con expresiones corporales-gestuales identificables (21)(22). Dicho suceso crítico activa el significado personal y social de las propias emociones impulsando autopercepciones, creencias e interpretaciones que pueden desencadenar ansiedad o estrés, sin embargo, al mismo tiempo autorregular su aprendizaje (23). Saariaho et al. (24) sos-

tienen que, el clima socioemocional del aula es un aspecto central y determinante en la resolución de los IC, especialmente los negativos. Por esto, la concepción de IC puede construir una unidad de análisis beneficiosa de forma que, los estudiantes se pueden afrontar con mayores garantías de éxito a futuras vivencias similares siempre y cuando, se sometan a un proceso sistemático de reflexión (25)(26). Asimismo, es una adecuada estrategia formativa para el desarrollo de la identidad de los futuros profesionales (27)(28).

Según la revisión bibliográfica, no existen estudios acerca de cuáles son los tipos de incidentes que desestabilizan a los estudiantes de Obstetricia y Puericultura, y cuáles son las estrategias que utilizan para afrontar estos eventos inesperados en aulas y campos clínicos. A nivel local, se han mencionado en asambleas de carrera ciertas situaciones críticas de manera recurrente, sin ser abordadas por las instancias respectivas.

En virtud de lo expuesto, el objetivo de esta investigación fue identificar los incidentes críticos y las estrategias de afrontamiento experimentados por los estudiantes de Obstetricia y Puericultura de una universidad pública chilena más recurrentes en diversos contextos educativos. Se espera que este estudio sirva de sustento para generar iniciativas formativas que promuevan la práctica reflexiva ante eventuales situaciones similares y contribuya a la renovación identitaria del grupo de interés.

MATERIAL Y MÉTODO

Esta investigación fue de tipo cualitativa interpretativa siguiendo los principios de la teoría fundamentada de Strauss & Corbin (29). La muestra estuvo conformada por 11 estudiantes, ocho mujeres y tres hombres; con un promedio de 23 años de edad, pertenecientes a los niveles de 3°, 4° y 5° año de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Antofagasta, Chile.

Los criterios de inclusión fueron: ser alumno regular, tener mínimo 18 años de edad y haber vivido incidentes críticos en las aulas o en prácticas asistenciales con docentes. Los criterios de exclusión fueron: no contar con clases presenciales ni experiencias clínicas, no haber experimentado sucesos inesperados y no poseer la edad mínima. Se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia, no se programó un número a priori de participantes, se constituyó conforme a la saturación de las catego-

rías emergentes (30). Cada estudiante fue informado sobre la finalidad del estudio, aceptó participar voluntariamente y firmó el consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Antofagasta (N° Folio: 331/2021, 25 de mayo 2021).

Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas semiestructuradas realizadas durante los meses de mayo y junio del 2021 de manera virtual dado la pandemia, con una extensión de 45 a 60 minutos. Al momento de aplicar esta técnica y con el fin de resguardar el anonimato, se identificó a cada participante con una letra E (entrevistado) y un número correlativo. Para garantizar la calidad de los entrevistadores, éstos fueron capacitados con antelación, estableciéndose un guion abierto con preguntas relacionadas a los tipos de IC, causas, emociones, reacciones y estrategias de afrontamiento ante estos sucesos inesperados. Este argumento fue validado por la tutora y dos expertos en la temática. Asimismo, la docente veló por el procedimiento, quien solicitaría apoyo psicológico en el Servicio médico de alumnos en caso de requerirse, dando cumplimiento al protocolo institucional para estos efectos.

La autenticidad del estudio derivó de la grabación en audio de las entrevistas semiestructuradas transcritas en un software procesador de texto. Posteriormente, se hizo el análisis del contenido utilizando la estrategia de codificación inductiva. Primero, se aplicó la codificación abierta que consistió en revisar la información línea por línea vertida en las narraciones de los entrevistados; los datos con cualidades semejantes se agruparon y se les asignó un mismo código. De esta codificación emergieron dos unidades de análisis, cada una de ellas con sus respectivas categorías y subcategorías. Segundo, se empleó la codificación axial que estableció la conformación de redes conceptuales de los códigos emergentes para responder el objetivo de este estudio. Durante todo el procedimiento de análisis de la información, se aplicaron comparaciones constantes para verificar semejanzas y diferencias entre las categorías emergentes hasta evidenciar la saturación teórica, momento que se decidió no realizar más entrevistas (29). El rigor se garantizó cautelando los criterios de credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad (31). El programa informático utilizado fue el Atlas.ti (versión 7.5.12) a partir del cual, se confor-

maron dos unidades significativas que sustentaron la organización de los códigos (32), las cuales serán mencionadas en los hallazgos.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de este estudio de acuerdo a dos unidades de análisis, categorías emergentes y subcategorías respectivas (Figura 1).

I. Incidentes críticos en aulas y campos clínicos

I.1. Tipos de IC

Los estudiantes narraron un total de 15 sucesos, 11 en el aula (incluye laboratorios preclínicos) y cuatro ocurridos en recintos docente-asistenciales. Según su frecuencia (Tabla 1) se distribuyeron en las siguientes subcategorías:

I.1.1. IC relacionados a la evaluación originados por disconformidad en la calificación obtenida en una asignatura teórica o práctica. Esta cita lo representa:

“Yo fui a revisar mi evaluación y tenía varias respuestas buenas que el profesor me cobró malas, que están calcadas de su pauta. Le reclamé y se quedó callado. Agarró mi prueba y me dijo: Señorita, nos vemos el próximo año” y se fue de la sala” (E,01).

I.1.2. IC relacionados a los conflictos personales ocasionados por maltrato por parte del docente hacia el estudiante. Este relato así lo manifiesta:

“Nosotros éramos un grupo de cinco estudiantes en práctica, yo era el único varón. Desde el comienzo sentí mala onda de la docente. Nos pedía los diagnósticos, a mí me decía: “Tú estai mal, tú estai cometiendo los mismos errores, tú no sabi nada”. Mis compañeras respondían lo mismo, pero a ellas no les corregía nada [...]” (E, 06).

I.1.3. IC relacionados a la organización del tiempo, espacios y recursos prevaleciendo los causados por una inadecuada gestión del tiempo por parte de los docentes en las actividades formativas. Este es un ejemplo:

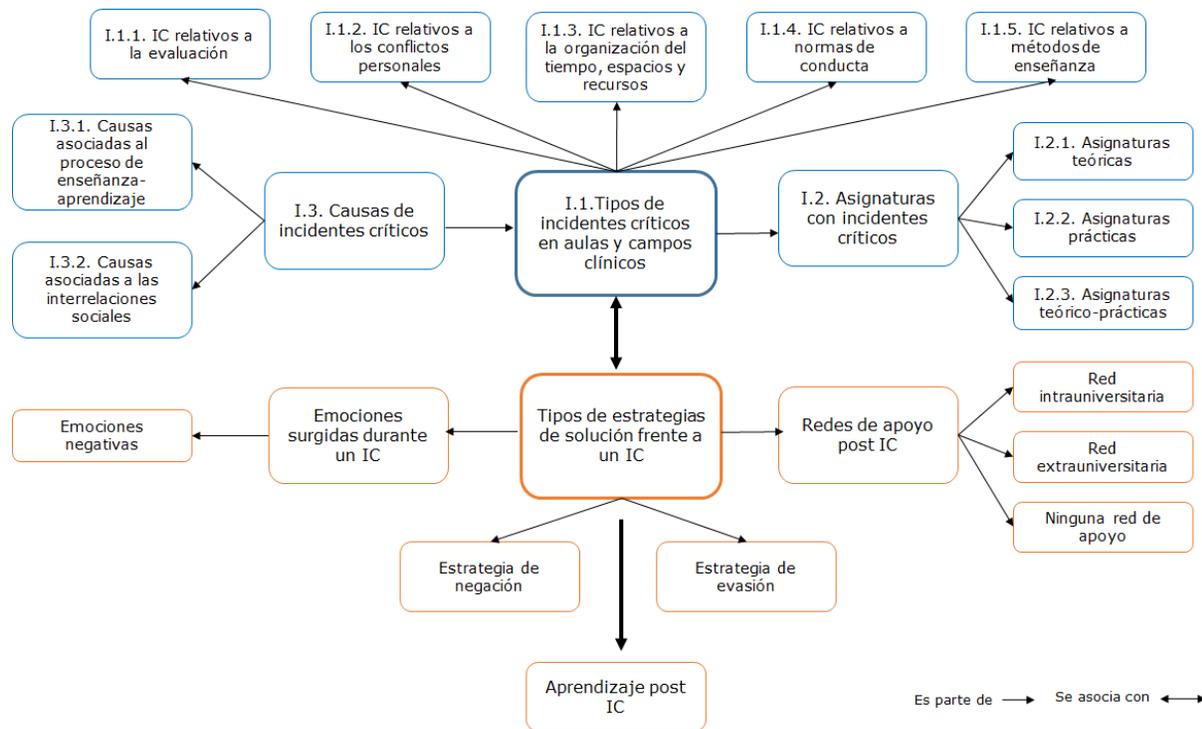


Figura 1. Los incidentes críticos y las estrategias de afrontamiento en estudiantes de Obstetricia y Puericultura. / Critical incidents and coping strategies in Obstetrics and Child Care students.

Nota: IC = Incidente Crítico

Tabla 1. Distribución de tipos de incidentes críticos vivenciados por estudiantes de Obstetricia y Puericultura según contextos educativos. / Distribution of types of critical incidents experienced by Obstetrics and Child Care students according to educational contexts.

Nº	Tipo IC	Frecuencia IC en el Aula	Frecuencia IC en el Campo clínico	Frecuencia total IC	Frecuencia Porcentual total IC
1.	Evaluación	5	1	6	40%
2.	Conflictos personales	4	1	5	33%
3.	Organización del tiempo, espacios y recursos	1	1	2	13%
4.	Normas de conductas	1	0	1	7%
5.	Métodos de enseñanza	0	1	1	7%
6.	Claridad y adecuación de contenidos transmitidos	0	0	0	0%
7.	Motivación	0	0	0	0%
	Total	11	4	15	100%

“[...] yo le pregunté si es que me podía explicar lo que había leído porque no había entendido bien. El profe me dijo: “no tengo tiempo” y se fue del salón” (E, 02).

I.1.4. IC relacionado a las normas de conducta de un estudiante que se traduce en un comportamiento disruptivo en la sala de clases. Este testimonio lo demuestra:

“Ese día estaba viviendo una situación de conflicto familiar compleja y tenía que rendir una prueba. La docente me entregó la evaluación, y de un momento a otro me hizo cambiar de asiento. Me molesté y boté la prueba al suelo. Inmediatamente, la profesora me llamó la atención (E, 09).

I.1.5. IC relacionado a métodos de enseñanza causado por la falta de explicación de la innovación metodológica con los estudiantes. Esta cita lo representa:

“Yo estaba en la práctica de pabellón y llegó el momento de instalar una sonda Foley. El procedimiento solo lo hice una vez en el taller práctico. La sonda se me resbaló y la docente me retó delante de todos” (E, 08).

Los participantes, no experimentaron IC debidos a la motivación ni a la claridad de las temáticas impartidas a sus estudiantes.

I.2. Asignaturas con IC

Del total de sucesos inesperados, se pesquisaron dos contingencias en asignaturas teóricas dictadas en 2° año, una en práctica de 3° año y 12 IC en asignaturas teórico-prácticas impartidas en 1° y 2° año. En este último grupo, se concentraron mayoritariamente en la asignatura Médico Quirúrgico en los laboratorios preclínicos y experiencias hospitalarias. Esta cita representa este hallazgo:

“[...] nunca me dieron a conocer la pauta de evaluación. Al finalizar la práctica de pabellón, el docente me dijo: “Usted está reprobado, simplemente no progresó” (E, 10).

I.3. Causas de un IC

Los estudiantes expresaron una serie de causales que originaron los eventos inesperados, distribuyéndose según su recurrencia en las siguientes subcategorías:

1.3.1. Causas asociadas al proceso de enseñanza-aprendizaje debido a la inexperiencia del docente y falta de herramientas pedagógicas. Este es un ejemplo:

“[...] entré al laboratorio y me correspondió realizar una curación de herida plana. Yo conocía a la profesora porque el año pasado egresó de esta carrera. Cuando finalicé me dijo: “tienes un dos”. Le pedí que me mostrara la pauta de evaluación y me entregó una rúbrica en blanco y me señaló: “hiciste todo mal, te puedes retirar” (E, 07).

1.3.2. Causas asociadas a las interrelaciones sociales, principalmente por maltrato que influye negativamente en la autoestima y aprendizaje del estudiante. Así lo evidencia este testimonio:

“Yo estaba controlando la temperatura a mi paciente y me dio 35°C. Se la tomé dos veces más y me dio igual, entonces lo anoté con lápiz rojo en la ficha. Después llegó la profe y al revisar el control, empieza a gritarme: “¿Cómo se le ocurre poner la temperatura en rojo! ¡miré a la señora como está de acalorada! ¡qué tiene en la cabeza! Yo quedé congelada” (E, 04).

II. Estrategias de afrontamiento ante IC determinados

II.1. Tipos de estrategias de solución frente a un IC

Los entrevistados resolvieron los IC con medidas de autoprotección que se distribuyeron según su recurrencia en las siguientes subcategorías:

II.1.1. Estrategia de negación utilizada por nueve estudiantes ante IC debidos a la evaluación, conflictos personales, organización del tiempo, normas de conducta y métodos de enseñanza. Esta cita la representa:

“Yo me quedé helada cuando la profe me gritó, no le dije nada, agaché el moño, aunque considero que no fue la forma correcta” (E, 04).

II.1.2. Estrategia de evasión empleada por seis discentes ante sucesos relativos a la evaluación y organización del tiempo. Este es un ejemplo:

“Hacia todo lo que me decía la profe y no la enfrentaba, nunca le dije que me sentí pasado a llevar durante toda la práctica” (E, 06).

Los participantes, no emplearon estrategias de afrontamiento reflexivas transitorias ni innovadoras en los eventos identificados.

II.2. Emociones surgidas durante un IC

La totalidad de los estudiantes indicaron no haber sentido afectos positivos ante los eventos críticos vivenciados. Al contrario, expresaron emociones negativas como la rabia, frustración, humillación, tristeza, inseguridad y decepción. Este relato evidencia lo descrito:

“Me sentí humillada e insegura que incluso me cuestioné si sirvo para esta profesión. Por un momento pensé que debía retirarme de la carrera” (E, 04).

II.3. Redes de apoyo post IC

Los participantes adoptaron diversas redes de apoyo una vez que finalizaron su vivencia ante un suceso inesperado. Según su frecuencia se distribuyeron en las siguientes subcategorías:

II.3.1. Red de apoyo intra-universitaria, preferentemente siete estudiantes canalizaron la situación con la autoridad de la Carrera. Esta cita presenta lo señalado:

“Yo creo que lo que más me ayudó a pasar este incidente fue el apoyo que tuve directamente de jefatura de carrera” (E, 01).

II.3.2. Ninguna red de apoyo fue la decisión que tomaron seis estudiantes entrevistados. Este es un ejemplo:

“Pienso que el docente no va a cambiar su forma de supervisar porque yo le cuente al jefe de carrera o a algún docente. No lo comenté con nadie” (E, 10).

II.3.3. Red de apoyo extra-universitaria fue seleccionada por dos discentes que consideraron necesario depositar esta confianza con sus cercanos. Esta cita la representa:

“Yo me desahogué con mi familia, fue como una suerte de terapia porque quedé muy marcado” (E, 06).

II.4. Aprendizaje post IC

Todos los participantes indicaron que, los eventos inesperados vividos fueron desagradables, incluso no lo habían analizado como tal hasta el momento de la entrevista. Sin embargo, aportaron a su crecimiento personal y profesional. Esta cita lo demuestra:

“Si yo viviera de nuevo esta situación, hablaría con la docente y le solicitaría que me dijera cuales fueron mis falencias. Soy humana, me puedo equivocar” (E, 07).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados principales de este trabajo revelan que, los estudiantes de Obstetricia y Puericultura han vivido más sucesos inesperados en el aula que en los campos asistenciales. Por el contrario, Díaz-Barriga et al. (9) indicaron que, más de la mitad del estudiantado universitario experimentó situaciones críticas en escenarios clínicos reales seguidos de las salas de clases de la propia institución. Pareciera ser que, la edad de los participantes es un factor que incide en la aparición de estos eventos que se relaciona con el perfil generacional de los jóvenes y su grado de inmadurez dado que, los IC fueron predominantes en las asignaturas teóricas-prácticas dictadas en los dos primeros años de la carrera. Por otro lado, sobresalieron como causas de estas contingencias durante el proceso formativo la falta de herramientas pedagógicas e inexperiencia de los docentes. No obstante, las interrelaciones sociales no dejan de ser preocupantes pues, tal como lo reportaron Kassebaum & Cutler (33), la intolerancia de los profesores hacia los estudiantes no es nuevo, existe una cultura del abuso en la formación salubrista que incluye menosprecio público y humillación.

Los incidentes con mayor recurrencia fueron los relacionados con la evaluación, hallazgo que concuerda con Monereo et al. (12). Esto reafirma que la valoración es un proceso complejo porque los estudiantes y los profesores poseen percepciones diferentes, se limita a la observación de errores y al no transparentar indicadores claros, se genera el problema (34). Por otra parte, los sucesos debidos a los conflictos personales, principalmente por maltrato del docente, ocuparon el segundo lugar, hallazgo que predominó en el estudio de Canelo & Liesa (13). Coincidimos con Vaello (35) al mencionar que, las confrontaciones presentes en los contextos educativos son ocasionadas por escasas competencias socioemocionales, ya sea por falta de respeto, desmotivación, insultos y falta de autocontrol de uno o ambos integrantes de la diada docente-estudiante. En tercer lugar, se pesquisaron los IC asociados a la organización del tiempo, normas de conducta y métodos de enseñanza cuya prevalencia es similar a Canelo & Liesa (13). Por último, no se identificaron sucesos debidos a la motivación y a la claridad de los temas impartidos a diferencia de Monereo et al. (12), quienes reconocieron estos eventos en menor frecuencia.

Si comparamos los resultados de este trabajo con el de Altamirano et al. (14), se puede señalar que, no concuerdan con los tipos de incidentes identificados por los docentes de Obstetricia y Puericultura pues, las contingencias que predominaron fueron las de normas de conductas (53% de un total de 45 IC). Los eventos debidos a la evaluación y conflictos personales obtuvieron una frecuencia porcentual de un 6% y 2% respectivamente. Esta discrepancia, se puede deber a múltiples factores como patrones de comportamiento, de interacción destructiva y desigualdad en el control o la propiedad (36). Sin embargo, el docente es el gestor del ambiente educativo, por ende, todo lo que haga tiene efecto en el clima socio-afectivo del entorno de aprendizaje.

