UNIVERSIDAD BERNARDO O'HIGGINS®
Facultad de Ciencias Médicas
Vicerrectoría Académica

VOLUMEN 8 | Nº1 | JULIO 2021

UBO Health Journal

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD BERNARDO O'HIGGINS

General Gana 1702
Campus Rondizzoni | Santiago

Mail: revistaubosalud@ubo.cl
Teléfonos: 56224772251 - 562247758

Dr. Jorge Rodríguez Díaz M.D., M.B.A.,
Decano Facultad Ciencias Médicas

ISSN: 0719 – 8698
ISSNe: 0719 - 8698

La revista UBO Salud (*UBO Health Journal*) es una publicación bi-semestral de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Bernardo O´Higgins.

Volumen 8, Número 2, febrero 2022.
ISSN: 0719 – 8698
ISSNe: 0719 - 8698
DOI: **10.23854/07198698.202181**

Director:
Dr. Jorge L. Rodríguez Díaz, M.D., M.B.A., Universidad Bernardo O´Higgins

Comité Editorial:
Prof. Dr. Cesar Cárcamo, M.D., Universidad de Chile – Clínica Alemana
Prof. Dr. Juan Cataldo, M.D., M.Sc., - Universidad de Chile
Prof. Rodrigo Salinas, M.D., Universidad de Chile
Prof. Sebastián Miranda, M.B.A., Universidad Autónoma de Chile
Prof. Alejandra Pérez, M.Sc., Universidad Autónoma de Chile
Prof. Juan Salas Pérez, M.Sc., Universidad Autónoma de Chile
Prof. Claudio Montejo, M.Sc., Universidad Católica Silva Henríquez

Comité de Redacción:

- **Secretario Ejecutivo**

Prof. Manuel E. Cortés, M.Sc., Ph.D., Universidad Bernardo O´Higgins

- **Secretario de Redacción**

Prof. Patricio R. Puebla, M.Sc., Universidad Bernardo O´Higgins

- **Asistentes de Redacción:**

Srta. Camila J. Riquelme Núñez, Universidad Bernardo O´Higgins

Página de la Revista:
https://www.ubo.cl/facultades/facultad-ciencias-medicas/

Calle General Gana n°1702, Santiago – Chile
Teléfonos: (56-2) 2 4772251 – (56-2) 2 4772258
E-mail: revistaubosalud@ubo.cl

ÍNDICE

IMPACTOS DE LA MENOPAUSIA Y CLIMATERIO EN LA SALUD SEXUAL DE LA MUJER, SEGÚN REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Belén Abarca Hidalgo, Constanza Escalona Cuevas, Stephanie Gutiérrez Garrido, Crystal Oñate Aránguiz, Monserrat Romero Feliú, Fresia Caba Burgos.

Página 4

HISTERECTOMÍA, EFECTOS PSICOSOCIALES EN MUJERES ENTRE LOS 30 Y 80 AÑOS EN LATINOAMÉRICA

Gloria Garcia, Bárbara Maldonado, Constanza Román, Bruno Tudela

Página 25

HERRAMIENTAS NO FARMACOLÓGICAS PARA LA PREPARACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

Francisca Neira Veloso, Gabriela Campos Medina.

Página 46

DUELO PERINATAL E IMPORTANCIA DEL ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE SALUD EN EL PROCESO

Grille Ulloa T., Núñez Higuera T., Pávez Vera J., Reyes Retamal V., Caba Burgos F.

Página 62

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE

Javiera Araya, Javiera Alvarado, Dayane Barahona, Tania Manzanares, Fabian Oyarce, Escarlet Venegas

Página 82

Política Editorial

Página 105

IMPACTOS DE LA MENOPAUSIA Y CLIMATERIO EN LA SALUD SEXUAL DE LA MUJER, SEGÚN REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

IMPACTS OF MENOPAUSE AND CLIMATERIA ON THE SEXUAL HEALTH OF WOMEN, ACCORDING TO BIBLIOGRAPHIC REVIEW

Belén Abarca Hidalgo, Constanza Escalona Cuevas, Stephanie Gutierrez Garrido, Crystal Oñate Aránguiz, Monserrat Romero Feliú, Fresia Caba Burgos.

DOI: 10.23854/07198698.202181

Abstract

Background: Analysis of changes affecting women's sexual and reproductive health at the premenopausal to postmenopausal stage. The aim is to recognize how it affects the population, the difficulties faced by each age group, and to recognize the focus of the problem of menopausal women's sexual health, as well as to seek improvements.