Por otra parte, las estrategias de afrontamiento de negación y evasión fueron empleadas por los involucrados del estudio para auto-protegerse, de carácter conformista, en las que se niega o se huye del conflicto, sin establecer cambios en su identidad (37). Estos abordajes concuerdan con Díaz-Barriga et al. (9), los jóvenes anteponen la obtención de un apruebo de la materia por sobre la falta de calidad y negligencia en la enseñanza. Los estudiantes no son

indiferentes ante la inexperiencia del docente o a la falta de herramientas pedagógicas, pero, se sienten con pocas posibilidades de intervenir en su solución.

Lamentablemente, la falta de herramientas de manejo de IC hace que, se genere un sinnúmero de afectos negativos que acaben por traducirse en una respuesta negativa o equívoca (37). Frente a este tipo de situaciones, las redes de apoyo sociales son fundamentales, ya sea institucional como familiar (38). En este estudio, un 46% de los jóvenes accedieron a jefatura de carrera, no obstante, un 40% no buscó apoyo alguno. Estas actitudes se relacionan con los principales mecanismos de control y poder en la historia de la educación, nos referimos al miedo que se empodera por su estatus como estudiantes. Frente a esto, no se promueve el aprendizaje significativo y menos el fortalecimiento de la identidad tanto del estudiante como del docente. Luna de la Luz et al. (39) señalaron lo siguiente: “La relación que los estudiantes establecen con los profesores es clave para generar la experiencia del tipo de relaciones que establecerán con los pacientes y estudiantes a su cargo” (p.15). Sin duda que, es recomendable la creación de espacios y actividades de educación socioemocional para desarrollar habilidades que lleven a que los docentes y discentes hagan conciencia de sus pensamientos y acciones al enseñar y aprender en un contexto educativo (40).

Como limitación del estudio identificamos que, si bien el muestreo no probabilístico utilizado en esta investigación es un método accesible y conveniente (30), posee una menor representatividad de la población. En este sentido, es necesario aplicar otras técnicas cualitativas y cuantitativas que amplíen la mirada indagatoria en una muestra mayor de participantes.

Podemos concluir que, los estudiantes valoraron de manera positiva la experiencia de participar en este estudio, debido a que fue una oportunidad para comprender la utilidad de los incidentes críticos vividos. Desde luego que, afrontarán de manera distinta eventos semejantes a posteriori. Además, consideraron que, estas contingencias ayudan a establecer un diálogo interno de calidad que pone fin a los miedos y enseña a convivir en el mundo globalizado actual.

Por otra parte, este trabajo levanta los primeros sustentos teóricos-empíricos para futuras investigaciones en este grupo de interés, pues el análisis

de incidentes críticos es una estrategia reflexiva que permite generar nuevas configuraciones en la identidad del discente, es decir, promueve una transformación en su forma de pensar (conocimientos), actuar (habilidades) y sentir (emociones) sobre la enseñanza.

En virtud de este trabajo, desde el segundo semestre del 2021 se ofrece a nuestros estudiantes, un electivo de formación integral denominado “Los incidentes críticos en el proceso formativo de Obstetricia”, con el fin de entregar herramientas para el manejo de sucesos inesperados en contextos educativos y profesionales a futuro. Asimismo, a contar de diciembre del año pasado, se cuenta con la página web: http://821.cl/incidentes_criticos/ como recurso tecnológico que aporta a la formación universitaria de matronería en la macrozona norte de nuestro país.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a las autoridades de la unidad académica y a los estudiantes de tercero, cuarto y quinto año de la Carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Antofagasta matriculados en el primer semestre 2021 por su voluntad y participación en este trabajo.

REFERENCIAS

1. **Contreras C, Robles AM.** Análisis de incidentes críticos. Una propuesta reflexiva para las prácticas en la formación inicial docente. *Paideia* [Internet]. 2019 [Consultado 28 Ene 2022]; (63):41-67. Disponible en: <http://revistas.udec.cl/index.php/paideia/article/view/1168>

2. **Monereo- Font C.** The role of critical incidents in the dialogical construction of teacher identity. Analysis of a professional transition case. *Learn Cult Soc Interact.* 2019; 20:4-13. <https://doi.org/10.1016/j.lcsi.2017.10.002>

3. **Flanagan JC.** The critical incident technique. *Psychol Bull.* 1954;51(4):327-58. <https://doi.org/10.1037/h0061470>

4. **Cooper JB, Newbower RS, Long CD, McPeck B.** Preventable anesthesia mishaps: a study of human factors. *Anesthesiol.* 1978;49(6):399-406. DOI: 10.1097/00000542-197812000-00004

5. **Nail-Kröyer Ó, Gajardo J, Valdivia J, Norambuena D.** La experiencia en formación de competencias docentes en formación inicial para el mejoramiento de los climas de convivencia y prevención de la violencia escolar. En Torres, B, editor. *Educación, escuela y profesorado: Aportes desde el Consejo de Decanos de Facultades de Educación del Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas (CONFAUCE).* Concepción: Universidad de Concepción; 2019. p. 215-26.

6. **Bilbao-Villegas G, Monereo-Font C.** Identificación de incidentes críticos en maestros en ejercicio: propuestas para la formación permanente. *REDIE* [Internet]. 2011 [Consultado 28 Ene 2022]; 13(1):135-51. Disponible en: <https://redie.uabc.mx/redie/article/view/276>

7. **Monereo- Font C, Badía A, Bilbao G, Cerrato M, Weise C.** Ser un docente estratégico: cuando cambiar la estrategia no basta. *Cult y Educ.* 2009;21(3):237-56. <https://doi.org/10.1174/113564009789052343>

8. **Everly GS, Mitchell JT.** Critical incident stress management: a new era and standard of care in crisis intervention. 2nd ed. Ellicott City, MD: Chevron; 1999.

9. **Díaz-Barriga F, Pérez-Rendón M, Lara-Gutiérrez Y.** Para enseñar ética profesional no basta con una asignatura: Los estudiantes de Psicología reportan incidentes críticos en aulas y escenarios reales. *RIES* [Internet]. 2016 [Consultado 02 Feb 2022]; 6(8):42-58. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-28722016000100042&lng=es&nrm=iso&tlng=es

10. **Monereo-Font C.** Enseñando a enseñar en la Universidad. La formación del profesorado basada en incidentes críticos. Barcelona: Octaedro; 2014.

11. **Aguayo-González M, Castelló-Badía M, Monereo-Font C.** Incidentes críticos en los docentes de enfermería: descubriendo una nueva identidad. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(2):219-27. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680206i>

12. **Monereo-Font C, Monte M, Andreucci P.** La gestión de incidentes críticos en la Universidad: en la universidad. Madrid: Narcea; 2015.

13. **Canelo J, Liesa E.** Els incidents crítics a les aules de Pràcticum universitari. Àmbits de Psicopedagogia i Orientació [Internet]. 2020 [Consultado 28 Ene 2022]; (52):43-56. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/AmbitsAAF/article/view/368424>

14. **Altamirano-Droguett J, Nail-Kröyer Ó, Monereo-Font C.** Incidentes críticos y su aporte a la identidad profesional de la matrona docente en Chile. *Inv Ed Méd.* 2020;9(35):38-48. <https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2020.35.19213>

15. **Jaramillo D, Yañez R.** Impacto emocional de estudiantes de pedagogía ante eventos de maltrato en la práctica profesional. *Liberabit.* 2015; 21(2):245-52.

16. **Martín M, Jiménez M, Fernández-Abascal E.** Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento (E3A). *REME.* 2000;3(4):1-4.

17. **Lazarus RS, Folkman S.** Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.

18. **Monereo-Font C.** La formación del profesorado: una pauta para el análisis e intervención a través de incidentes críticos. *Rev de Investig Educ* 2010;52(1):149-78.

19. **Moreno-Pinado W, Velázquez M.** Estrategia Didáctica para Desarrollar el Pensamiento Crítico. *REICE.* 2017;15(2):53-73. <https://doi.org/10.15366/reice2017.15.2.003>

20. **Nail-Kröyer O, Valdivia J, Rojas D, Monereo-Font C.** Las emociones surgidas ante un incidente crítico en el ámbito del liderazgo eficaz: estudio comparativo entre directivos noveles y expertos. *Calidad en la Educación.* 2019;(51):281-314. <http://dx.doi.org/10.31619/caledu.n51.645>

21. **Badía A.** Emociones y sentimientos del profesorado en la enseñanza y la formación docente. En Monereo-Font C, coord. Enseñando a enseñar en la universidad. Barcelona: Octaedro; 2014.p. 62-90.

22. **Meijer PC, De Graaf G, Meirink J.** Key experiences in student teachers' development. *Tech Teach: Theory Pract.* 2011;17(1):115-29. <https://doi.org/10.1080/13540602.2011.538502>

23. **Gutiérrez-García AG, Landeros-Velázquez MG.** Autoeficacia académica y ansiedad, como incidente crítico, en mujeres y hombres universitarios. *Rev costarric psicol.* 2018;37(1):1-25. <http://dx.doi.org/10.22544/rcps.v37i01.01>

24. **Saariha E, Toom A, Soini T, Pietarinen J, Pyhältö K.** Student teachers' and pupils' co-regulated learning behaviours in authentic classroom situations in teaching practicums. *Teach Teach Educ.* 2019;85:92-104. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2019.06.003>

25. **Ahonen E, Pyhältö K, Pietarinen J, Soini T.** Student Teachers' Key Learning Experiences-Mapping the Steps for Becoming a Professional Teacher. *Int J High Educ.* 2015;4(1):151-65. <https://doi.org/10.5430/ijhe.v4n1p151>

26. **Girela F, Rivera E, Triqueros C.** Gestión de Aula del alumnado universitario en una propuesta de Aprendizaje Servicio en Educación Física en Comunidades de Aprendizaje. *Retos.* 2021;(39): 224-30.

27. **Fernández-González J, Marrero-Galván J.** La estrategia del análisis teórico de la práctica de profesores de Secundaria en formación: los incidentes críticos. *REurEDC* [Internet]. 2013 [Consultado 02 Feb 2022]; 10:694-708. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92028937014>

28. **Panadero E, Monereo-Font C.** Using shared reports to explore the nature and resolution of Critical Incidents between higher education teachers and students. *EJREP.* 2014;12(1): 241-62. <https://doi.org/10.14204/ejrep.32.13121>

29. **Strauss A, Corbin J.** Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2016.

30. **Denzin NK, Lincoln YS.** El arte y la práctica de la interpretación, la evaluación y la presentación: Manual de investigación cualitativa. Vol. 5. Barcelona: Gedisa; 2017.

- 31. Noreña A, Cibanal L.** La Técnica del Incidente Crítico y sus implicaciones en el desarrollo de la investigación en enfermería. *Index Enferm.* 2008;17(1): 48-52.
- 32. Hernández R, Mendoza C.** Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Ciudad de México: McGraw Hill; 2018.
- 33. Kassebaum DG, Cutler ER.** On the culture of student abuse in medical school. *Acad Med.* 1998;73(11):1149-58. <https://doi.org/10.1097/00001888-199811000-00011>
- 34. Espinoza E.** Importancia de la retroalimentación formativa en el proceso de enseñanza-aprendizaje. *RUS [Internet].* 2021 [Consultado 02 Feb 2022]; 13(4):389-97. Disponible en: <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/2178>
- 35. Vaello J.** Cómo dar clase a los que no quieren. Barcelona: Graó; 2011.
- 36. Moore C.** El proceso de mediación. Métodos prácticos para la resolución de conflictos. Argentina: Granica; 2010.
- 37. Álvarez P, Monereo-Font C.** Aprender a gestionar los conflictos e incidentes sin miedo, base para la convivencia educativa. En Nail-Kröyer, Monereo-Font C, editores. *Gestión y liderazgo en el ámbito de la convivencia escolar.* Santiago: RIL editores; 2018. p. 71-97.
- 38. Sánchez G, Jara X.** Habilidades profesionales asociadas a la docencia. Fijando posiciones de profesores en formación. *Sophia Austral.* 2018;(22):247-69. <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-56052018000200247>
- 39. Luna de la Luz V, Varela M, Fortoul T.** Conflictos entre profesores y estudiantes al iniciar la formación médica: un estudio con incidentes críticos. *Inv educ med.* 2019;8(31):9-17. <https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2019.31.18107>
- 40. Cabanillas-Tello MN, Rivadeneyra-Pérez R, Palacios-Alva CY, Hernández-Fernández B.** Habilidades socioemocionales en las Instituciones Educativas. *SciComm Report.* 2021; 1(1): 1-17. <https://doi.org/10.32457/scr.v1i1.609>

Repercusión de la obesidad en la vida sexual de mujeres adultas en américa 2010-2021.

Impact of obesity on the sexual life of adult women in the americas 2010-2021

María Martínez-Flores¹, Camila Navia-Aravena¹, Claudia Quiñones-Hidalgo¹,
Vania Salas-Martínez¹, Javiera Salinas-Valdés¹, Leslie Silva-López¹,
Maricela Pino-Álvarez²

¹Escuela de Obstetricia, sede Santiago, Universidad San Sebastián. Facultad de Ciencias para el cuidado de la Salud.
Lota 2465, Providencia, Chile.

²Matrona, Escuela de Obstetricia, sede Santiago, Universidad San Sebastián.
Facultad de Ciencias para el cuidado de la Salud.
Lota 2465, Providencia, Chile

RECIBIDO: 08 de Abril de 2022 
APROBADO: 28 de Septiembre de 2022

DOI: 10.22370/revmat.1.2022.3202

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES | ARTÍCULO DERIBADO DE UN TRABAJO DE TESIS

Palabras claves: *Obesidad, Salud Sexual, Femenina.*
Key words: *Obesity, Sexual Health, Women.*

RESUMEN

Objetivo: Conocer la repercusión de la obesidad en la vida sexual de mujeres adultas de América entre los años 2010 y 2021.

Metodología: Revisión bibliográfica tipo narrativa. Se realizó una búsqueda de artículos en las bases de datos EBSCO, Lilacs, Science Direct, Scielo, Web of Science y Pubmed con los siguientes términos de búsqueda Decs: "Obesidad", "Salud Sexual", "Femenina", "Patología", "Desarrollo Psicosexual" y los términos Mesh: "Disfunción sexual", "Psicológica", "Mujeres" y "Conducta sexual" y sus equivalentes en inglés.

Resultados: Entre un 10% y un 60% de mujeres obesas presentan disfunciones sexuales, principalmente falta de deseo, excitación y dificultad para alcanzar el orgasmo, desencadenando inactividad e insatisfacción sexual. Existe una relación entre la obesidad y la insatisfacción con la imagen corporal y la baja autoestima, lo que ocasiona

cuadros como depresión, angustia, estrés, ansiedad por el desempeño sexual y pensamientos negativos. La autoimagen negativa también se relaciona con la poca participación que tienen en los encuentros sexuales, lo que les provoca una desconexión con su cuerpo que no les permite reconocer sus necesidades emocionales ni sexuales.

Conclusión: La vida sexual de las mujeres obesas es un reto a investigar, ya que sus problemas involucran la dimensión biopsicosocial cuyo abordaje debe ser multidisciplinario

ABSTRACT

Objective of this study is to publicize the impact of obesity on the sex life of adult women in the Americas between 2010-2021.

Methodology: Bibliographic review, an article search was performed in the following databases: EBSCO, Lilacs, Science Direct, Scielo, Web of Scien-

ce and Pubmed with search terms Decs: Obesity, Sexual health, Female, Pathology, Psychosexual Development, and the next terms "Mesh": Sexual dysfunction, Psychological, Women and Sexual behavior.

Results: Between 10% and 60% of obese women have sexual dysfunctions, the main ones are lack of desire, excitement and difficulty reaching orgasm, triggering inactivity and sexual dissatisfaction. There is also a relationship between obesity, dissatisfaction with body image and low self-esteem; as a result, pictures such as depression, anguish, stress, anxiety about sexual performance are triggered, which causes negative thoughts. Negative self-image is also related to the little participation they have in sexual encounters, causing a disconnection with their body which does not allow them to recognize their emotional or sexual needs.

Conclusion: The sex life of obese women provides a challenge to investigate, since it involves the entire biopsychosocial dimension of the human being is involved. It is important that the approach of these users is multidisciplinary

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial y multicausal que se presenta con una acumulación anormal o excesiva de grasa, la cual conlleva a un mayor riesgo de morbimortalidad. Según datos de la OMS (2020), la prevalencia de la obesidad nivel global se ha triplicado entre los años 1975 y 2016, transformándose en un importante problema de salud. Hasta el año 2016, el 39% de las personas adultas mayores de 18 años padecía sobrepeso y 650 millones eran obesas, representando al 13% de la población mundial mayor de 18 años (1).

En América son varios los países que presentan cifras elevadas de obesidad. Ejemplos: en Chile, la prevalencia de esta patología es de un 31,4% en personas mayores de 15 años (2). En Brasil, en tanto, se reporta que 41,2 millones de habitantes -es decir, un 25,9% de las personas mayores de 18 años- se consideran obesos, afectando al 29,5% de las mujeres o 25 millones de ellas aproximadamente (3). Mientras, en Estados Unidos, entre los años 2015 y 2016 había 93,3 millones de adultos con obesidad, un 39,8% de

la población (4). En síntesis, la obesidad es un problema creciente y cada vez más frecuente en la mujer, en casi todos los grupos de edad (5).

Esta patología es un proceso crónico progresivo que puede desencadenar afectaciones en el bienestar físico, psicológico y social. En la dimensión física, puede aumentar el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, desórdenes metabólicos, diabetes mellitus, artrosis y otras complicaciones ortopédicas, ciertos tipos de cáncer (colon, mama y próstata), y aumento en el riesgo de muerte prematura (6, 7). Mientras que, en la dimensión psicosocial, donde se incluye la autopercepción de la imagen corporal, puede estar afectada negativamente, observándose menores niveles de bienestar relacionado con la salud y calidad de vida, incluyendo el ámbito sexual (8).

La sexualidad se encuentra en estrecha relación con el estado de salud y con la calidad de vida de las personas. Existen diversos problemas médicos que tienen gran impacto en la salud sexual, así como, también, algunos procesos psicológicos poseen un rol determinante sobre el funcionamiento sexual y en el desarrollo de diferentes disfunciones sexuales. Por tanto, no es de extrañar que la vida sexual de las personas con obesidad se vea alterada de forma significativa (9).

Algunos reportes señalan que las personas obesas podrían desarrollar inseguridades y/o alteraciones en alguna de las fases del ciclo sexual, impidiendo un correcto desarrollo de la relación sexual y desencadenando una disfunción sexual (DS) (10), las cuales son definidas como alteraciones en una o varias etapas de la respuesta sexual (11) que se prolongan durante un determinado tiempo (10).

En este contexto, la disfunción sexual femenina (DSF) es la incapacidad de disfrutar el acto sexual plenamente, pudiendo estar afectadas cualquiera de sus fases y se presentan en un 22% a 43% de la población mundial (12).