Methods: A bibliographic review of scientific literature published between 1999 and 2020 was carried out. The bibliographic search was carried out in the databases of Scielo, Medes and Medigraphic

[1]**Autor de correspondencia:** ***Belén Abarca Hidalgo, Constanza Escalona Cuevas, Stephanie Gutiérrez Garrido, Crystal Oñate Aránguiz, Monserrat Romero Feliú, Fresia Caba Burgos.*** Alumnas y Docente de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Bernardo O´Higgins; General Gana 1702, Santiago, Chile. Mail: Christian.hernandez@ubo.cl

Results: Twelve articles were selected, of which 8 were original researches and 4 were bibliographical reviews carried out on women in perimenopausal period with a mean age of 40. 5 to 62. 6 years

Conclusions: Although the changes in women imply the climacteric stage and menopause, although they are gradual, most of the times do not cease to be important and although the symptoms vary a lot from psychosocial and cultural factors play a considerable role in women's perception during this period, because of all this, sexuality will be affected or not. It should be noted that the decrease of estrogens causes the alteration of several factors such as the decrease in vaginal lubrication, the shorter orgasmic phase, less expansion of the vagina during sexual arousal, decreases muscle tension, decrease of blood supply and of the strength of the perineal muscles. There are also other changes that are no less important, such as changes in the body configuration that may favor the loss of sexual desire.

Key Words: Keywords: Menopause, Sexuality, Climacteric, HRT, Female Sexual Dysfunction.

INTRODUCCION

La mujer a lo largo de su vida debe pasar por distintas etapas, comenzando desde la infancia, adolescencia, pubertad, edad adulta y hasta la senectud, donde cada una de estas, está acompañada de cambios físicos, hormonales y psicológicos, que afectan la vida de todas las mujeres. (1)

La menopausia, según la OMS se refiere al cese permanente de la menstruación o a lo largo de 12 meses consecutivos de la ausencia de esta, provocado por detención de la actividad ovárica, creando una deprivación hormonal a nivel gonadal (estrógenos y progesterona) que son sumamente importantes en la vida de la mujer y, que poseen receptores en distintas partes del cuerpo, así cuando dejan de estar presentes se produce un deterioro gradual de diversos órganos. Este

período ocurre por lo general, entre los 45 y 55 años de la mujer. (1)

El “Climaterio” es un periodo que comprende la etapa de la menopausia, este deriva del griego “klimakter”, el cual significa “peldaño, escalón en la vida de una persona, momento difícil de superar", comienza un unos años antes de la menopausia (perimenopausia), y se extiende hasta años después (posmenopausia). Este es considerado como una crisis vital evolutiva, ya que, la mujer experimenta diversos cambios y sensaciones en este período de su vida, presentando síntomas propios característicos de esta etapa (bochornos, cambios repentinos de ánimo, entre otros). (2)

En el climaterio, la salud de la mujer y su calidad de vida se puede ver afectada por los cambios hormonales (principalmente la pérdida repentina de estrógenos y progresiva de progesterona) y por los que estas mujeres deben pasar. Además, debemos conocer las condiciones de salud previa de cada mujer (enfermedades de base, y características psicológicas), entorno social/laboral, estilo de vida y factores ambientales, los que pueden contribuir a disminuir la calidad de vida de la mujer e incrementar el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas o incluso empeorar estas enfermedades si ya las posee. (2)

Por consiguiente, debido a todos los procesos ya mencionados, uno de los cambios más significativos para la mujer es la alteración de la vida sexual y reproductiva en esta etapa, ya que es un pilar muy importante para su bienestar, y se interrelaciona con su bienestar físico, psicológico y social. Se caracteriza principalmente por eventos como disminución del deseo sexual, dolor a la penetración, insatisfacción, evitación de las relaciones sexuales, sequedad vaginal, entre otros, lo que pueden originar frustración y crear en la mujer una desadaptación que ocasione desinterés, sentimientos de

baja autoestima, desapego, o incluso derivar a otros problemas.

Según las orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio en el nivel primario de la red de Salud (APS), en un grupo etario de mujeres entre los 45 a 64 años en el 2009, se observaron un total de egresos hospitalarios de un 17,7% (total de 183.004 mujeres). Las principales causas son: enfermedades del sistema digestivo (17,0%), tumores (16,5%), enfermedades del sistema genitourinario (14,2%). (Según datos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL). Considerar que dentro de este rango etario las mujeres se encuentran en un periodo de perimenopausia, menopausia y posmenopausia. (3)

Dado los antecedentes mencionados anteriormente, surgen las siguientes interrogantes, las cuales se responderán a través de objetivos planteados, para la presente revisión bibliográfica, en la que se consideran los últimos 22 años.

OBJETIVOS

- Reconocer cómo afecta la menopausia en la población.
- Dificultades que presenta cada grupo etario.
- Reconocer el foco del problema de la salud sexual de la mujer menopáusica y buscar respectivas mejoras.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica utilizando la metodología de Scopíng Review, este tipo de revisión es utilizada fundamentalmente para sintetizar el conocimiento científico e identificar lagunas en la investigación (4). Esta revisión fue realizada en conjunto por estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Bernardo O'Higgins.

Se consultaron variadas fuentes de información, entre ellas; Scielo, Medigraphic, Medes, Medline, por la factibilidad de acceso de sus publicaciones con respecto al área de salud a nivel nacional e internacional.

Se seleccionaron artículos de los años 1999 a 2020. La idea principal de esta selección es relacionar los cambios que existen en la salud sexual de la mujer durante el periodo climatérico a través del tiempo, y también realizar una comparación entre los síntomas y signos que pueden presentar estas mujeres en cuánto al año que fue realizado el estudio.

Para la identificación y filtración de los artículos de las bases de datos, se utilizaron diferentes palabras claves como ‘’Menopausia’’, ‘’Sexualidad’’, Climaterio’’, ‘’TRH’’, ‘’Disfunción sexual femenina’’, con el fin de poder facilitar la búsqueda y realizar un estudio más exhaustivo del tema.

Para la selección de artículos se establecieron ciertos criterios de inclusión, para abordar temas puntuales enfocados en cómo se ve afectada la salud sexual y reproductiva de la mujer en periodo climatérico o post menopausia

De un total de 50 artículos identificados (100%), se excluyeron ciertos artículos científicos por no poseer algunos requerimientos bibliográficos que se alejaron de nuestra búsqueda central, como, por ejemplo: Se excluyó el 40% de los artículos por no abordar el objetivo de nuestra investigación, el 16% de los artículos por poseer otro formato, el 14% de los artículos por no tener resúmenes disponibles, y finalmente, se excluyeron el 6% de los artículos por no cumplir con los criterios de inclusión considerados para la selección como es el caso de la edad, los años de la investigación, información desactualizada, entre otras cosas.

Los protocolos de recopilación de información se basaron mayormente en la búsqueda de estudios cuali-cuantitativos, ya que, era necesaria la información completa, tanto objetiva como subjetiva con datos científicos fundamentados. Se incluyeron las siguientes variables: a) Características generales de los estudios: autores, título, año de publicación y revista científica. b) Aspectos metodológicos según apartados del estudio:

Resumen, objeto principal del estudio, materiales y métodos, tipo de diseño epidemiológico, direccionalidad del diseño, población y muestreo, tiempo de desarrollo del estudio, tamaño de la muestra, tipo de población, rango de edades, país, entre otros. c) Resultados, relacionados a investigación principal, entre otros. d) Discusión, conclusiones.

De los 12 (100%) artículos seleccionados para su utilización en esta investigación, 7 (58,3%) de estos artículos fueron recopilados a través de la página Web Scielo, los cuales corresponden a estudios realizados entre los años 1999 y 2018, estudiando a grupos de mujeres entre los 40 y 69 años. Dentro de estos 7 (58,7%) artículos seleccionados, 6 (90%) de ellos, su fuente de datos es de investigación original, y el otro (10%), su fuente de datos es de una revisión bibliográfica. El tamaño de la muestra en estudio en cada uno de estos artículos fue variable y en cuanto a los resultados se obtuvieron algunas semejanzas entre ellos.

También, dentro de los 5 (41,7%) artículos seleccionados restantes, 3 (60%) de éstos fueron recopilados a través de la página Web Medigraphic, con estudios realizados entre los años 2019-2020, estudiando a grupos de mujeres entre los 34 y 65 años. Dentro de estos 3 (60%) artículos seleccionados, 2 de ellos (66,7%), su fuente de datos es de revisiones bibliográficas, y el otro restante (33,3%) su fuente de datos es de una investigación original. El tamaño de la muestra en estudio de cada uno de estos artículos, además de los resultados que se obtuvieron, fueron variables, encontrando algunas semejanzas entre sí.