La obesidad es un problema creciente en el mundo y en las mujeres, que implica múltiples consecuencias tanto biológicas como psicosociales que podrían influir significativamente en su confianza en el momento de relacionarse tanto física como emocionalmente. Hasta fechas recientes existen escasos estudios de las repercusiones de la obesidad sobre la salud sexual, ya que la mayor parte de los reportes tratan de las patologías asociadas, su prevención y

tratamiento (9). Por lo anterior, se plantea la siguiente pregunta: ¿Cómo afecta la obesidad a la salud sexual de las mujeres adultas en América entre 2010 y 2021?

Para dar con la respuesta se consideraron los siguientes objetivos de investigación: describir los efectos de la obesidad en la respuesta sexual humana de mujeres americanas, determinar las consecuencias psicológicas de la obesidad y su impacto sobre el funcionamiento sexual, así como, además, el rol de la imagen corporal en el comportamiento sexual de estas mujeres.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica de tipo narrativa en las siguientes bases de datos: SCIELO, PUBMED, LILACS, WEB OF SCIENCE, EBSCO, SCIENCE-DIRECT.

Los descriptores utilizados del tesoro DeCs para la búsqueda bibliográfica son los siguientes: “Obesidad”, “Salud Sexual”, “Femenina”, “Patología”, “Desarrollo Psicosexual”, y también en inglés: “Obesity”, “Sexual health”, “Female”, “Pathology”, “Psychosexual Development”. También se utilizaron los siguientes descriptores MESH: “Disfunción sexual”, “Psicológica”, “Mujeres” y “Conducta sexual”, siendo su búsqueda en inglés como: “Sexual dysfunction”, “Psychological”, “Women” y “Sexual behavior”. El operador booleano utilizado para obtener resultados aún más específicos fue “AND”, combinados con las palabras claves ya descritas.

Para acotar la búsqueda y generar resultados más específicos, se utilizaron tres filtros importantes, de esta forma se descartó material no útil para la investigación.

1. Tiempo: Artículos publicados entre los años 2010 y 2021.
2. Idioma: Artículos en inglés, español y portugués.
3. Tipo: Artículos originales y revisiones bibliográficas.

Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos donde la muestra de estudio consideró a mujeres obesas de Latinoamérica.
- Artículos relacionados con las consecuencias de la obesidad en la sexualidad femenina.
- Artículos relacionados con las disfunciones sexuales producidas por la obesidad en las mujeres.

Un total de 21.632 artículos fueron inicialmente seleccionados, de los cuales 20.195 fueron excluidos al aplicar los filtros y también según los criterios de inclusión. Al revisar los títulos, resumen y duplicados se excluyeron otros 1.422 artículos por no responder la pregunta de investigación, quedando finalmente seleccionados un total de 14 artículos de los cuales que permitieron responder los objetivos planteados. Figura 1.

RESULTADOS

1. Efectos de la obesidad en la respuesta sexual humana de mujeres americanas

La tabla número 1 agrupa ocho artículos seleccionados para identificar los efectos de la obesidad en la respuesta sexual humana de mujeres americanas. En estos se observa que un número importante de los artículos señala que las mujeres obesas presentan disfunciones sexuales. Las cifras varían entre un 10% y un 60% (13-17), encontrándose una relación entre el nivel de adiposidad de las personas y las cifras de disfunciones sexuales (16, 18).

Respecto de las dificultades sexuales reportadas, las principales son la falta de deseo, dificultades en la fase de excitación medida a través de la lubricación vaginal y alteraciones del orgasmo, las cuales están asociadas con la inactividad sexual y la insatisfacción con la vida sexual (13-20). Estas variables se evaluaron mayoritariamente a través de encuestas autoaplicadas donde se midió el Índice de disfunción sexual femenina (FSFI).

Se observó que en mujeres con peso normal y en mujeres obesas que decidieron someterse a cirugía bariátrica o manejo médico para bajar de peso, aumentó el deseo y la satisfacción sexual. No obstante, este aumento de la satisfacción no fue coincidente con el parámetro de función sexual medido a través de los orgasmos y el nivel de lubricación, los cua-

les se vieron disminuidos en el reporte de Greco y colaboradores, quienes mencionan que las personas pueden demostrarse satisfechas sexualmente a pesar de tener una baja función sexual (14, 18, 20).

En algunos artículos se destaca que en mujeres obesas con comorbilidades existe una asociación con las disfunciones sexuales, mediada por un mecanismo fisiopatológico que ocasiona una disminución del flujo sanguíneo pelviano con déficit en la función de los órganos genitourinarios, lo que provoca dispareunia y desorden en el orgasmo. Por otra parte, la obesidad causa un daño vascular y, en consecuencia, trastornos en la respuesta sexual femenina, específicamente una baja circulación en la zona genital que genera incapacidad para excitarse y tener relaciones coitales (13, 19).

2. Consecuencias psicológicas de la obesidad y su impacto en la función sexual en mujeres obesas adultas en América.

En la tabla 1 se agruparon cinco artículos que determinan las consecuencias psicológicas de la obesidad y su impacto en la función sexual.

Dos artículos mencionan que las disfunciones sexuales observadas en este grupo de mujeres están fuertemente asociadas a las consecuencias psicológicas de la obesidad que repercuten en la función sexual.

Entre las consecuencias psicológicas de la obesidad destacan la depresión, angustia, estrés, la ansiedad generalizada y la ansiedad específica por el desempeño sexual, lo que ocasiona pensamientos negativos, sumado a la discriminación, estigmatización y burla social, genera el círculo vicioso de deterioro de la autoimagen corporal y disminución de la autoestima, que lleva a estas personas a tener relaciones personales dificultosas, mal desempeño en su diario vivir, sobre todo en el ámbito sexual (20, 21).

Un aspecto relevante para considerar es la relación entre el factor psicológico mencionado y la obesidad, ya que las mujeres obesas sometidas a cirugía bariátrica logran una disminución del peso. Sin embargo, no se producen cambios significativos en los síntomas depresivos posterior a la pérdida de peso. Se encontró, de manera similar, que la pérdida de peso por sí sola no es suficiente para aumentar el deseo sexual, por lo que es probable que la depresión

y la imagen corporal pueden haber atenuado cualquier mejora relacionada con el deseo y la excitación sexual. En algunos estudios se observó la existencia de una relación entre la obesidad, la insatisfacción con la imagen corporal y una menor autoestima (22-23).

3. Rol de la imagen corporal en el comportamiento sexual de mujeres obesas.

La tabla 1 agrupa los cinco artículos seleccionados para identificar el rol de la imagen corporal en el comportamiento sexual en mujeres con obesidad.

Según Costa et al. (17), el comportamiento sexual de las mujeres obesas está influido por dos aspectos relevantes: la imagen corporal y su relación afectivo-amorosa.

En general, se menciona que las mujeres con autoimagen negativa presentan conductas de evitación sexual, menor frecuencia de los encuentros sexuales y escasa participación en éstos. Se menciona la existencia de una desconexión con su cuerpo lo que no les permite reconocer sus necesidades emocionales ni sexuales. Por otra parte, esta desconexión y baja autoestima ocasiona que las mujeres no disfruten tocándose a sí mismas en las prácticas masturbatorias ni tampoco se miren a sí mismas, sino que imaginen su cuerpo con vientre plano y delgado. En mujeres obesas con autoimagen positiva, donde existe una influencia cultural y de la propia actitud positiva, provoca comportamientos sexuales donde las mujeres se sienten capaces de tener un encuentro sexual y de sentirse atractivas.

En cuanto a la relación afectivo-amorosa con las parejas sexuales, es relevante ya les puede ayudar a sentir seguridad sobre sí mismas o, por el contrario, sentirse inseguras. Los testimonios de los artículos señalan que las mujeres aceptan sus cuerpos porque sus parejas los aceptan, incluso creyendo ellas mismas que solo lo hacían por amor y no realmente porque les produjera a ellos satisfacción o deseo sexual. También expresaban que, si en algún momento esa relación se acabase, sus problemas e inseguridades con relación a su autoimagen volverían (13, 17, 21, 25, 26).

DISCUSIÓN

Al realizar la búsqueda bibliográfica para describir los efectos de la obesidad en la respuesta sexual se observó que existen dos dimensiones afectadas: el funcionamiento y la satisfacción sexual (13). Ambos son conceptos diferentes, ya que, según Kaplan (27), la función sexual está relacionada con los cambios fisiológicos en la respuesta sexual (11), mientras que la satisfacción sexual contempla la apreciación global que tiene la persona en cuanto a la calidad de su vida, que está muy condicionada por factores como la autoestima y el autoconcepto que esta persona tenga de sí misma (28).

Respecto de la función sexual, en la revisión de la literatura se observó que la obesidad afecta directamente el deseo, el orgasmo y ocasiona dolor en el acto sexual. Similares resultados se han descrito en otras publicaciones (9, 29).

Estos hallazgos podrían ser el resultado de alteraciones en los niveles hormonales de andrógenos circulantes, ya que en mujeres obesas los niveles de las globulinas transportadoras de andrógenos (SHBG) están reducidos, lo que ocasiona hiperandrogenismo (13, 24). Por otra parte, la disfunción endotelial resultante del exceso de mediadores proinflamatorios observados en la obesidad y el síndrome metabólico ocasionan un pobre riego sanguíneo a los órganos pélvicos, por lo que existirían alteraciones en las fases de la respuesta sexual que requieren de una irrigación sanguínea adecuada para producir los cambios fisiológicos necesarios (19).

Se observa que existe una relación directa entre las comorbilidades y la función sexual, siendo la obesidad uno de los factores que afectan principalmente la sexualidad en las mujeres. Estos resultados son similares a los observados en otras investigaciones, donde las comorbilidades y las alteraciones hormonales asociadas a la obesidad afectan la vida sexual de estas personas (19, 30, 31).

En mujeres con un excesivo peso que presentan afecciones cardiovasculares, hipertensión arterial y diabetes es muy probable que evidencien alteraciones en una o varias de las fases de la respuesta sexual. Incluso, podrían llegar a evitar el encuentro sexual por no sentirse cómodas con su cuerpo o incluso por la deficiencia respiratoria, la baja movilidad corporal o, en ocasiones más extremas, la inca-

pacidad de moverse por problemas reumatológicos asociados directamente al incremento excesivo de peso (32).

En cuanto a la segunda dimensión afectada, la satisfacción sexual, ésta se encuentra influida por elementos como la autoestima. La obesidad es un factor que disminuye la autoestima en las mujeres estudiadas, por lo que muchas deciden someterse a cirugías o tratamientos médicos para bajar de peso.

En un estudio que se realizó a 52 mujeres en Estados Unidos, antes de la cirugía, el 26% de éstas presentaron nulo deseo sexual y una baja función sexual. Una vez disminuido su peso, los resultados fueron controversiales ya que algunas mujeres pueden presentar mejoras en su deseo sexual, pero su índice de función sexual femenina sigue bajo, sobre todo en la lubricación y el orgasmo (20). Es interesante este punto, ya que se observa que post tratamiento estas mujeres mejoraron su nivel de satisfacción sexual lo que está relacionado con la mejora de su autoestima, reafirmando el importante rol que cumple esta dimensión (33).

Al analizar las fases de la respuesta sexual más afectadas, en la mayoría de los artículos se menciona el deseo, lo que es coincidente con la literatura (9-12). Es importante destacar que cuando hablamos del deseo sexual, estamos frente al entramado teórico más complejo, ya que factores psicoemocionales y socioculturales juegan un papel mucho más preponderante que en las otras fases. El deseo no es meramente una reacción biológica, sino que es una respuesta desde la globalidad de nuestra psique, por lo que en ésta involucramos toda nuestra identidad humana (34). Esto nos permitiría comprender por qué pese a no existir una mejoría en la función sexual de las mujeres anteriormente obesas que alcanzaron un peso normal sí existe una percepción de mejoría en la satisfacción y el deseo sexual.

Giles (35) afirma que el deseo sexual es un término socialmente construido que existe y toma su forma debido a la cultura y la historia. Como se mencionó, la experiencia femenina de deseo sexual está mediada por múltiples factores; en estos casos las mujeres construyen su propia definición de lo que es el deseo sexual normal, con base en su cultura, antecedentes y experiencias sexuales (36), lo que es coincidente con los resultados obtenidos en la presente revisión, que evidencia la influencia positiva de la cultura en

cuanto a la actitud que tienen estas mujeres frente a su cuerpo y, por el contrario, la influencia negativa en la cultura occidental de los estereotipos de belleza predominantes, los cuales están contruidos con mujeres delgadas.

Otro elemento relevante señalado en los estudios son las experiencias sexuales negativas anteriores que dejan inseguridades marcadas para futuras experiencias y que pueden influir en la satisfacción y el deseo (37).

En diversos artículos se evidencia una relación entre la obesidad, la insatisfacción con la imagen corporal y una menor autoestima. La imagen corporal se convierte en un elemento predictor de la vida sexual y la autoestima un elemento clave para comprender la calidad de vida relacionada con el peso (24). Siguiendo esta línea, como cita Espitia de la Hoz (38) “la obesidad no tiene una relación significativa con la presencia de disfunciones sexuales, no obstante, las mujeres obesas expresan un estado de ánimo más depresivo que sus contrapartes de peso normal de la misma edad, lo cual podría convertirse en un factor de deterioro de su función sexual”. De este modo, se pudo concluir que “aun cuando la obesidad no parece ser un factor importante en la presencia de disfunciones sexuales, sí afecta varios aspectos de la sexualidad”.

Hay un gran porcentaje de mujeres con obesidad que presentan problemas psicológicos, esto debido a que “sentimientos o percepciones sobre el propio cuerpo que están influenciados por puntos de vista socioculturales e intrapersonales, pueden afectar tanto las experiencias sexuales como la satisfacción con esas experiencias” (25).

Otras investigaciones ahondan en este punto, observando que las personas obesas tienen una imagen pobre de sí mismas, se sienten poco atractivas e incluso presentan síntomas de depresión. En muchos casos, las mujeres obesas con problemas psicológicos advierten una falta de satisfacción sexual derivada de la poca comunicación que tienen con su pareja, el temor al fracaso y la vergüenza (38, 39). En la investigación de Kinzl y colaboradores, se postula que es un tema multifactorial, ya que “muchos de los problemas sexuales son el resultado de una falta subyacente de autoestima, relaciones insatisfactorias o estigmatización colectiva de las personas obesas” (40).

Como se analizó en los artículos, tanto la autoimagen como la autoestima son factores importantes en la relación sexual, aunque el concepto de autoimagen no es una disfunción sexual como tal, sino que es relevante porque se encuentran relacionados directamente con el comportamiento sexual de las mujeres, lo que quiere decir que, si su autoimagen es negativa, su comportamiento sexual se verá afectado negativamente o viceversa.

Las relaciones sexuales de las personas obesas se dificultan por vía indirecta: baja autoestima, rechazo a su propio cuerpo y al compañero, sentimientos de desvalorización (41).

En mujeres con autoimagen y autoestima negativa se observa que presentan deseo sexual hipoactivo con disminución y ausencia de fantasías y deseos de tener actividad sexual de manera recurrente, lo que coincide con lo señalado por Sánchez & Corres quienes postulan que este hecho se encuentra condicionado por factores psicológicos y relacionales (42), como también al hecho de que las personas con obesidad suelen tener altos niveles de estrés, uno de los principales inhibidores del deseo. Adicionalmente, los problemas en la excitación y evitación sexual afectan al encuentro sexual, ocasionando una menor frecuencia, disminución de placer, satisfacción sexual y orgasmo. Coincidentemente con este punto Morín el 2008 observó que en mujeres obesas existe menor repertorio erótico durante los encuentros sexuales, esto podría ser consecuencia de la obesidad y de las limitaciones que ello implica, por lo que tienen que buscar posiciones que no impliquen maniobras corporales complicadas y que puedan realizar con mayor facilidad (41).

Es interesante destacar que la salud sexual es abordada a menudo considerando la presencia o ausencia de disfunción sexual. Sin embargo, la OMS ha alentado a los profesionales de la salud e investigadores a definir la salud sexual de manera más amplia para incluir el bienestar sexual (43). Para hacer esto, se debe examinar el estado de los factores biológicos, psicológicos e interpersonales relacionados con la sexualidad y las experiencias sexuales. Habitualmente el abordaje terapéutico de la obesidad se centra solo en la pérdida de peso y deja de lado los factores emocionales nombrados anteriormente, por lo que la efectividad del tratamiento requiere de un abordaje integrador que intervenga en los aspectos psicológicos, relacionales y sociales de forma pa-

ralela de la mujer obesa, trabajando principalmente con la aceptación de su autoimagen, lo que tendría una mejoría de su autoestima. Esto se da junto con habilidades de seducción, descubrir su cuerpo y recursos para tener un encuentro sexual positivo (44).

En este contexto, los profesionales de la matronería son los principales acompañantes de las mujeres a lo largo del curso de la vida en temáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Por ello, es un desafío que se generen más investigaciones visibilizando el tema, lo que permitirá mejorar el abordaje de las problemáticas sexuales de las mujeres obesas, brindando de esta manera una adecuada consejería y educación sexual que contribuya a mejorar su calidad de vida.