Finalmente, dentro de estos 5 (41,7%) restante de los artículos seleccionados, los otros 2 (40%) de artículos seleccionados fueron recopilados a través de la página Web Medes, en los cuales se encontraban estudios realizados entre los años 2010 y 2015, estudiando a grupos de mujeres entre los 40 y 59 años. Dentro de estos artículos seleccionados, 50%

corresponde a artículos de revisión, y el resto, su fuente de datos es de una investigación original. El tamaño de la muestra en estudio en estos dos últimos artículos fue variable. En cuanto a los resultados que se obtuvieron fueron similares entre ellos.

¿Cómo influyen en la sexualidad los cambios durante el climaterio?

A eso de los 35-40 años, en la mujer se ve una baja progresiva de los niveles de estradiol circundante, debido a la atresia folicular y la disminución de los niveles de inhibina, lo que afecta a los cambios producidos durante la menopausia y climaterio que atacan fuertemente en la sexualidad de la mujer, debido a que la disminución de estrógeno afecta directamente a la producción del moco cervical, tanto en la disminución de la cantidad como su textura, problemas urogenitales tales como la atrofia de la mucosa vaginal, lo qué también es un fuerte impacto para la libido (6). Por otro lado, encontramos problemas neuropsiquiátricos como trastornos del ánimo, aumentando la incidencia de depresiones post menopausia, problemas cardiovasculares como elevación del colesterol total junto con la disminución del HDL, pudiendo producir un síndrome metabólico y cardiovascular. Por otra parte, encontramos los problemas óseos progresivos, viéndose aumentada las posibilidades de fracturas y osteoporosis debido a la disminución de la fijación del calcio.

Manejo

Dentro de los roles de la matrona durante esta etapa, se encuentra preparar a la mujer tanto de manera psicológica, como física para comenzar a vivir este proceso en base a la consejería, educar e informar lo que está pasando en ella de acuerdo a su sintomatología y edad que se encuentra cursando, explicando cambios tanto fisiológicos de este proceso, y psicológicos por los cuales transcurre. Considerando también que existen terapias hormonales como no

hormonales como tratamiento durante este período.

Luego de un año del cese de períodos menstruales, podemos evaluar la posibilidad de terapias de reemplazo hormonal (TRH), la cual nos ayuda con el aumento de los niveles de estrógeno, disminución de problemas vasomotores como bochornos, aumento de lívido, disminuyendo riesgos psicosociales y mejorando la calidad de vida de la mujer.

En caso de no tener certeza qué la usuaria está en menopausia, solicitar examen de FSH.

Es recomendado que las mujeres desde los 35-40 años comiencen un tratamiento de calcio exógeno y también de colágeno, para disminuir los riesgos óseos presentes durante la etapa del climaterio, qué ocurren progresivamente con el aumento de años.

En cuanto a problemas mórbidos que se pudiesen presentar, podemos incentivar a la mujer a un estilo de vida saludable, consiguiendo ayuda incluso de un profesional de nutrición si fuera necesario.

En el control de climaterio, hay acciones significativas que se deben realizar:

1. Toma de presión arterial.
2. Talla y peso (IMC).
3. Circunferencia de la cintura.
4. Anamnesis completa (con enfoque en las necesidades de la usuaria).
5. Aplicar análisis MRS y formulario complementario.

PROGRAMA SALUD DE LA MUJER
MINSAL

☐ MRS - Ingreso ☐ MRS - Control

NOMBRE _____ FECHA _____

ESCALA MRS PARA EVALUAR CALIDAD DE VIDA EN PERIMENOPAUSIA Y MENOPAUSIA

	¿Cuál de las siguientes molestias siente en la actualidad y con qué intensidad? Marque solamente una casilla en cada línea	No siente molestia	Siente molestia leve	Siente Molestia moderada	Siente molestia importante	Siente demasiada molestia
	PUNTOS	0	1	2	3	4
1	Bochornos, sudoración, calores					
2	Molestias al corazón (sentir latidos del corazón, palpitaciones, opresión al pecho)					
3	Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones, dolores reumáticos)					
4	Dificultades en el sueño (insomnio, duerme poco)					
5	Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste, a punto de llorar, sin ganas de vivir)					
6	Irritabilidad (sentirse tensa, explota fácil, sentirse rabiosa, sentirse intolerante)					
7	Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al pánico)					
8	Cansancio físico y mental (rinde menos, se cansa fácil, olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse)					
9	Problemas sexuales (menos ganas de sexo, menor frecuencia de relaciones sexuales, menor satisfacción sexual)					
10	Problemas con la orina (problemas al orinar, orina más veces, urgencia al orinar, se le escapa la orina)					
11	Sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en los genitales, malestar o dolor con las relaciones sexuales)					