CONCLUSIONES

- En las mujeres obesas existen disfunciones sexuales, generalmente asociadas a comorbilidades como diabetes, hipertensión y enfermedades coronarias, entre otras.
- Existen dos ámbitos de la calidad de vida sexual que se encuentran afectadas: la función y la satisfacción sexual. El parámetro más afectado en la función sexual es el deseo.
- Las disfunciones sexuales observadas en este grupo de mujeres están fuertemente asociadas a las consecuencias psicológicas de la obesidad, las cuales repercuten en la función sexual y la satisfacción.
- Las conductas sexuales están influidas por la autoimagen y la autoestima, que condicionan y predicen la salud sexual de estas mujeres.
- El abordaje de la salud sexual de las mujeres obesas debiera incluir una mirada desde la perspectiva biopsicosocial que considere los factores que influyen en ella. Esto se puede lograr con un trabajo interdisciplinario entre diferentes áreas profesionales, donde se puedan abordar los factores influyentes como la autoimagen, la autoestima, la ansiedad, la depresión y las comorbilidades asociadas.
- El rol de la Matronería es fundamental para el abordaje de la sexualidad de estas mujeres, el cual debe considerar todos los elementos que influyen en ella

REFERENCIAS

1. **World Health Organization.** Obesidad y sobrepeso [Internet]. Who.int. [citado el 27 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. **Ministerio de Salud Chile.** Estrategia nacional de salud para los objetivos sanitarios al 2030 [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 1]. Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2022-MINSAL-V8.pdf>
3. **Agencia IBGE.** Um em cada quatro adultos do país estava obeso em 2019; Atenção Primária foi bem avaliada [Internet]. Agência de Notícias - IBGE. 2020 [citado el 27 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29204-um-em-cada-quatro-adultos-do-pais-estava-obeso-em-2019>
4. **Centers for Disease Control and Prevention.** QuickStats: Number of Youths Aged 2-19 Years and Adults Aged ≥20 Years with Obesity or Severe Obesity - National Health and Nutrition Examination Survey, 2015-2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2018;67:966. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6734a7>
5. **Pavón de Paz, I., Alameda Hernando, C., & Olivar Roldán, J.** Obesidad y menopausia. Nutrición Hospitalaria.nov/dic, 2006; 21(6). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000900001
6. **Aguilera C, Labbé T, Busquets J, Venegas P, Neira C, Valenzuela Á.** Obesidad: ¿Factor de riesgo o enfermedad? Rev Med Chil [Internet]. 2019;147(4):470-4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872019000400470>
7. **Álvarez Castaño, L. S., Goetz Rueda, J. D., & Carreño-Aguirre, C.** Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza. [Internet]. 2021, Abril; 3-4. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v11n23/v11n23a06.pdf>

8. **Lobato, M. L.** Bariatric surgery: impact on sexuality of the obese person. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 2014; 41(6), 412 - 420. Scielo. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0100-69912014006006>
9. **Pomares - Callejón, M., Ferrer - Márquez, M., & Solvas - Salmerón, M.** Changes in the sexual health of obese patients after bariatric surgery. *Medigraphic*, 11 de abril del 2018. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2018/cc183h.pdf>
10. **Walton, B., & Thorton, T.** Female sexual dysfunction. *Europe PMC*, 31 de Julio del 2003. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/12844457>
11. **Rathus, S., Nevid, J., & Fichner-Rathus, L.** *Sexualidad humana*. Sexta ed. España: Pearson Education; 2005.
12. **Miranda Baquedano VM, Lara Lara MV.** Disfunción sexual de la mujer en edad reproductiva. *Rev Cient Univ las Cienc Salud* [Internet]. 2019;4(1):22-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5377/rceucs.v4i1.7065>
13. **Sarwer, D. B., Hanson, A. J., Voeller, J., & Steffen, K.** Obesity and Sexual Functioning. *Current Obesity Reports*, 2018; 7(4), 301-307. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13679-018-0319-6>
14. **Menezes M d., Herbella FAM, Valezi AC.** Influence of gastric bypass on female sexual function of obese women - a prospective study. *Gastroenterology* [Internet]. 2020;158(6):S-1524-S-1525. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0016-5085\(20\)34490-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0016-5085(20)34490-5)
15. **Bustos B. G, Pérez R V.** Relación entre factores psicosociales y el Índice de Función Sexual Femenina en población rural de la comuna de Teno, Región del Maule. *Perinatol Reprod Hum* [Internet]. 2018;32(1):9-18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rprh.2018.03.014>
16. **Akers AY, Harding J.** The timing of obesity matters: Associations between current versus chronic obesity since adolescence and romantic relationship satisfaction among young adult women. *Womens Health Issues* [Internet]. 2021;31(5):462-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2021.05.001>
17. **Costa, R. F. D., Machado, S. D. C., & Cordás, T. A.** Imagem corporal e comportamento sexual de mulheres obesas com e sem transtorno da compulsão alimentar periódica. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)* [Internet]. 2010; 37(1), 27-31. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/s0101-60832010000100006>
18. **Sacomori, C., Cardoso, F., Souza, A., Porto, I., & Cardoso, A.** Relação entre Características Antropométricas e Função Sexual Feminina. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 2013-, 21(2), 116-122. Disponible en: <https://doi.org/10.18511/0103-1716/rbcm.v21n2p116-122>
19. **Towe, M., La, J., el - Khatib, F., Roberts, N., Yafi, F., & Rubin, R.** Diet and female sexual health. *Sexual Medicine Reviews*, 2019; 8: 256-264. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.08.004>
20. **Greco, A., Zentner, A., & Brotto, L.** Comparison of medical management versus bariatric surgery for obesity management: effects no sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26 de Junio 2021. Disponible en: <https://med-fom-brotto.sites.olt.ubc.ca/files/2021/09/Greco-et-al.-JSMT-2021-Comparison-of-Medical-Management-versus-Bariatric-Surgery-for-Obesity-Management-Effects-on-Sexual-Function.pdf>
21. **Rowland, D. L., McNabney, S. M., & Mann, A. R.** Sexual Function, Obesity, and Weight Loss in Men and Women. *Sexual Medicine Reviews*, 2017 5(3), 323-338. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.03.006>
22. **Faubion, S., Fairbanks, F., Kuhle, C., et al.** Association Between Body Mass Index and Female Sexual Dysfunction: A Cross-sectional Study from the Data Registry on Experiences of Aging, Menopause, and Sexuality. *The Journal of Sexual Medicine*, 1971-1980; 17(10). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.07.004>
23. **Conason A, McClure Brenchley KJ, Pratt A, Geliebter A.** Sexual life after weight loss surgery. *Surg Obes Relat Dis* [Internet]. 2017 [citado el 27 de

marzo de 2022];13(5):855-61. Disponible en: [https://www.soard.org/article/S1550-7289\(17\)30028-X/fulltext](https://www.soard.org/article/S1550-7289(17)30028-X/fulltext)

24. Köse, Z., Hodgson, J., & Cunningham, K. Sexual Health of Women with Obesity: A Review of the Literature. *Journal of Feminist Family Therapy*, 2020; 32(1-2), 97-114. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/08952833.2020.1755170>

25. Pujols, Y., Meston, C. M., & Seal, B. N. The Association Between Sexual Satisfaction and Body Image in Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 2010; 7(2), 905-916. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01604.x>

26. Satinsky, S., Dennis, B., Reece, M., Sanders, S., & Bardzell, S. My 'Fat Girl Complex': a preliminary investigation of sexual health and body image in women of size. *Culture, Health & Sexuality*, 2013; 15(6), 710-725. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13691058.2013.783236>

27. Kaplan, H. S. The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions. New York: Brunner/Mazel. 1974.

28. Bertoletti J, Galvis Aparicio MJ, Bordignon S, Trentini CM. Body image and bariatric surgery: A systematic review of literature. *Bariatric Surg Pract Patient Care* [Internet]. 2019;14(2):81-92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089/bari.2018.0036>

29. Erenel, A. Ş., & Kilinc, F. N. (2013). Does obesity increase sexual dysfunction in women? *Sexuality and Disability*, 31(1), 53-62. <https://doi.org/10.1007/S11195-012-9274-4>

30. Abidin A, Draman N, Ismail SB, Mustaffa I, Ahmad I. Female sexual dysfunction among overweight and obese women in Kota Bharu, Malaysia. *J Taibah Univ Med Sci* [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2022 Aug 2];11(2):159-67. Available from: https://www.researchgate.net/publication/297595720_Female_sexual_dysfunction_among_overweight_and_obese_women_in_Kota_Bharu_Malaysia

31. Mozafari M, Khajavikhan J, Jaafarpour M, Khani A, Direkvand-Moghadam A, Najafi F. Association of Body Weight and Female Sexual Dysfunction: A Case Control Study. *Iranian Red Crescent*

Medical Journal [Internet]. 2015 Jan 23 [cited 2022 Aug 2];17(1):24685. Available from: <http://pmc/articles/PMC4341402/>

32. Mayo Clinic. Disfunción sexual femenina [Internet]. *Mayoclinic.org*. [cited 2022 Mar 27]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/female-sexual-dysfunction/symptoms-causes/syc-20372549>

33. Tamayo Lopera, D., & Restrepo, M. Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de psicología Universidad de Antioquia*, 12 de Junio del 2014; 6(1), 91-112. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922014000100007&lng=pt&tlng=es

34. Godoy, A & Godoy, A. Te amo, pero no te deseo. Grijalbo; 2013.

35. Giles J. Social constructionism and sexual desire. *J Theory Soc Behav* [Internet]. 2006;36(3):225-38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-5914.2006.00305.x>

36. Lafarga J. & Cruz del Castillo, C. Psicología Iberoamericana [Internet]. México; Universidad Iberoamericana; 2014 Dic. Disponible desde: http://revistas.ibero.mx/psicologia/uploads/volumenes/11/pdf/PSICOLOGIA_IBEROAMERICANA_22-2.pdf

37. CEESOLA. Sexualidad prematura en adolescentes: causas y consecuencias [Internet][citado el 11 de Nov. de 2021]. Disponible desde: <http://educacionsexual.uchile.cl/index.php/hablando-de-sexo/educacion-sexual-integral/sexualidad-prematura-en-adolescentes>

38. Espitia de la Hoz FJ. Sexual dysfunctions in women with obesity in quindío, Colombia, 2016-2019. Prevalence study. *Univ Médica* [Internet]. 2021 [citado el 27 de marzo de 2022];62(3):19-27. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-08392021000300003&lng=en&rm=iso&tlng=en

39. González Mesa, E. Obesidad y trastornos psicosexuales. *Obesidad y ginecología*. Elsevier, 2020, capítulo 33.

40. Kinzl, J.F., Trefalt, E., Fiala, M. et al. Partnership, Sexuality, and Sexual Disorders in Morbidly Obese Women: Consequences of Weight Loss After Gastric Banding. Springer link, 2001; 455-458. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1381/096089201321209323>

41. Morín Zaragoza, R. Obesidad y sexualidad. Academia: La voz de los expertos [Internet]. 2008; 10. Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/ents/article/viewFile/19513/18505>

42. Sánchez, C., & Corres, N. Perfil de la relación de factores psicológicos del deseo sexual hipoactivo femenino y masculino. Salud Mental, 2009; 32(1), 9. México Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000100006

43. World Health Organization. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo, 2006 [Internet]. Who.int. [citado el 27 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1152209/retrieve>

44. Jurado Lopez, A. R., & San Martín Blanco, C. Sexualidad en la mujer obesa, 14 de Octubre de 2021. Disponible en: https://onsex.org/materiales/pg/publicaciones/03_Sexualidad_en_la_mujer_Obesa.pdf

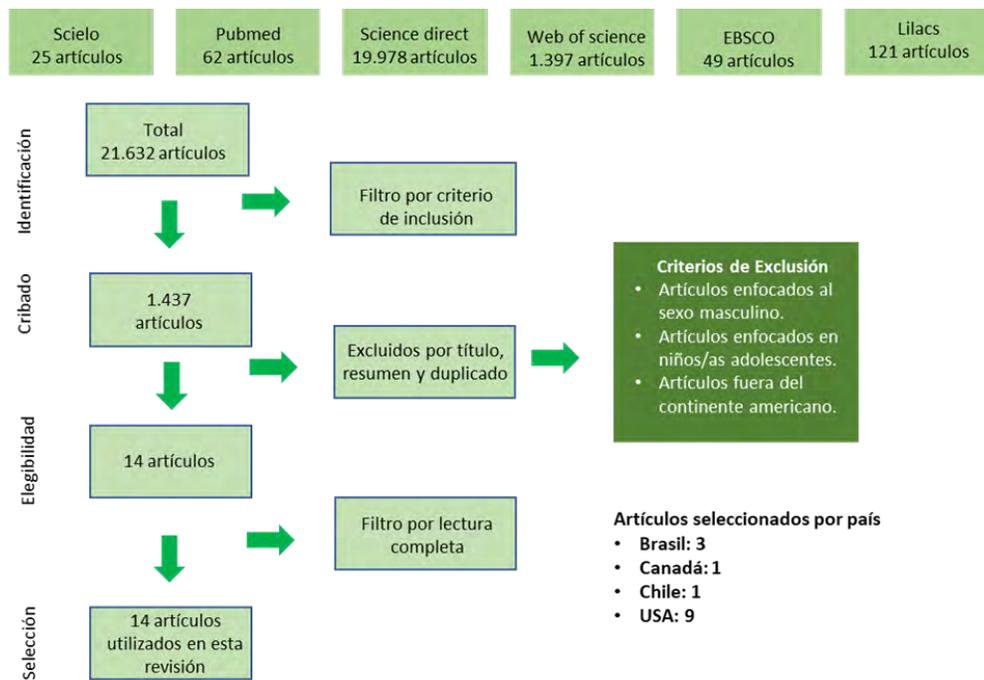


Figura 1. Diagrama de flujo de búsqueda y selección bibliográfica para revisión. / Bibliographic search and selection flowchart for literature review.

Tabla 1. Diagrama de flujo de búsqueda y selección bibliográfica para revisión. / Summary of articles analyzed in this review.

Título	Autores	País y fecha	Principales resultados	Fuente
Obesity and Sexual Functioning	Sarwer, David B., Hanson, Alexis J., Voeller, J. & Steffen, K.	15 de septiembre 2018, USA	Revisión bibliográfica de tipo narrativa (Silamani J., 2015, #6). La obesidad tiene efectos sobre la calidad de vida; aumenta síntomas de depresión, sobre todo en personas con obesidad mórbida, así como también el suicidio. Esta patología puede afectar el funcionamiento sexual. Entre las mujeres que tienen indicación de cirugía bariátrica, el 60% presenta disfunción sexual, el 26% de las mujeres y el 12% de los hombres informaron que no tenían deseo sexual y el 33% de las mujeres y el 25% de los hombres informaron que no tenían actividad sexual. El 49% de las mujeres y el 54% de los hombres estaban moderadamente o muy insatisfechos con su vida sexual. La salud física limitó la actividad sexual moderadamente en el 38% de las mujeres y el 44% de los hombres. El deterioro de la función sexual puede estar asociado a comorbilidades como diabetes mellitus II, hipertensión y depresión.	Sarwer, D. B., Hanson, A. J., Voeller, J., & Steffen, K. Obesity and Sexual Functioning. Current Obesity Reports, 2018; 7(4), 301-307. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s13679-018-0319-6

Título	Autores	País y fecha	Principales resultados	Fuente
Diet and female sexual health	Maxwell Towe, Justin La, Farouk El-khatib, Nathalie Roberts, Faysal A. Yafi & Rachel Rubin.	Abril 2020, USA	<p>Revisión bibliográfica de tipo narrativa (Silamani J., 2015, #6).</p> <p>Existe una relación directa entre comorbilidades y disfunción sexual, siendo la obesidad y los trastornos alimenticios factores que afectan la sexualidad en las mujeres.</p> <p>La disfunción endotelial, que puede resultar del exceso de inflamación que se observa en el síndrome metabólico y la obesidad, puede provocar un flujo sanguíneo deficiente a los órganos genitourinarios, proporcionando así un vínculo fisiopatológico entre estas enfermedades y la disfunción sexual.</p> <p>Se realizó un estudio transversal a 309 mujeres norteamericanas a quienes se les aplicó el instrumento de evaluación FSFI. De acuerdo con el estudio, las mujeres que sufren de obesidad con trastorno por atracón (TPA) tenían puntuaciones FSFI totales más bajas que aquellas sin este trastorno. Ambas mujeres obesas, con y sin trastorno, tuvieron puntajes FSFI totales más bajos que los controles de peso normal. Las mujeres con trastorno por atracón obtuvieron peores puntuaciones en los 6 dominios de FSFI, pero aquellas sin TPA tuvieron sólo 4 de 6 peores puntuaciones en el dominio de FSFI, en comparación con los controles de peso normal. Estos 4 dominios fueron dolor, orgasmo, lubricación y excitación.</p>	<p>Towe M, La J, El-Khatib F, Roberts N, Yafi FA, Rubin R. Diet and Female Sexual Health. Sex Med Rev. 2020 Apr;8(2):256-264. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.08.004</p>
Influence of Gastric Bypass on Obese Women Sexual Function	Mariano de Almeida Menezes, Fernando Augusto Mardiros Herbella, Guilherme de Godoy dos Santos & Antônio Carlos Valezi	Junio 2021, Brasil	<p>Estudio de tipo descriptivo, longitudinal, prospectivo. Se analizaron a 40 mujeres obesas brasileñas que no tenían diabetes, ni problemas psicológicos ni del piso pélvico. El objetivo del estudio fue evaluar la función sexual femenina mediante la aplicación del cuestionario Sexual Quotient - Female Version (QS - F) y los niveles de andrógenos antes y después de cirugía de bypass por laparoscopia Roux-en-Y. En las evaluaciones preoperatorias existía 10% de disfunción sexual femenina que luego de 12 meses operadas disminuyeron a 0%. Se reportaron mejoras en la función sexual femenina (77 - 84 puntos), relacionadas con el deseo, el interés (22 - 25 puntos) y el confort (15.9 - 17.3 puntos).</p>	<p>Menezes M, Herbella FAM, de Godoy Dos Santos G, Valezi AC. Influence of Gastric Bypass on Obese Women Sexual Function-a Prospective Study. Obes Surg. 2021 Aug;31(8):3793-3798. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/s0016-5085(20)34490-5</p>
Relación entre factores psicosociales y el Índice de Función Sexual Femenina en población rural de la comuna de Teno, Región del Maule	G. Bustos B. & R. Pérez V.	Marzo 2018, Chile.	<p>Estudio descriptivo, transversal y observacional con enfoque cuantitativo. Se estudiaron 305 mujeres. Se observó un 41.6% de disfunción sexual, un 37% de desorden del deseo, un 12.1% dificultades de excitación, 9.5% problemas de lubricación, 63.3% desorden en el orgasmo, 13.4% de problemas de satisfacción sexual y 11.4% de dispareunia. Se observaron diferencias estadísticamente significativas al relacionar el FSFI con autoestima, violencia en la pareja, nivel socioeconómico y estructura familiar. Las variables determinantes de disfunción sexual fueron niveles bajos de autoestima, sobrepeso y obesidad, disfunción familiar, violencia en la pareja en cualquiera de sus formas y paridad.</p>	<p>Bustos B. G, Pérez R V. Relación entre factores psicosociales y el Índice de Función Sexual Femenina en población rural de la comuna de Teno, Región del Maule. Perinatol Reprod Hum [Internet]. 2018;32(1):9-18. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.rprh.2018.03.014</p>

Título	Autores	País y fecha	Principales resultados	Fuente
Relação entre características antropométricas e função sexual feminina / Relationship between anthropometric characteristics and female sexual function.	Sacomori C., Cardoso FL., Souza ACS., Porto IP. & Cardoso A.	26 de junio 2013, Brasil	<p>Estudio de tipo descriptivo, transversal y prospectivo.</p> <p>Participaron 197 mujeres entre 18 y 75 años a quienes se les aplicó el instrumento FSFI, luego se midieron las variables antropométricas: cálculo de IMC y circunferencia de cintura. En los resultados del estudio se observó que la masa corporal estaba correlacionada con dolor durante la actividad sexual y menor índice de orgasmo.</p> <p>La circunferencia de cintura mostró correlación positiva con dispareunia. Cuanto mayor sea el valor del índice cintura-cadera, menor deseo sexual y excitación. En mujeres con sobrepeso, hubo una correlación positiva de circunferencia de la cintura con función sexual y deseo sexual. Las mujeres con peso normal se sentían más satisfechos sexualmente que aquellos con sobrepeso y obesidad (Kruskal Wallis = 6.1, p = .048). Los datos indican que las medidas de masa corporal, IMC y circunferencia de cintura y cadera pueden influir en la función sexual femenina, especialmente en los niveles autopercebidos de atractivo físico.</p>	Sacomori, C., Cardoso, F., Souza, A., Porto, I., & Cardoso, A. Relação entre Características Antropométricas e Função Sexual Feminina. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, 2013-, 21(2), 116-122. Disponible en: https://doi.org/10.18511/0103-1716/rbcm.v21n2p116-122
Comparison of medical management versus bariatric surgery for obesity management: effects on sexual function	Alyssa Greco, Ali Zentner & Lori A. Brotto.	26 de junio 2021, Canadá	<p>Estudio de tipo analítico, longitudinal, prospectivo y experimental.</p> <p>Mediante análisis descriptivo se reclutó a 52 mujeres obesas, 25 de ellas recibieron tratamiento médico (dietas y ejercicio) y las 27 restantes se sometieron a cirugía bariátrica. Se estudiaron factores como función sexual, satisfacción sexual, satisfacción en sus relaciones, depresión, ansiedad y autoestima. Los resultados fueron contradictorios ya que la satisfacción sexual se vio aumentada (sobre todo en el grupo de tratamiento médico) pero la función sexual, orgasmo y lubricación se vio disminuida. Mencionan que las personas pueden demostrarse satisfechas sexualmente a pesar de tener una baja función sexual. La disminución de peso en ambos grupos no significó cambios en la depresión de algunas participantes.</p>	Greco, A., Zentner, A., & Brotto, L. Comparison of medical management versus bariatric surgery for obesity management: effects on sexual function. Journal of Sex & Marital Therapy, 26 de Junio 2021. Disponible en: https://med-fom-brotto.sites.olt.ubc.ca/files/2021/09/Greco
The timing of obesity matters: associations between current versus chronic obesity since adolescence and romantic relationship satisfaction among young adult women	Aletha Y. Akers & Jennifer Harding.	25 de mayo 2020, Pensilvania, USA	<p>Estudio de tipo descriptivo, transversal y cuantitativo. Se encuestaron 3582 personas, en donde se evaluó la satisfacción de la relación romántica mediante una escala de siete ítems. Se incluyeron las variables asociadas con la obesidad (raza, origen étnico, educación, ingresos del hogar), funcionamiento de la relación romántica (edad, número de parejas sexuales a lo largo de la vida, duración de la relación romántica) o ambos (depresión).</p> <p>Solo tener obesidad crónica se asoció con la satisfacción de la relación en la edad adulta temprana. Las mujeres con obesidad crónica tenían 1,44 (intervalo de confianza del 95%, 1,03-2,02) veces más probabilidades de informar una baja satisfacción con la relación en comparación con las categorizadas como de peso normal.</p> <p>La obesidad crónica desde la adolescencia se asocia con una pobre satisfacción en las relaciones románticas en la edad adulta temprana.</p>	Akers AY, Harding J. The timing of obesity matters: Associations between current versus chronic obesity since adolescence and romantic relationship satisfaction among young adult women. Womens Health Issues [Internet]. 2021;31(5):462-9. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2021.05.001

Título	Autores	País y fecha	Principales resultados	Fuente
Imagem corporal e comportamento sexual de mulheres obesas com e sem transtorno da compulsão alimentar periódica	Roberto Fernandes da Costa, Suzana de Carvalho Machado & Táci Athanássios Cordás	Enero 2010, Brasil	Estudio de prevalencia de tipo descriptivo y transversal. Fueron estudiadas 20 mujeres obesas (IMC - índice de masa corporal - entre 30,0 y 39,9 kg / m), con trastorno por atracón, entre 20 y 50 años, y 20 mujeres obesas sin TPA (trastorno por atracón). Considerando que parte del objetivo del presente estudio fue comparar la conducta sexual entre mujeres obesas con y sin TPA, se utilizaron dos instrumentos para tal fin: la escala de cribado de dependencia sexual y el cuestionario GRISS sobre la sexualidad humana. Aunque los valores medianos de la puntuación GRISS no indican una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, así como la comparación de proporciones mediante la prueba de chi-cuadrado, el cálculo de OR mostró 3,78 veces más probabilidades de que las mujeres con TPA tuvieran disfunción sexual.	Costa, R. F. D., Machado, S. D. C., & Cordás, T. A. Imagem corporal e comportamento sexual de mulheres obesas com e sem transtorno da compulsão alimentar periódica. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo) [Internet]. 2010; 37(1), 27-31. Disponible en: https://doi.org/10.1590/s0101-60832010000100006
Sexual health of women with obesity: A review of the literature	Köse, Ö.,	23 de Julio 2020, USA	Revisión bibliográfica de tipo sistemática (Silamani J., 2015, #11- 12). Se estudió cuantitativamente la relación entre la obesidad y el funcionamiento sexual, así como los constructos de la experiencia sexual, como satisfacción sexual, deseo sexual y calidad sexual. Los investigadores observaron una relación positiva entre la obesidad y la insatisfacción con la imagen corporal. Destacaron el hecho de que la insatisfacción con la imagen corporal es más común en mujeres que en hombres con obesidad, así como entre mujeres con peso normal. Curiosamente, varios equipos de investigación encontraron que la insatisfacción con la imagen corporal entre las mujeres con obesidad mórbida afecta su funcionamiento sexual más que los hombres. Se considera que la autoestima es un factor clave para comprender la calidad de vida relacionada con el peso.	Köse, Z., Hodgson, J., & Cunningham, K. Sexual Health of Women with Obesity: A Review of the Literature. Journal of Feminist Family Therapy, 2020; 32(1-2), 97-114. Disponible en: https://doi.org/10.1080/08952833.2020.1755170
Sexual life after weight loss surgery	Alexis	06 de enero 2017, USA	Estudio de tipo descriptivo, longitudinal y prospectivo. Participaron 327 personas, entre ellos 275 mujeres y 52 hombres que se sometieron a cirugía laparoscópica de derivación gástrica en Y de Roux (225) o banda gástrica ajustable laparoscópica (102), fueron evaluados mediante el Cuestionario sobre el impacto del peso en la calidad de vida (IWQOL), pero en el presente estudio solo se analizó la subescala de Vida Sexual que evalúa frecuencia, comportamientos y problema sexuales. Se evaluó antes de la operación y 1, 3, 6, 12 y 24 meses después de la cirugía. Los participantes experimentaron mejoras en la calidad de vida sexual con el tiempo después de la cirugía de pérdida de peso, y la disminución en la insatisfacción con la imagen corporal fue el predictor más fuerte de estas mejoras. Estos resultados subrayan la importancia de la imagen corporal, independiente o no de la pérdida de peso de la vida sexual posquirúrgica.	Conason A, McClure Brenchley KJ, Pratt A, Geliebter A. Sexual life after weight loss surgery. Surg Obes Relat Dis [Internet]. 2017 [citado el 27 de marzo de 2022];13(5):855-61. Disponible en: https://www.soard.org/article/S1550-7289(17)30028-X/fulltext

Título	Autores	País y fecha	Principales resultados	Fuente
The association between sexual satisfaction and body image in women	Yasica Pujols, Cindy M. Meston & Brooke N. Seal.	2010, USA	Estudio de tipo descriptivo, transversal y observacional. En el cual participaron mujeres entre las edades de 18 y 49 años con actividad sexual. Participaron en una encuesta de Internet que evaluó el funcionamiento sexual, cinco dominios de satisfacción sexual y variables de imagen corporal. Varios aspectos de la imagen corporal, incluida la preocupación por el peso, la condición física, el atractivo sexual y los pensamientos sobre el cuerpo durante la actividad sexual, predicen la satisfacción sexual en las mujeres. Los hallazgos sugieren que las mujeres que experimentan una baja satisfacción sexual pueden beneficiarse de los tratamientos que se dirigen a estos aspectos específicos para mejorar la imagen corporal (cirugías, tratamientos cosméticos, etc.).	Pujols, Y., Meston, C. M., & Seal, B. N. The Association Between Sexual Satisfaction and Body Image in Women. The Journal of Sexual Medicine, 2010; 7(2), 905-916. Disponible en: https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01604.x
Sexual function, obesity, and weight loss in men and women	David L. Rowland, Sean M. McNabney & Alexx R. Mann.	2017, Indiana, USA	Revisión de tipo sistemática. (Silamani J., 2015, #11-12) La obesidad ocasiona consecuencias psicológicas que influyen en la función sexual. Debido a las presiones socioculturales en cuanto a la apariencia física de las mujeres, estos factores pueden afectarlas más que a los hombres. Las personas obesas a menudo experimentan estigmatización, que se manifiesta a través de comentarios relacionados con el peso, discriminación y burlas ocasionando una mala imagen de sí mismos y baja la autoestima. En un reporte se concluyó que la insatisfacción con la imagen corporal y la baja autoestima que resultan de la obesidad generalmente se asocian con la evitación sexual, siendo las mujeres quienes informan efectos mayores que los hombres. La obesidad se ha relacionado con otras consecuencias psicológicas negativas como el estrés y la angustia, la depresión, la ansiedad generalizada y la ansiedad relacionada con el desempeño sexual. En las mujeres, la relación entre ansiedad y respuesta sexual es mixta, en algunas situaciones potenciando la excitación sexual, pero en la mayoría interfiere con el deseo sexual, la excitación (incluida la lubricación) y el orgasmo.	Rowland, D. L., McNabney, S. M., & Mann, A. R. Sexual Function, Obesity, and Weight Loss in Men and Women. Sexual Medicine Reviews, 2017 5(3), 323-338. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.03.006
Association between body mass index and female sexual dysfunction: A cross-sectional study from the data registry on experiences of aging, Menopause, and sexuality	Stephanie S. Faubion, Flavia Fairba, Carol L. Kuhle, Richa Sood, Juliana M. Kling, Jennifer A. Vencill, Kristin C. Mara & Ekta Kapoor.	Octubre 2020, USA	Estudio de tipo analítico, transversal y observacional. Tener sobrepeso u obesidad se asoció con la falta de actividad sexual. Se atendieron 6.688 mujeres de edad entre 18 y 94 años (edad media 52,5 años). De las 5.441 mujeres sexualmente activas, 2.621 (48,2%) eran de peso normal, 1.605 (29,5%) tenían sobrepeso y 1.215 (22,3%) eran obesas. En el análisis univariado de mujeres sexualmente activas, hubo una asociación significativa entre la categoría de IMC y las puntuaciones totales de FSFI y las puntuaciones de los dominios de la función sexual de excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción, de modo que las puntuaciones totales y de dominio más bajas (que indican una peor función sexual) se asocia con una categoría de IMC más alta.	Stephanie S. Faubion, MD, MBA Flavia Fairbanks, MD, Carol L. Kuhle, et al. Association Between Body Mass Index and Female Sexual Dysfunction: A Cross-sectional Study from the Data Registry on Experiences of Aging, Menopause, and Sexuality. The Journal of Sexual Medicine, 1971-1980; 17(10). Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.07.004

Título	Autores	País y fecha	Principales resultados	Fuente
<p>My 'Fat Girl Complex': a preliminary investigation of sexual health and body image in women of size</p>	<p>Satinsky, Sonya; Dennis, Barbara; Reece, Michael; Sanders, Stephanie; Bardzell, Shaowen</p>	<p>USA, 22/04/2013</p>	<p>Estudio de tipo cualitativo en el cual se realizaron entrevistas semiestructuradas sobre sentimientos corporales y experiencias sexuales a 20 participantes, de las cuales 4 fueron seleccionadas para el estudio ya que se consideraban de talla grande; con el objetivo de analizar experiencias de sexualidad y autoimagen. Dentro de los resultados se encontró que las mujeres coincidían que sentirse "sexy" era parte de la actitud, pero ellas no aplicaban este término a sus propios cuerpos. Con respecto a su autoimagen llegaban a la conclusión de que los cumplidos de las demás personas hacia ellas eran importante para desarrollar su actitud sobre su cuerpo, que algunas incluso ya tenían. También con respecto a las relaciones en pareja, era importante el hecho de la aceptación de la pareja, lo cual hacía crecer su autoestima al momento de la intimidad, pero que las malas experiencias donde sentían que juzgaban su cuerpo o no las valoraban lo suficiente, hacían que les costará confiar en una pareja sexual nuevamente. Con respecto a sus experiencias sexuales, 2 de las participantes se sentían desconectadas de su cuerpo sexual, no se sentían empoderadas para conocer sus necesidades emocionales ni sexuales en una relación; una de las participantes, al momento de la masturbación refiere usar vibradores, ya que no disfruta tocarse a sí misma.</p> <p>En conclusión, las experiencias y actitudes sexuales varían ampliamente dentro de este grupo de mujeres, cada mujer habló con franqueza sobre su subjetividad sexual y ofreció perspicazmente información sobre su corporalidad y su salud sexual, existiendo diferentes opiniones entre cada una de ellas.</p>	<p>Satinsky, S., Dennis, B., Reece, M., Sanders, S., & Bardzell, S. My 'Fat Girl Complex': a preliminary investigation of sexual health and body image in women of size. <i>Culture, Health & Sexuality</i>, 2013; 15(6), 710-725. Disponible en: https://doi.org/10.1080/13691058.2013.783236</p>

Conocimientos acerca del Virus de Inmunodeficiencia Humana de estudiantes de las comunas de Coyhaique, Aysén y Cisnes.

Knowledge about the Human Immunodeficiency Virus of students from the communes of Coyhaique, Aysén and Cisnes.

Leonardo Flores-Garcés¹, Daniel Conei-Valencia¹, Loreto Flores-Uribe²

¹Matrón, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de Aysén, Eusebio Lillo 667, Coyhaique, Chile.

²Matrona, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de Aysén, Eusebio Lillo 667, Coyhaique, Chile.

*Autor para correspondencia: leonardo.flores@uaysen.cl

RECIBIDO: 08 de Abril de 2022
 APROBADO: 28 de Septiembre de 2022



DOI: 10.22370/revmat.1.2022.3159

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES | ESTA INVESTIGACIÓN FUE FINANCIADA A TRAVÉS DEL FONDO INTERNO PROYECTO SEMILLA DE LA UNIVERSIDAD DE AYSÉN

Palabras claves: Conocimiento, adolescente, virus de inmunodeficiencia humana, preservativo masculino, infección de transmisión sexual.

Key words: Knowledge, adolescent, human immunodeficiency virus, male condom, sexually transmitted infection.

RESUMEN

Introducción: En Chile, la incidencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ha registrado un aumento de 173% entre los años 2010 a 2019, existiendo 15 mil personas portadoras del virus sin saberlo, destacando la población adolescente. En la Región de Aysén, entre el 2016 y 2017 el aumento fue de 81%. El principal factor de esta alza es la falta de información adecuada sobre sexualidad, por lo que el objetivo de estudio fue describir los conocimientos acerca del VIH de estudiantes adolescentes de las comunas de Coyhaique, Aysén y Cisnes.

Material y método: estudio descriptivo transversal, de muestreo no probabilístico por conveniencia, a 445 estudiantes de 14 a 19 años de la Región de Aysén, a quienes se les aplicó el Cuestionario de Prevención del SIDA de Ballester et al adaptado y una encuesta de caracterización sociocultural y uso de sustancias.

Resultados: 45,6% consume alcohol, 24,7% tabaco y el 19% marihuana. El 80% ha recibido información sobre métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual y específicamente sobre VIH/SIDA, el 90,1% ha sido informado, reconociendo formas de transmisión y mitos. El 30,5% sabe que se transmite a través de lactancia o compartir una máquina de afeitar (31,7%), el 33,4% piensa que se puede infectar a través de la orina, la mayor parte sabe que para detectar la enfermedad es necesario una prueba sanguínea (80,3%) y declaran conocer el lugar donde se la pueden realizar (61,6%).

Conclusiones: la información recibida se considera deficiente o regular, desconociendo aspectos fundamentales en la prevención como el periodo de ventana y el uso constante de preservativo masculino

ABSTRACT

Introduction: In Chile, the incidence of the Human Immunodeficiency Virus (HIV) has registered an increase of 173% between the years 2010 and 2019,

with 15 thousand people carrying the virus without knowing it, highlighting the adolescent population. In the Aysén Region, between 2016 and 2017 the increase was 81%. The main factor of this rise is the lack of adequate information on sexuality, so the objective of the study was to describe the knowledge about HIV of adolescent students from the districts of Coyhaique, Aysén and Cisnes.

Material and method: cross-sectional descriptive study, non-probabilistic convenience sampling, to 445 students from 14 to 19 years of age from the Aysén Region, to whom the adapted Ballester et al AIDS Prevention Questionnaire and a characterization survey were applied sociocultural and substance use.

Results: 45.6% consume alcohol, 24.7% tobacco and 19% marijuana. 80% have received information on contraceptive methods, sexually transmitted infections and specifically on HIV/AIDS, 90.1% have been informed, recognizing forms of transmission and myths. 30.5% know that it is transmitted through breastfeeding or sharing a razor (31.7%), 33.4% think that it can be infected through urine, most of them know that to detect the disease, a blood test is necessary (80.3%), and they state that they know the place where it can be done (61.6%).

Conclusions: the information received is considered deficient or regular, ignoring fundamental aspects in prevention such as the window period and the constant use of male condoms

INTRODUCCIÓN

Hace ya cuarenta años se realizó la primera descripción del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (1) y desde entonces, la perspectiva epidemiológica de la enfermedad ha cambiado sustancialmente. Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), desde el origen de la pandemia hasta fines de 2019 existen más de 38 millones de personas conviviendo con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en todo el mundo, 1,7 millones personas contrajeron la infección durante 2019 y ha significado la muerte de más de 32,7 millones debido a enfermedades asociadas al virus (2).

Durante 2019, los grupos de población clave y sus parejas sexuales constituyeron más de la mitad de todas las nuevas infecciones por VIH entre los 15 y

los 49 años (3), y a pesar de los grandes avances en la cobertura del tratamiento antirretroviral y la potente disminución de la transmisión vertical del VIH, continúan vigentes desafíos en materias de conocimiento y prevención del VIH/SIDA (4).

En Chile, la tasa de incidencia por VIH/SIDA ha registrado un aumento de 173% entre los años 2010 - 2019 y en el período de enero a diciembre de este último año, se notificaron 5.160 nuevos casos, alcanzando una tasa de 27,1 por cien mil habitantes, superior en un 30,9% respecto al periodo 2018 (5) y, según estimaciones internacionales y ministeriales, existirían por lo menos 15 mil personas más portadoras del virus sin saberlo (6).

De esta población, en términos etarios, los adolescentes entre 15 y 19 años presentaron tasas constantes y estables hasta el año 2015 (13,3 por cien mil habitantes), para luego desde el 2016 al 2018 se advirtiera un constante incremento llegando hasta un 18,6 por cada cien mil habitantes (7). En la Región de Aysén, extremo sur de Chile, este cambio se hizo notorio entre los años 2016 y 2017, con un incremento en la tasa de notificación general de la enfermedad de un 81% (8, 9), situación que preocupa a la autoridad sanitaria, gobierno y organizaciones de la sociedad civil vinculadas al tema (10).

Si bien, algunos de los principales factores para contraer una Infección de Transmisión Sexual (ITS) son la falta de información adecuada sobre sexualidad, conductas sexuales de riesgo y la falta de técnicas preventivas, es la transmisión sexual el elemento principal de riesgo, de ahí la importancia de dirigir los esfuerzos a la educación de la sexualidad para la prevención de la enfermedad (11, 22).

La Encuesta Nacional de Juventud 2018 muestra que el 72,5% de las y los jóvenes se encuentran sexualmente activos, con una edad promedio general de iniciación de 16,5 años (12), lo que aumenta la probabilidad de tener relaciones sexuales no protegidas, un mayor número de parejas sexuales a lo largo de la vida, embarazos no deseados y la probabilidad de contraer VIH durante la adolescencia (13). Además, los resultados señalan que la población joven tiene un conocimiento parcial respecto a las formas de transmisión del VIH, ya que uno de cada cinco jóvenes reconoce correctamente las conductas que presentan riesgo de contagio (14), es decir, logran

distinguir algunas fuentes de riesgos, pero también estiman que ciertos comportamientos son peligrosos cuando en realidad no lo son (11).

Bajo este escenario, y como primer paso de un proyecto de investigación mayor, el objetivo de este estudio fue realizar un análisis descriptivo de los conocimientos sobre la infección por VIH/SIDA que poseen los estudiantes adolescentes de las comunas de Coyhaique, Aysén y Cisnes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal de nuestro no probabilístico por conveniencia, a través de la aplicación del Cuestionario de Prevención del SIDA de Ballester et al. de 2004 (15), al cual se le efectuó una adaptación transcultural, consistente en modificaciones al orden de redacción de 6 de 64 de sus preguntas, luego de un análisis por expertos en investigación cualitativa a los comentarios obtenidos y las dificultades de comprensión lectora recolectadas desde un estudio piloto, el cual se realizó a 28 estudiantes con características socioculturales similares al grupo que se deseaba investigar. Luego, esta nueva versión, no tuvo observaciones hacia los encuestadores por parte del primer grupo de adolescentes del estudio.

El tamaño de la muestra fue calculado según el Censo Nacional Chile 2017 (16), la cantidad de establecimientos educacionales con nivel secundario por comuna y su matrícula. Siendo la población de la región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo de 103.158 habitantes, de los cuales 8.755 se encontraban en el rango etario de 14 a 19 años y pertenecían a las comunas con mayor densidad poblacional y cantidad de establecimientos educacionales (Coyhaique, Aysén y Cisnes); las demás comunas se desestimaron por no poseer nivel secundario de educación y/o su baja matrícula. Para el cálculo de la muestra se consideró un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%, estableciéndose un total de 369 adolescentes a encuestar; sin embargo, el instrumento fue aplicado finalmente a 445 estudiantes de 11 establecimientos educacionales tanto de carácter público como particulares-subvencionados por el estado (siete en la comuna de Coyhaique, dos en Aysén y dos en Cisnes).

Este instrumento y protocolo de investigación fueron autorizados por el Comité de Ética de Servicio de Salud Aysén y la Dirección de Educación

Municipal de Coyhaique; además de los directores de los establecimientos que accedieron al estudio y sus profesores jefes, los cuales, a su vez, informaron a los padres o tutores de los estudiantes sobre las características del estudio. También se comunicaron y resolvieron dudas antes de solicitar por escrito el consentimiento informado de cada uno de los adolescentes encuestados, los cuales, desde el punto de vista de la bioética, la legislación y el desarrollo intelectual, poseen válidamente la capacidad de tomar decisiones de forma autónoma, una vez alcanzados los 14 años. (17,18,19)

Junto con esta encuesta, se obtuvieron datos de caracterización sociocultural de los adolescentes como también de uso de sustancias (alcohol, tabaco y marihuana). Posteriormente, el cuestionario se dividió en tres grandes categorías: conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados a la prevención de VIH/SIDA, del cual se utilizó el subgrupo de conocimientos para este estudio, el cual, a su vez, se subdividió y reagrupó en preguntas cerradas (sí, no, no sé) y en alternativas.

El instrumento se aplicó de forma grupal, a cada curso seleccionado según disponibilidad, por el establecimiento educacional. Los criterios de inclusión fueron ser estudiante, encontrarse dentro del rango etario solicitado y acceder a participar después de comprender y firmar el consentimiento informado. El criterio de exclusión fue oponerse a participar del estudio. El porcentaje de rechazo fue menor a 1%.

Las encuestas fueron aplicadas entre los meses de marzo a noviembre de 2019 en las salas de clases de los respectivos establecimientos, con un tiempo promedio de 20 minutos, bajo la supervisión de los encuestadores. Los datos obtenidos fueron estrictamente confidenciales y codificados para resguardar la identidad de los participantes.

Para la tabulación y construcción de la base de datos, se empleó Microsoft® Excel® para Microsoft 365® y los datos se presentaron como números brutos y porcentajes.

RESULTADOS

Se encuestó a un total de 445 adolescentes cursando entre primer año de enseñanza media y primer año universitario, con edades comprendidas entre 14 y 19 años, la distribución por sexo fue 224

hombres y 221 mujeres, el 53% de ellos convive con ambos padres, el 65,9% no practica ninguna religión, sin embargo, el 48% de los padres son católicos según los mismos encuestados, el 25% es repitente de curso a lo menos una vez, el 45,6 % consume alcohol, el 24,7% tabaco y el 19,0% marihuana (ver tabla I).

Tabla I. Antecedentes socioculturales de la población / Sociocultural background of the population.

	1° Año de Educ. Media	2° Año de Educ. Media	3° Año de Educ. Media	4° Año de Educ. Media	1° Año Univers.	Total
Edad Promedio ±(DE)	14,3 ± 1,5	15,7 ± 1,5	16,7 ± 1,5	17,6 ± 1,5	18,4 ± 2,0	15,8 ± 1,5
Sexo						
Masculino	77 (47,8%)	62 (53,9%)	54 (55,6%)	26 (57,7%)	2 (7,5%)	221 (49,7%)
Femenino	84 (52,2%)	53 (46,1%)	43 (44,4%)	19 (42,3%)	25 (92,5%)	224 (50,3%)
Total	161 (36,1%)	115 (25,8%)	97 (21,7%)	45 (10,3%)	27 (6,1%)	445 (100%)
Vive con ambos padres	102 (63,3%)	50 (43,4%)	55 (56,7%)	20 (44,4%)	8 (29,6%)	235 (53,4%)
Creencia religiosa	56 (63,3%)	36 (31,3%)	33 (34,0%)	14 (31,1%)	10 (37,0%)	150 (34,0%)
Tabaco	22 (13,6%)	32 (27,8%)	28 (28,8%)	17 (37,7%)	12 (44,4%)	111 (24,7%)
Alcohol	55 (34,1%)	40 (34,7%)	53 (54,6%)	33 (73,3%)	22 (81,4%)	203 (45,6%)
Marihuana	18 (11,1%)	19 (16,5%)	30 (30,9%)	11 (24,4%)	7 (25,9%)	85 (19,0%)

Al explorar el acceso a información de los estudiantes, se evidencia que éstos, en su mayoría, han recibido información sobre sexualidad, métodos anticonceptivos, ITS y específicamente sobre el VIH. El 80% ha recibido esta información a través de charlas educativas en la escuela y en segundo lugar de padres, profesores y campañas informativas del gobierno. Asimismo, cuando se les pregunta de qué manera les sería más amigable y confiable obtener más información sobre este tema, la mayoría contestó que de la misma manera. En cuanto a conocimientos generales sobre VIH/SIDA, los estudiantes identifican al virus y la alteración inmunológica que provoca, pero no así conceptos más específicos como el periodo de ventana o la existencia de una vacuna. En cuanto a la transmisión del virus, la mayoría reconoce que se transmite por medio de ac-

tos asociados a las diferentes prácticas sexuales y los fluidos involucrados (semen, líquido pre seminal, flujo vaginal, sangre y de la madre al feto), y conjuntamente, están al tanto de que el virus no se transmite por la mayoría de las acciones que involucran objetos o interacciones domésticas (uso de cubiertos, cepillos de dientes, saliva, animales, picadura de insectos, besos, abrazos u ocupando el mismo baño), en cambio, sólo el 30,5% sabe que se transmite a través de la leche materna y a través de compartir una máquina de afeitar (31,7%), además, erróneamente, el 33,4% piensa que se pueden infectar a través de la orina. Con respecto al diagnóstico, la mayor parte de los estudiantes concuerdan que para detectar la enfermedad es necesaria una prueba sanguínea y declaran conocer el lugar donde se pueden realizar esta prueba (ver tabla II).

DISCUSIÓN

El presente estudio muestra que gran parte de la población adolescente de la Región de Aysén ha recibido información sobre VIH/SIDA y su prevención, siendo las principales fuentes de información la escuela y su entorno familiar. Sin embargo, la información recibida se considera mayormente de manera deficiente o regular, desconociendo aspectos fundamentales en la prevención como el periodo de ventana y el uso de preservativo masculino. La Región de Aysén no posee estudios previos de este tipo, tiene una localización geográfica aislada del resto del país y una densidad poblacional muy baja (0,8 Hab/km²), por lo cual, alguna característica distintiva, podría llegar a ser representativa de la región.

En relación a las características socioculturales de los entrevistados, éstos no presentaron mayores diferencias respecto al porcentaje de estudiantes que conviven con ambos padres o a su creencia religiosa, comparados con los adolescentes del resto del país, según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2017 (20), sin embargo, lo más preocupante es que a pesar de que estos adolescentes son habitantes de pequeños pueblos y ciudades que se encuentran geográficamente lejanas de los grandes centros urbanos del país y el agitado estilo de vida, presentan tasas similares de consumo de alcohol, tabaco y drogas a temprana edad, como lo corrobora el informe sobre consumo de drogas en las Américas 2019 de la Organización de Estados Americanos (OEA) (21), el cual ubica a nuestra nación

en el primer lugar dentro de Sudamérica en el consumo de estas sustancias durante la enseñanza secundaria.

En relación con las fuentes de información, se observa que ésta ha sido obtenida en sus mismos establecimientos educacionales como también desde sus padres, a diferencia de lo que expone el estudio de Percepciones del Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) de 2019 (22), el cual expone formas bastantes más impersonales de obtener esta información como: redes sociales, profesionales de la salud e internet como fuentes principales, y en menor medida de: profesores, padres o familiares. Esta diferencia podría deberse a una mayor iniciativa por parte de los establecimientos educacionales de abordar estos temas y/o a una menor proporción de estudiantes por curso, lo que favorecería un ambiente más personalizado al momento de abordar o resolver dudas de esta índole, y tal vez también a una vida más familiar, la cual podría facilitar un diálogo más continuo entre padres e hijo/as.

Por otra lado, si bien los adolescentes han recibido información sobre VIH/SIDA y temas afines, el 46,3% de ellos califica este conocimiento como malo o regular; sin embargo, los datos reflejan que poseen conocimientos generales adecuados sobre VIH/SIDA pero desconocen detalles importantes sobre vías de contagio o las consideran de poco riesgo cuando en realidad sí lo son, en concordancia con lo que muestra a nivel país la Encuesta Nacional de la Juventud 2018 (13), lo cual crea un escenario complejo dado que la mayoría de estos adolescentes está iniciando o están por iniciar relaciones sexuales (promedio nacional de 16,5 años).

Respecto al conocimiento general, la mayoría de los encuestados poseen información correcta acerca de las características del VIH/SIDA, al igual que lo informa el estudio de Baca-Sánchez et al., el cual revela que el 71,3% de los adolescentes tienen un nivel intermedio de conocimientos sobre el tema (23), del mismo modo, el estudio de Díaz Montes et al., muestra que el 70% de los encuestados poseen conocimientos regulares (24), no obstante, el presente estudio evidenció que detalles importantes como si el virus infecta a todo el organismo o el periodo de ventana, son ignorados, probablemente debido a lo específico del concepto o a no comprender del todo cómo ni cuándo se manifiesta la enfermedad. Esto queda demostrado en estudios como el de Ramos de Moura et al. en el cual, el 1,3% demostró tener cono-

cimientos acabados sobre el tema (25), como también en el de Gómez-Bustamante et al., en donde el 9,5% de los encuestados tuvo un adecuado nivel sobre este tópico (26).

Sobre el conocimiento de las diferentes vías de transmisión del virus, la mayoría de los adolescentes reconoce a las relaciones sexuales y los fluidos de alto riesgo como potenciales agentes transmisores de la enfermedad, en concordancia con las investigaciones de Mazo-Vélez et al., las cuales revelan que el 99% de los entrevistados piensa que las transfusiones de sangre infectada pueden producir VIH/SIDA e igualmente tanto el sexo anal (82%) como el vaginal son vías de transmisión (92%) (27); bajo la misma perspectiva, el estudio de Patriota Chaves et al., demostró que la mayoría de los adolescentes reconoce a las relaciones sexuales con penetración vaginal sin condón (91%) y el intercambio de jeringas (77%) como vías efectivas de contagio (28). No obstante, en este estudio preocupa, además, el hecho de que el 30,5% de los encuestados reconozca a la lactancia materna como vía de transmisión, siendo el embarazo adolescente un problema latente en Latinoamérica (29).

Con respecto al diagnóstico de VIH, un 80,3% de los adolescentes afirma que para poder detectar la enfermedad se necesita de una prueba sanguínea, en concordancia con el estudio de Marrodán-García et al. el cual revela que un 60% de la población estudiada conoce de la existencia del examen diagnóstico (30). Asimismo, el 60,1% de nuestros adolescentes, menciona estar al tanto de a qué establecimiento acudir para su realización, de la misma manera que evidencia el estudio de Salamanca et al. en el cual un 59,4% de los encuestados refiere conocer a qué lugar acudir para realización del examen (31).

En relación a la percepción de seguridad dada mediante el uso de un condón masculino para evitar el VIH, un 57,1% de nuestros encuestados percibe que el uso del preservativo es medianamente confiable frente al riesgo de transmisión del virus, en contraposición a estudios previos en donde los estudiantes establecieron que el método de prevención de contagio de VIH es precisamente el uso del preservativo, en un 86,6% (32), y otro estudio en donde un 79% de sus participantes cree poder reducir sus probabilidades de contraer VIH por medio de este método (33).

Como limitaciones del presente estudio, podemos mencionar que es posible que la muestra analizada no sea representativa, debido a que es un muestreo no probabilístico por conveniencia, y a que el instrumento, si bien se ofertó a todo el nivel secundario de educación, se aplicó solamente en aquellos lugares donde fue autorizado. Además, cabe señalar, lo extenso del cuestionario, su temática sexual, el grado de comprensión lectora y la poca privacidad para responder una encuesta por encontrarse en una sala de clases, las cuales podrían causar que algunas de las preguntas hayan sido contestadas sin mayor cuidado o influenciadas por la presión ejercida por los demás estudiantes para finalizar pronto y/o propiciar respuestas poco sinceras y/o incorrectas.

CONCLUSIONES

La adolescencia es una etapa decisiva en la formación de una persona, se fundan las bases de la identidad, se inicia la autonomía y se vislumbra el proyecto de vida, por lo cual toda orientación e información oportuna en temas relacionados con la sexualidad, puede tener impacto en su vida como adultos. Una forma efectiva de instruir a los adolescentes en estos temas, es haciendo énfasis en la prevención, mediante la entrega de información exacta y explícita sobre prácticas sexuales, VIH/SIDA, asegurar el acceso a preservativos masculinos y femeninos, pero con instrucciones precisas acerca de su correcta y constante utilización.

Como los datos así lo indican (33,34,35), la escuela es considerada un buen lugar para la educación sexual, sin embargo, esta educación, debería ser responsabilidad de profesionales de la salud, como también velar por el logro del empoderamiento individual, lo que permitirá al adolescente tomar decisiones responsables tanto en su vida cotidiana como en el ámbito sexual. Para lograr estos objetivos es imprescindible que las instituciones de educación y de salud garanticen un acceso universal a esta información desde temprana edad y eliminen toda clase de barreras y discriminaciones que puedan presentar al momento de solicitar servicios de salud sexual y reproductiva

REFERENCIAS

1. **Centers for Disease Control (CDC).** Kaposi's sarcoma and Pneumocystis pneumonia among homosexual men - New York City and California. *MMWR*.1981; 30(25):305-8.
2. **ONUSIDA.** Hoja informativa – Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. Unaid: ONUSIDA [Internet]. [Revisado 10 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
3. **OPS. VIH/SIDA.** PAHO: OPS [Internet]. [Revisado 10 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/vihsida>
4. **NU-CEPAL.** Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. CELADE; 2013. [Internet]. [Revisado 12 marzo 2020]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/21835>
5. **Ministerio de Salud.** Boletín epidemiológico trimestral virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), SE 1-52 año 2019. Chile: Departamento de Epidemiología; 2019.
6. **Ministerio de Salud.** Informe de ONUSIDA 2019: El 87% de las personas que viven con VIH en Chile han sido diagnosticadas. Chile: Servicio de Salud O'Higgins; 2019.
7. **Ministerio de Salud. Gobierno de Chile.** Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS 2018-2019;2019.
8. **Instituto de Salud Pública.** Resultados confirmación de infección por VIH. Chile, 2010 - 2018; 2019. [Internet]. [Revisado 20 marzo 2020]. Disponible en: https://www.ispch.cl/sites/default/files/BoletinVIH-final_2019.pdf
9. **Secretaria Regional Ministerial de Salud Región de Aysén.** Diagnóstico de VIH/SIDA E ITS en Chile y Aysén. Chile; 2018.
10. **Ministerio de Salud.** Seremi y Fundación Chile Positivo aplican Test Rápido de VIH en Coyhaique y Puerto Aysén. [Internet]. Chile; 2019. [Revisado 17 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/seremi-y-fundacion-chile-positivo-aplican-test-rapido-de-vih-en-coyhaique-y-pto-aysen/>

- 11. Ministerio de Desarrollo Social y Familia.** Salud sexual y reproductiva juvenil: en qué está y hacia dónde vamos. *Revista RT del INJUV* [Internet] 2019 [Revisado 17 junio 2020]; 8(29):1-20. Disponible en: https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/rt_29_web.pdf
- 12. Ministerio de Desarrollo Social y Familia.** Encuesta Nacional de Juventud 2018. Chile: Instituto Nacional de la Juventud; 2020. [Internet]. [Revisado 15 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.injuv.gob.cl/9encuestanacionaldejuventud>
- 13. González M, Blanco M, Ramos G, Martínez G, Rodríguez Y, Jordán M.** Educación en infecciones de transmisión sexual desde la adolescencia temprana: necesidad incuestionable. *Rev. Med. Electrónica*. [Internet] 2018 [Revisado 9 agosto 2020]; 40(3):768-783. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2432>
- 14. Mendoza L, Claros D, Peñaranda C.** Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet] 2016 [Revisado 9 agosto 2020]; 81(3):243-253. Disponible en: https://www.rechog.com/previos/RECHOG%20_%20Vol.%2081%20-%20Año%202016/rechog_16_81_número%203.pdf
- 15. Gil-Llario MD, Ruiz-Palomino E, Morell-Mengual V, Giménez-García C, Ballester-Arnal R.** Validation of the AIDS Prevention Questionnaire: A Brief Self-Report Instrument to Assess Risk of HIV Infection and Guide Behavioral Change. *AIDS Behav* [Internet] 2019 [Revisado 16 marzo 2020]; 23(1):272-282. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2224-0>
- 16. Instituto Nacional de Estadística.** Censo 2017. Instituto Nacional de Estadística-Chile: INE; 2018. [Internet]. [Revisado 10 marzo 2020]. Disponible en: <http://resultados.censo2017.cl/>
- 17. Siurana J.** Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Scielo* [Internet] 2010 [Revisado 16 marzo 2020]; (22). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-92732010000100006
- 18. Ley 19.968, artículo 16.** Crea los tribunales de familia. (2004). [Revisado 13 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=229557>
- 19. León F.** Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social. *Scielo* [Internet] 2009 [Revisado 17 marzo 2020]; 15(1). Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2009000100009>
- 20. Ministerio de Desarrollo Social y Familia.** Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2017; 2017.
- 21. Hynes M, Clarke P, Cumsille F, Araneda-Ferrer J, Ahumada G.** Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019. Washington D.C: Organización de los Estados Americanos; 2019.
- 22. Ministerio de Desarrollo Social y Familia.** Percepciones de conductas de riesgo, ITS y VIH. Chile: Instituto Nacional de la Juventud; 2019. [Internet]. [Revisado 15 marzo 2020]. Disponible en: https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/resultados_sondeo_05_percepciones_de_conductas_de_riesgo_its_y_vih.pdf
- 23. Baca-Sánchez J, Hidalgo-Palacios C, León-Jiménez F, Malca-Tello N.** Conocimientos, percepciones y prácticas relacionadas a VIH/SIDA en adolescentes de un distrito de Lambayeque-Perú, 2015. *Acta méd. Perú* [Internet] 2019 [Revisado 17 junio 2021]; 36(1):38-45. Disponible en: <https://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/684>
- 24. Díaz Montes C, Cantillo Uribe L, García Vergara K, Martínez Marengo L, Vega Recuero J.** Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes de una universidad en Cartagena-Colombia, 2011. *Rev. Hacia Promoc Salud* [Internet] 2014 [Revisado 14 abril 2020]; 19(2): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309133782004>
- 25. Ramos de Moura L, Romano J, Regina P, Mesquita J, Cordeiro M, Andrade J et al.** The gap between knowledge on HIV/AIDS and sexual behavior: a study of teenagers in Vespasiano, Minas Gerais State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* [Internet] 2013 [Revisado 14 marzo 2020]; 29(5):1008-18. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500018>
- 26. Gómez Bustamante E, Cogollo Z.** Conocimiento sobre VIH-SIDA en estudiantes de secundaria de Cartagena, Colombia. *Rev. salud pública* [Internet] 2011 [Revisado 14 marzo 2020]; 13(5):778-784. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0124-00642011000500006>

27. **Mazo-Vélez Y, Domínguez-Domínguez Luz, Cardona-Arias J.** Conocimientos, actitudes y prácticas en adolescentes universitarios entre 15 y 20 años sobre VIH/SIDA en Medellín, Colombia 2013. *Medicas UIS* [Internet] 2014 [Revisado 17 junio 2021]; 27(3):35-45. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/4878/5198>
28. **Patriota A, Oliveira E, Duarte M, Wolfgang W.** Conhecimentos e atitudes de adolescentes de uma escola pública sobre a transmissão sexual do HIV. *Rev Bras Enferm* [Internet] 2014 [Revisado 13 marzo 2020]; 67(1): 48-53. Disponible en: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140006>
29. **Organización Panamericana de la Salud.** El embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Reseña técnica, agosto del 2020. Institutional Repository for Information Sharing: PAHO [Internet]. [Revisado 12 marzo 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53134>
30. **Marrodán-García M, Álvarez-Giménez R, Muñoz-Tapia C, Vega-Pizarro K, Véliz-Romero K.** Evaluación de resultado de una intervención educativa sobre VIH/SIDA en una población adolescente escolar de Antofagasta, Chile. *RChSP* [Internet] 2017 [Revisado 12 marzo 2020]; 22(1):63-70. Disponible en: <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/51037>
31. **Salamanca E, Romero E.** Comportamiento ante la transmisión del VIH/sida en adolescentes y jóvenes en universidades privadas de Villavicencio (Meta, Colombia). *Investg. Enferm. Imagen Desarrollo*. [Internet] 2017 [Revisado 12 marzo 2020]; 19(2):53-67. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-2.ctva>
32. **Dadi T, Feyasa M, Gebre M.** Conocimiento del VIH y factores asociados entre los jóvenes etíopes: aplicación de regresión logística de orden multinivel utilizando la EDHS de 2016. *BMC Infect Dis* [Internet] 2020 [Revisado 12 marzo 2020]; 20: 714. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05436-2>
33. **González E, Molina T, Luttgés C.** Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas. *Rev.chil.obstet.ginecol.* [Inter-
net] 2015 [Revisado 29 marzo 2020]; 80(1):24-32. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000100004>
34. **Vela E.** Necesidades educativas en salud sexual y reproductiva en adolescentes peruanos de nivel secundario. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet] 2016 [Revisado 22 agosto 2020]; 42(3):396-406. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/455/769>
35. **Segura Z, Silvia E, Matzumura K, Juan P, Gutiérrez H.** Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes del tercer año de secundaria del Colegio "Los Jazmines de Naranjal" de Lima, 2014. *Horiz.Med.* [Internet] 2015 [Revisado 16 marzo 2020]; 15(4):11-20. Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/336>

Tabla II. Resultado del Cuestionario de Prevención del SIDA de Ballester et al modificado / Result of the modified Ballester et al AIDS Prevention Questionnaire

ACCESO A INFORMACIÓN	n	sí (%)
¿Has recibido información sobre alguno de estos temas?:		
a) Sexualidad	415	92,6%
b) Métodos anticonceptivos	415	92,6%
c) Infecciones de transmisión sexual	413	92,1%
d) VIH o SIDA	404	90,1%
¿De quién o cómo has obtenido información acerca del VIH/SIDA?		
a) Padres	328	73,2%
b) Amigos	120	26,7%
c) Profesores	202	45,0%
d) Charlas en el colegio	359	80,1%
e) Campañas gubernamentales	203	45,3%
¿De qué manera te sería más amigable y confiable obtener más información sobre las medidas de prevención y formas de contagio del VIH/SIDA?		
a) Padres	168	37,5%
b) Amigos	87	19,4%
c) Profesores	124	27,6%
d) Charlas en el colegio	302	67,4%
e) Campañas gubernamentales	122	27,2%
f) Páginas de internet	113	25,2%
g) Aplicaciones de teléfono celular	55	12,2%
h) Redes sociales	96	21,4%
¿Cómo consideras que es tu nivel de información sobre VIH/SIDA?		
a) Malo	12	2,6%
b) Regular	196	43,7%
c) Bueno	183	40,8%
d) Muy Bueno	47	10,4%
CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE VIH	n	sí (%)
¿El SIDA es causado por el VIH?	335	74,7%
¿El VIH afecta el sistema inmunológico humano?	333	74,3%
¿El VIH afecta a todas las células del organismo?	107	23,8%
¿Conoces la existencia del llamado "periodo de ventana"?	42	9,3%
¿Sabes si actualmente existe una vacuna contra el VIH?	72	16,0%
¿El SIDA es una enfermedad que tiene cura?	50	11,1%

El VIH/SIDA es una enfermedad:		
a) Leve	9	2%
b) Grave	226	50,4%
c) Fatal	188	41,9%
TRANSMISIÓN DEL VIH	n	sí (%)
¿De qué manera puedes infectarte con el VIH?:		
A través de la sangre	420	93,7%
A través de la orina	150	33,4%
A través del sudor	44	9,8%
A través del flujo vaginal	344	76,7%
A través del semen	376	83,9%
A través de la saliva	88	19,6%
A través de la leche materna	137	30,5%
A través de compartir una máquina de afeitar	140	31,2%
Durante el embarazo de la madre al feto	269	60,0%
Una persona infectada con VIH, ¿puede transmitirlo a otra, aunque no parezca visiblemente enferma?	360	80,3%
¿Puedo ser infectado/a por el VIH, si solamente practico sexo oral, pero sin condón masculino?	156	34,8%
¿El VIH es tan pequeño que a veces podría pasar a través del condón masculino?	66	14,7%
¿Qué tan confiable es el uso del condón masculino para evitar el contagio de VIH?		
a) Nada	10	2,2%
b) Medianamente	256	57,1%
c) Totalmente	173	38,6%
¿A través de qué práctica sexual, las personas pueden contagiarse con el VIH, si utilizan mal el condón masculino?		
a) Masturbaciones mutuas	36	5,8%
b) Sexo oral	212	47,3%
c) Sexo Vaginal	400	89,2%
d) Sexo anal	270	60,2%
DIAGNÓSTICO DEL VIH	n	sí (%)
¿El Test para la detección de VIH/SIDA se realiza mediante un análisis de sangre?	360	80,3%
¿Sabes a qué lugar debes acudir para poder realizarte el test de VIH/SIDA?	276	61,6%
¿Tener un resultado positivo en el test de VIH, significa enfermarse de SIDA posteriormente?	128	28,5%
¿Conoces a alguien infectado/a con VIH?	51	11,3%



Consideraciones clínico-legales para acceder a la esterilización quirúrgica femenina: Chile en el contexto internacional (2014 - 2020)

Clinical and legal considerations to access female surgical sterilization: Chile in the international context (2014 - 2020).

Fernanda Arenas-Verdugo¹, Catalina Asencio-Carrillo¹, Louisiana Lugo-Berrios¹, Camila Rosas-Viligrón¹, Danya Soto-Mansilla¹, Catalina Velásquez-Mansilla¹, Carolina Yakich-Goregoitia², Macarena Martínez-Ordeneš³

¹ Licenciadas en Obstetricia, Escuela de Obstetricia, Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Universidad San Sebastián Sede Patagonia, Lago Panguipulli #1390, Puerto Montt, Región de Los Lagos.

² Magister (c) en Educación, Tecnología e Innovación. Universidad Internacional de Valencia, C. del Pintor Sorolla 21, Valencia, España. Docente Escuela de Obstetricia, Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Universidad San Sebastián Sede Patagonia, Lago Panguipulli #1390, Puerto Montt, Región de Los Lagos.

³ Magister en Salud Pública y Cuidado Materno Infantil, Escuela de Obstetricia, Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Universidad San Sebastián Sede Patagonia, Lago Panguipulli #1390, Puerto Montt, Región de Los Lagos.

*Autor para correspondencia: macamartinez@ug.uchile.cl

RECIBIDO: 08 de Julio de 2022

APROBADO: 28 de Febrero de 2023



DOI: 10.22370/revmat.1.2022.3297

NO SE RECIBE FINANCIAMIENTO, NO SE DECLARAN CONFLICTOS DE INTERÉS | ESTUDIO DERIVADO DE PROCESO DE TESIS DE GRADO PARA LICENCIATURA

Palabras claves: esterilización tubaria, anticoncepción, políticas de salud, barreras de acceso a los servicios de salud.

Key words: Tubal sterilization, contraception, health policy.

RESUMEN

Objetivo: determinar las consideraciones clínicas y legales para acceder voluntariamente a la esterilización quirúrgica femenina en Chile, en el contexto internacional que va entre los años 2014 y 2020.

Metodología: revisión sistemática narrativa. Se realizó una búsqueda en las bases de datos Scielo, Pubmed, Elsevier y Dialnet Plus utilizando los términos esterilización quirúrgica femenina, esterilización quirúrgica en mujeres, anticoncepción permanente, esterilización femenina permanente, acceso y legislación.

Resultados: se obtienen 19 artículos para análisis. La técnica más utilizada para la realización del procedimiento es la salpingectomía con oclusión ovárica. Se identifican barreras de acceso burocráticas, legales y tiempos de espera, información

y conductas profesionales que limitan a las mujeres que optan por este método de planificación familiar en todos los países analizados.

Conclusión: existen factores modificables y no modificables dentro de las consideraciones clínico-legales. Los primeros incluyen las conductas de los profesionales de la salud, y la información que se otorga a las mujeres para que logren una participación más activa dentro del proceso de decisión. Es en este punto donde la matronería debe relevar su rol.

ABSTRACT

Aim: To analyze the clinical and legal considerations for accessing female surgical sterilization in Chile within the international context 2014 to 2020.

Methodology: a Narrative systematic review was conducted. Scielo, Pubmed, Elsevier, and Dialnet Plus were searched for published articles using the following DEC/MesH terms “female surgical steri-

lization,” “surgical sterilization in women,” “permanent contraception,” “permanent female contraception,” and “access and legislation.”

Results: 19 articles were retrieved. The most used surgical technique is salpingectomy. However, barriers regarding access (bureaucratic, legal, and waiting lists), information, and professional behaviors limit women who choose this contraceptive method in all analyzed countries.

Conclusion: there are modifiable and non-modifiable factors in the clinical and legal considerations for accessing surgical sterilization. Midwifery needs to address the former because professional behaviors and the information women receive are essential to empower women's autonomy, enabling them to participate actively in the decision-making.

INTRODUCCIÓN

La esterilización quirúrgica voluntaria (EQV) es el método anticonceptivo más utilizado por las mujeres a nivel mundial (18,9 - 25,9%), proyectándose una mantención de éste por 20 años (1).

Según el censo realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas en 2017, cerca del 50% de las 8.972.014 mujeres chilenas se encuentran en edad fértil (15 a 49 años) (2). Durante 2016, en nuestro país se realizaron 14.734 esterilizaciones quirúrgicas en los servicios de la red pública de salud (3). Al compararse con años anteriores, la cifra va a la baja. Santana et al., en 2019, postulan que esta baja es un “reflejo de las barreras que el sistema público de salud interpone a las usuarias” (4). Estas barreras se relacionan con acceso geográfico, el requerimiento de consentimientos firmados por terceros, la pérdida de oportunidad por dificultad para la obtención de horas con especialistas en el nivel secundario y el condicionamiento impuesto por instituciones sobre la realización del procedimiento bajo estrictos criterios clínicos (4).

En relación con las barreras de acceso, éstas no solo se limitan al acceso geográfico que hace referencia a la cercanía con el centro de atención, sino que pueden relacionarse con desatención de las listas de espera no GES, la reducción de uso de pabellones en los servicios e incluso a criterios subjetivos por parte de los profesionales encargados al momento de asignar un pabellón (5). Estos últimos criterios se reconocen como “construcciones de gé-

nero hegemónicas y formas de estigmatización” que se perpetúan pese a cambios en los cuerpos legales y orientaciones técnicas en el país (4).

Hasta el año 2002, en Chile se requería el consentimiento del cónyuge para acceder a la EQV en los servicios públicos de salud. Sin embargo, la actualización en la ley no considera el lente de género y equidad, ya que se reportan casos de solicitud de consentimiento conyugal aún después de la modificación de normativa (6).

Profundizar en las consideraciones clínicas y jurídicas en el contexto internacional permite comprender de mejor manera las barreras y facilitadores del sistema para las mujeres que deciden acceder a la EQV, así como también avanzar en la mejora de estas prácticas.

A través de esta revisión sistemática narrativa, comprendida entre los años 2014 y 2020, se busca i) determinar las consideraciones clínico-legales para acceder a la EQV en Chile y algunos países seleccionados, ii) comprender los marcos jurídicos que norman el ejercicio de la autonomía y el derecho que corresponde a cada mujer de planificar los hijos que desea a lo largo del curso de vida.

MATERIAL Y MÉTODO

La metodología utilizada fue la revisión sistemática narrativa, que la que se definen como áreas temáticas el área gineco-obstétrica y el área legislativa. En esta última se incluyeron las normativas y políticas que regulan la EQV en Chile y países seleccionados.

Como marco referencial y a modo de optimizar la búsqueda se definió la pregunta PICO de la siguiente forma:

Participantes/pacientes: se consideran las mujeres en edad fértil que intentan recurrir a esterilización quirúrgica.

Intervención: son las consideraciones clínico-legales para el acceso a esterilización tubaria.

Comparación: se establece un análisis entre países seleccionados y Chile

RESULTADOS

En cuanto a los resultados, se establece una relación entre las diferencias en las consideraciones clínico-legales (barreras o facilitadores) para el acceso a la esterilización tubaria. Para esta revisión se incluyeron estudios descriptivos, analíticos, libros, leyes, manuales y normas que se publicaron entre los años 2014 y 2020, tanto en idioma español y anglosajón. Se excluyeron de esta búsqueda artículos académicos con restricción de pago, en calidad de preprint, y las tesis de pregrado.

Para el acceso a las bases de datos se utilizó la Red de Bibliotecas de la Universidad San Sebastián. De todas las bases disponibles se verificó que incluyeran tanto al área gineco-obstétrica como el área legislativa, quedando finalmente Scielo, Pubmed, Elsevier y Dialnet Plus. Se utilizaron los descriptores “esterilización quirúrgica femenina”, “esterilización quirúrgica en mujeres”, “anticoncepción permanente”, “esterilización femenina permanente”, “acceso y legislación”. Y, además, se crearon las siguientes formulaciones de búsqueda: “esterilización quirúrgica NOT masculina”, “esterilización quirúrgica en mujeres NOT hombres”, “female surgical sterilization NOT male”, “esterilización quirúrgica femenina acceso AND legislación”, “female surgical sterilization access AND legislation”.

A continuación, se detalla el número de resultados obtenidos en las principales bases de datos bajo el protocolo previamente establecido:

Se rescataron 37 documentos -que incluyen normas, artículos y leyes- y se eliminaron los duplicados. Se registraron los documentos en la base de datos, incluyendo el título, la identificación de los autores, la fecha de publicación, el idioma de publicación, el país y se realizó la lectura crítica de estos documen-

tos evaluando que contengan (i) técnicas de esterilización más frecuentes, (ii) uso de consentimiento informado para el procedimiento, (iii) vías de acceso a la EQV en mujeres, y (iv) los requisitos para la EQV.

Los artículos se evaluaron a través de la pauta de chequeo PRISMA (7), con lo que se decidió la calidad de los artículos, frente al disenso se presentó el análisis a un evaluador externo con experiencia profesional en el área, delimitando la revisión final a 19 artículos.

Cifras internacionales (8) determinan que la EQV es el método anticonceptivo más utilizado en el mundo (9, 10) entre mujeres casadas sobre los 40 años, de menor nivel educativo y socioeconómico (9). No existe condición médica que restrinja en forma absoluta la EQV, pero existen algunas condiciones y circunstancias que requieren ciertas precauciones de acuerdo con lo planteado por la Organización Mundial de la Salud (11) y el Ministerio de Salud de Chile, en sus manuales de regulación de la fertilidad (1).

Consideraciones clínico-legales en Chile

En relación con la legislación, en Chile la Ley N° 20.418 (12) fija las normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad. Ésta establece que toda persona tiene derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad por parte de un profesional apto o capacitado para ello.

Esta información debe ser entregada, en forma clara, comprensible, completa y confidencial. Lo que garantiza que se respete el derecho a elegir libremente y sin coacción de ninguna clase, el método de planificación familiar y su acceso.

Tabla I.

Bases de datos	Female surgical sterilization	(+) NOT male	(+) filtro años 2014-2020	Esterilización quirúrgica femenina	(+) NOT masculina	(+) filtro años 2014-2020	Esterilización quirúrgica en mujeres	(+) NOT hombres	(+) filtro años 2014-2020
SciELO	19	1	1	4	0	1	9	0	3
PubMed	28.961	19.628	4.074	0	0	0	4	4	1
Elsevier	22	8	3	69	37	12	166	61	16
Dialnet plus	7	2	1	13	12	3	12	8	5

Nota: La tabla presenta los resultados obtenidos en las bases de datos utilizadas y los descriptores utilizados para la búsqueda.

Figura 1: Síntesis PRISMA de la revisión sistemática



Este acceso debe ser garantizado por el Estado mediante medidas y/o planes apropiados para ejercer los derechos establecidos por ley. Por último, las personas tienen derecho a la confidencialidad y privacidad sobre sus opciones y conductas sexuales, así como sobre los métodos y terapias que elija para la regulación o planificación de su vida sexual (1).

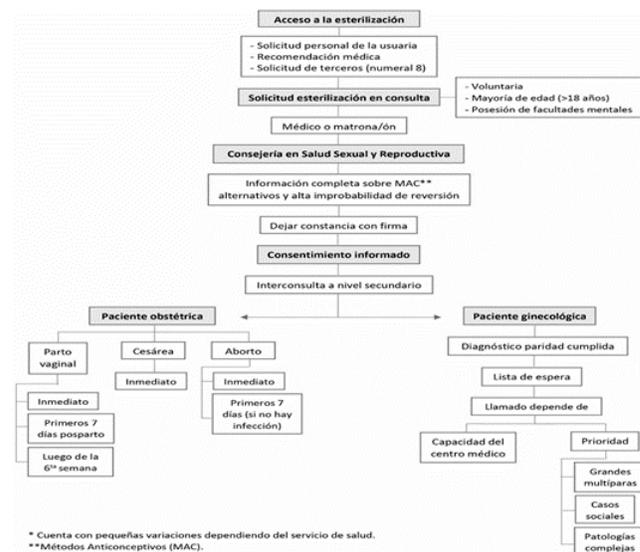
El flujograma para que una mujer pueda acceder a la EQV en Chile se explica en la siguiente figura, cuyos requisitos son el ser mayor de edad, firmar un consentimiento informado, no tener ninguna discapacidad mental ni cognitiva, las morbilidades crónicas deben estar en tratamiento médico o compensadas y como recomendación no condicionante está el tener un Índice de Masa Corporal (IMC) menor o igual a 35 (1).

Es posible observar que la vía más expedita para acceder a la EQV es a través del sistema de salud privado, pero se asocia a mayor costo económico para las usuarias, siendo esta una limitante importante para la población más vulnerable que depende del sistema público de salud (1).

Condiciones clínico-legales en Estados Unidos

En Estados Unidos, un tercio de las mujeres acceden a la EQV por diferentes vías quirúrgicas. Dentro de las consideraciones legales se incluye la mayoría de edad (18 o 21 años dependiendo de la norma federal), firma de consentimiento informado (13), no poseer ninguna discapacidad mental o cognitiva y un

Figura 2: Flujograma de acceso a la esterilización quirúrgica en el sistema público en Chile.



Fuente: Elaboración propia basado en Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad, 2018

período de reflexión de 30 días. En este país, la EQV femenina ha aumentado en frecuencia como método de planificación familiar, sin presentar distinciones entre grupos raciales (13).

Respecto del género, no se encontraron estudios que abordaran directamente la temática. Algunos estados han garantizado su cobertura a través del Affordable Care Act [T.A: Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio]. No obstante, existen barreras que impiden que las mujeres se sometan a los procedimientos de esterilización. En particular, los requisitos estatales de consentimiento, solicitudes de esterilización posparto no cumplidas, y la prohibición del procedimiento en algunos hospitales religiosos (9). En este contexto, la obstaculización al acceso varía según las legislaciones propias del estado de residencia. Esta heterogeneidad produce un importante movimiento interestatal de mujeres que buscan la realización del procedimiento con mayor autonomía, desde estados más conservadores hacia estados más progresistas (13). Esta situación contrasta con otros países como Chile y Francia, donde el Estado ampara sus garantías a nivel nacional y no se requiere el traslado interregional o este es muy ocasional (1, 14).

Condiciones clínico-legales en Perú

Los requisitos que establece la normativa para acceder a la EQV según el Ministerio de Salud (MINSA) son que debe ser solicitado de forma voluntaria por una mujer mayor de edad, quien debe firmar un consentimiento informado previo a una evaluación médica y dos sesiones de orientación o consejería, sumado a un período de reflexión mayor a 72 horas (15). Además, existe la recomendación no condicionante de no ejercer este procedimiento en mujeres menores de 25 años, lo que está asociado a la probabilidad de arrepentimiento. Este procedimiento se incorpora dentro de la oferta anticonceptiva de planificación familiar a fines de los 70' de forma privada y a fines de los 80' en los programas nacionales de salud pública, con el fin de satisfacer la demanda en mujeres de alta paridad y como estrategia preventiva para reducir los índices de morbilidad materna en las grandes multíparas (16). Sin embargo, la realización de EQV forzadas en mujeres de bajos ingresos incidió en la disminución de su uso en este país (17).

Condiciones clínico-legales en Francia

En el año 2001 se promulga la Ley N°2001-588 que indica los criterios para que las mujeres puedan acceder a la EQV. En este caso quienes deseen este método deben ser mayores de edad, solicitar el procedimiento de manera voluntaria, firmar un

consentimiento informado y pasar por un período de reflexión de cuatro meses desde la solicitud (14). Esta última, debe ser realizada por la mujer de forma voluntaria, razonada y deliberada. Al compararlo con los países previos, el acceso a EQV en Francia es más expedito, pero se detecta la falta de promoción de este método anticonceptivo por parte de los especialistas, lo que dificulta el acceso a información oportuna y adecuada sobre el procedimiento (18).

Aspectos éticos y sociales

Los derechos sexuales y reproductivos reconocen la autonomía que tienen las personas para decidir sobre su fertilidad (1). Por lo mismo, constituyen un derecho accesible y voluntario el que las mujeres se decidan por la EQV con o sin hijos, pese a la oposición que existe en este último punto.

Esta oposición refleja cómo a lo largo de la historia el aparato estatal, la religión, cultura, sociedad y el sistema de salud han relevado los aspectos de maternidad y crianza como el rol más relevante de las mujeres, transformándolo en una carga social y en la idea de que una "familia ideal tiene más de un hijo" (19). Sin embargo, el concepto de familia y los roles de las mujeres en la sociedad han cambiado con el tiempo. La realización personal o profesio-

Tabla 2: Síntesis de requerimientos para la Esterilización Quirúrgica Voluntaria (EQV) en Mujeres

Países	Chile	Estados Unidos	Francia	Perú
Requisitos de accesibilidad para la EQV	<p>Ser mayor de edad.</p> <p>No tener ninguna discapacidad mental o cognitiva.</p> <p>Firmar consentimiento informado.</p> <p>Morbilidades crónicas deben estar en tratamiento médico y compensadas.</p> <p>IMC menor o igual a 35*.</p>	<p>Ser mayor de 18 o 21 años dependiendo de la norma federal.</p> <p>Firma de consentimiento informado.</p> <p>30 días de periodo de reflexión.</p> <p>No poseer ninguna discapacidad mental.</p>	<p>Ser mayor de edad.</p> <p>Debe solicitarse de forma voluntaria.</p> <p>Firma de consentimiento informado.</p> <p>Periodo de reflexión de 4 meses.</p>	<p>Debe ser solicitado de forma voluntaria.</p> <p>Ser mayor de edad.</p> <p>Dos sesiones de orientación/consejería previa</p> <p>Firmar consentimiento informado.</p> <p>Periodo de reflexión > 72 horas.</p> <p>Evaluación médica completa previa.</p> <p>No ejercer en mujeres menores a 25 años*.</p>

*Recomendaciones no condicionantes

Nota: La tabla anterior muestra comparación de requerimientos solicitados por los países estudiados en la investigación.

nal de las mujeres ha llevado a posponer la maternidad, o simplemente a no querer tener hijos, por lo que más mujeres buscan un método de alta eficacia como la EQV (99% de acuerdo con el Índice de Pearl) (1). Esto último ha sido difícil de aceptar por parte de la comunidad de profesionales de la salud y la sociedad en general, que usualmente plantean como argumento la posibilidad de la existencia de arrepentimiento ante la realización del procedimiento. Sin embargo, la probabilidad de arrepentimiento es mucho mayor en mujeres menores de 30 años, que no se corresponde a la mayoría de las mujeres que busca este método.

En Chile, entre un 5-15% de las mujeres evidencian algún tipo de arrepentimiento que, por lo general, se asocia a disolución o formación de nuevos vínculos, o al fallecimiento de un hijo (1). Pese a esto, se establece que no se debe negar el acceso a la EQV a mujeres nulíparas y/o jóvenes ya que se vulnera el principio de autonomía consagrado dentro de los derechos sexuales y reproductivos. En lugar de coartar, o incluso coaccionar la decisión de la mujer, debe establecerse una consejería libre de sesgos y juicios de valor en donde se les indiquen las condiciones y eficacia de cada uno de los métodos disponibles en los servicios (1). Si los servicios o los proveedores de éstos no pueden garantizar este tipo de prestación, las usuarias que solicitan la EQV deben ser derivadas a profesionales o instituciones competentes en la materia (1).

CONCLUSIONES

Las consideraciones clínico-legales utilizadas para la realización de la EQV en Chile y los países seleccionados son similares en términos de requisitos. Estos incluyen la solicitud voluntaria de la mujer, la mayoría de edad y la firma de consentimiento informado. Sin embargo, los tiempos de reflexión sobre el proceso varían entre países, siendo Chile el único en donde este período de reflexión no se incluye. El contexto en este ámbito puede ser fundamental, ya que los tiempos de espera para acceder a pabellones han aumentado, aún más después de la pandemia por la enfermedad del COVID-19.

Pese a que la esterilización quirúrgica femenina se considera una de las mejores opciones dentro de la amplia gama de oferta anticonceptiva en el país, se aprecia la existencia de una gran barrera en el acceso a ella, principalmente en el sistema público de sa-

lud. Esta consta de factores que pueden ser actitudinales, como las conductas de las y los profesionales de salud, quienes de forma contraria a los requisitos establecidos por la legislación de cada país tienen un rol decisivo o "última palabra" y ejercen poder sobre el cuerpo de las mujeres.

Este poder se manifiesta en la coacción soterrada o en la interpelación directa a la decisión cuando se rechazan solicitudes de esterilización de forma arbitraria. Por lo que pese a las luchas y los diferentes espacios que han logrado conquistar las mujeres en la actualidad, la autonomía femenina es coartada cuando existe un evidente poder y control del estado sobre su cuerpo. Por esto mismo, el rol profesional debería enfocarse en la educación y acompañamiento en las decisiones de las usuarias en lugar de ejercer influencia en ellas. Esto se traduciría en un mayor empoderamiento de las mujeres en torno a su salud sexual y reproductiva mediante la entrega de una adecuada y correcta información.

También existen factores administrativos en donde las modificaciones necesarias son de tipo estructural, estas se relacionan con las listas de espera para especialista y la priorización del uso de los pabellones quirúrgicos. Ambas circunstancias influyen en la rapidez con la que se puede llevar a cabo el procedimiento, ya que en ocasiones la espera por periodos prolongados podría involucrar una nueva gestación que inhabilita a la usuaria para la realización del procedimiento.

Un factor importante que no se debe pasar por alto es que una condición que prevalece para realizar el procedimiento es la realización inmediata después de un parto por cesárea. Esto condiciona a que mujeres sanas que consideren su paridad cumplida y que perfectamente podrían tener su parto vía vaginal se vean en la necesidad de someterse a una cesárea para poder optar a la esterilización.

Se perfila que nuevas investigaciones, con enfoque cualitativo y cuantitativo, intenten enfocarse en comprender las barreras de acceso a este método anticonceptivo en mujeres de edad fértil nuligestas, las que en los últimos años han manifestado, desde la sociedad civil, una serie de impedimentos adicionales a los develados en esta investigación.

Dado que parte del rol profesional de las matronas y matrones se fundamenta fuertemente en los derechos sexuales y reproductivos se hace impera-

tivo continuar estudiando las políticas públicas relacionadas con la asistencia a este grupo particular de mujeres en un contexto en donde las políticas con enfoque de género han tomado importancia en la agenda pública.

Las matronas y los matrones pueden influir de manera positiva a través de su rol como consejeras y consejeros en salud sexual y reproductiva en que se respete la autonomía de las usuarias. Entregar una consejería adecuada incluye no disuadir ni persuadir a las personas autónomas en sus decisiones; sino que orientarlas sin emitir juicios de valor.

Como profesionales de la salud es importante reconocer cuándo no es posible realizar una consejería libre de sesgos, por lo que se debe derivar a profesionales que puedan ayudar a la usuaria a navegar a través del sistema de salud cuando una solicitud no es acogida netamente por juicios de valor.

Para que esta influencia positiva desde el rol profesional se concrete es necesario que el Estado garantice el acceso oportuno para todas las usuarias que deseen acceder a este método de planificación familiar, sin restricciones arbitrarias y con garantías de respeto a los derechos humanos y a las consideraciones de género. Esto puede lograrse trabajando en la promoción del método e implementando políticas de salud sexual y reproductiva, de manera que se capacite constantemente a los profesionales de la salud para que tanto ellos como las usuarias reciban información actualizada respecto al procedimiento, la técnica a utilizar, condiciones para el acceso, riesgos y beneficios, entre otros.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad [Internet]. Chile. 2018 [consultado 30 de abril de 2022] Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.30_NORMAS-REGULACION-DE-LA-FERTILIDAD.pdf

2. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Síntesis de resultados Censo 2017 [Internet]. Santiago, Chile. 2018 Jun. [consultado 30 de abril de 2022] Disponible en:

<http://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>

3. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Esterilizaciones según sexo, por Región y Servicio de salud, SNSS 2016 (Datos preliminares). Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Santiago, Chile. 2021. [consultado 30 de abril de 2022] Disponible en:

<https://reportesdeis.minsal.cl/REM/2016/REM24SECCIOND/REM24SECCIOND.aspx>

4. Santana P, Peña E. Esterilización quirúrgica voluntaria como práctica anticonceptiva de las mujeres en Chile: resistencias, intereses y estigma reproductivo. *Antropología Sexual* [Internet]. 2020 Dic [citado 30 de abril de 2022]; 1(10): 105-23. Disponible en:

<https://revistas.inah.gob.mx/index.php/antropologiasexual/article/view/15886>

5. Escobar V, Sanhueza O. Mujeres profesionales en ruptura con la maternidad: La decisión de no tener hijos y sus implicancias en la esfera de lo laboral y la salud sexual-reproductiva en Chile, 2018. *Rev Enfoques* [Internet]. 2018 Oct [citado 30 de abril de 2022]; 16(29): 1-32. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7428979>

6. Casas L, Dides C. Objeción de conciencia y salud reproductiva en Chile: dos casos paradigmáticos. *Acta bioeth* [Internet]. 2007 Nov [citado 30 de abril de 2022]; 13(2): 199-206. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2007000200007&lng=en&rm=iso&tlng=en

7. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Goetzsche PC, et al. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. 2009. *PLoS Med* 6(7):e1000100. doi:10.1371/journal.pmed.1000100

8. United Nations (UN), Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Contraceptive Use by Method 2019: Data Booklet. 2019. [consultado 30 de abril de 2022]. Disponible en:

https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_contraceptiveusebymethod_databooklet.pdf

9. **Stuart G, Ramesh S.** Esterilización Femenina de Intervalo. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2018 [citado 30 de abril de 2022]; 131(1): 117-24. Disponible en: https://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Jan2018_Translation_Stuart.pdf
10. **Blümel J, Soledad M.** Anticoncepción en la premenopausia: Esterilización quirúrgica femenina. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2020 [citado 30 de abril de 2022]; 88(Supl 1): S109-S120. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2020/goms201l.pdf>
11. **World Health Organization, & World Health Organization.** *Reproductive Health*. (2015). Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth Edition. World Health Organization
12. **Gobierno de Chile.** Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de Regulación de la Fertilidad. Ley N° 20.418 de 28 de enero de 2010 [consultado 30 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010482>
13. **Tazkargy A.** From coercion to coercion: Voluntary sterilization policies in the United States. *Law & Ineq* [Internet]. 2014 Jun [citado 30 de abril de 2022]; 32(1): 1-35. Disponible en: <https://scholarship.law.umn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1247&context=lawineq>
14. **Gobierno de Francia.** Relativa a la interrupción voluntaria del embarazo y anticoncepción. Ley n° 2001-588 del 4 de julio de 2001 [consultado el 30 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000222631/>
15. **Ministerio de Salud de Perú (MINSA).** Norma Técnica de Planificación Familiar [Internet]. Perú. 2017 [consultado 30 de abril de 2022] Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>
16. **Guzmán A.** Controversias sobre anticoncepción. Anticoncepción quirúrgica voluntaria como alternativa a los métodos anticonceptivos reversibles de larga acción-LARC. *Rev Peru Ginecol Obstet* [Internet]. 2017 [citado 30 de abril de 2022]; 63(1): 81-82. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n1/a10v63n1.pdf>
17. **Samaniego R, Verastegui A, Mejia C.** Factores asociados a la no realización de la esterilización quirúrgica en mujeres gran multiparas de la serranía peruana, 2017. *Rev. chil. obstetra ginecol* [Internet]. 2019 [citado 30 de abril de 2022]; 84(1): 18-27. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000100018
18. **Gormley R, Vickers B, Norman WV.** Comparación de opciones para mujeres que buscan anticoncepción permanente en países de altos recursos: un protocolo para una revisión sistemática. *Syst Rev* 8, 74 [Internet]. 2019. [citado 30 de abril de 2022] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13643-019-0987-7>
19. **Julio L.** Maternidad: opción de vida o imposición social. *Rev Palobra* [Internet]. 2019 Oct [citado 30 de abril de 2022]; 19(2): 54-69. Disponible en: <https://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/palobra/article/view/2534/2119>