Para uso del profesional	Somático (1 al 4)	Psicológico (5 al 8)	Urogenital (9 al 11)	Total

1. Schneider HP, Heinemann LA, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM. The Menopause Rating Scale (MRS): comparison with Kupperman index and quality-of-life scale SF-36. Climacteric. 2000 Mar;3(1):50-8.
2. Schneider HP, Heinemann LA, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM. The Menopause Rating Scale (MRS): reliability of scores of menopausal complaints. Climacteric. 2000 Mar;3(1):59-64.
3. Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). Health Qual Life Outcomes. 2003 Jul 30;1:28.
4. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP, Strelow F, Heinemann LA, Do MT. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. Health Qual Life Outcomes. 2004 Sep 2;2:45.
5. Heinemann LA, DoMinh T, Strelow F, Gerbsch S, Schneiker J, Schneider HP. The Menopause Rating Scale (MRS) as outcome measure for hormone treatment? A validation study. Health Qual Life Outcomes. 2004 Nov 22;2:67.
6. Chagas MC, Zerbetto Sousa T, Heinemann LA, Osorio D. Quality of life and hormone use: new validation results of MRS scale. Health Qual Life Outcomes. 2006 May 31;4:32.
7. Kendall P, Aguirre W, Hidalgo L, Fayad L. Assessing menopausal symptoms among healthy middle-aged women with the Menopause Rating Scale. Maturitas. 2007 Jul 20;57(3):271-8
8. Avelo S, Schuetrumpf L, Canada D, Porzio A. Quality of life in climacteric Chilean women treated with low-dose estrogen. Maturitas. 2008 Nov 20;61(3):249-51.
9. Prado M, Fuenzalida A, Jara D, Figueroa R, Flores D, Blumel JE. [Assessment of quality of life using the Menopause Rating Scale in women aged 40 to 59 years]. Rev Med Chil. 2008 Dec;136(12):1511-7.

Fig1 ESCALA MRS: Esta escala nos ayudará a saber si la usuaria es candidata a comenzar una terapia de reemplazo hormonal (TRH).-MRS 15pts: TRH muy necesaria. -MRS Adecuada de 3 a 8 pts.

Nombre.....
Edad: ..... años RUN/RUT: .....
☐ Ingreso fecha: .....
☐ Control fecha: .....

Fecha de última menstruación, (regla):	Durante el último año la menstruación me llega:	El sangrado de mi menstruación es:
	☐ Una vez todos los meses ☐ Varias veces en un mes ☐ No me llega todos los meses ☐ Sangro durante todo el mes	☐ Igual que siempre ☐ Diferente ☐ Poco ☐ Abundante ☐ Con coágulos

1	Uso pastillas anticonceptivas	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe o no responde
2	Uso otras hormonas	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe o no responde
3	Estoy operada para no tener más hijos	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe o no responde
4	Tengo útero	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe o no responde
5	Tengo ovarios (al menos uno)	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe o no responde
6	Tengo pareja	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe o no responde
7	Tengo actividad sexual	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe o no responde
8	Uso antidepresivos o remedios para dormir	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe o no responde
9	Uso remedios para la diabetes	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe o no responde
10	Uso remedios para la presión arterial	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe o no responde
11	Estoy en control en otros programas de mi consultorio:	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe o no responde
	¿En cuál/cuáles?			

Fig2: Formulario complementario a escala MRS.

6. Aplicación de FRAX u ORAI (evaluación de riesgo de fractura).
7. EMPA
8. Cálculo de riesgo cardiovascular.
9. Detección de depresión mayor mediante EMPA modificado.
10. Examen físico con énfasis en examen de mamas y genital.

ANEXO 3. ORAI (OSTEOPOROSIS RISK ASSESSMENT INSTRUMENT).

Parámetro	Rangos	Puntaje	Valor registrado
Edad (años)	45-54 55-64 65-74 >75	0 5 9 15	
Peso (kg)	>69 60-69 <60	0 3 9	
TRH	Sí No	0 2	
Puntaje total			

Riesgo elevado>8. Se justifica una densitometría ósea

FIGURA 1: Proceso de selección de estudios publicados que abordan los "Impactos de la menopausia en la salud sexual, según revisión bibliográfica."

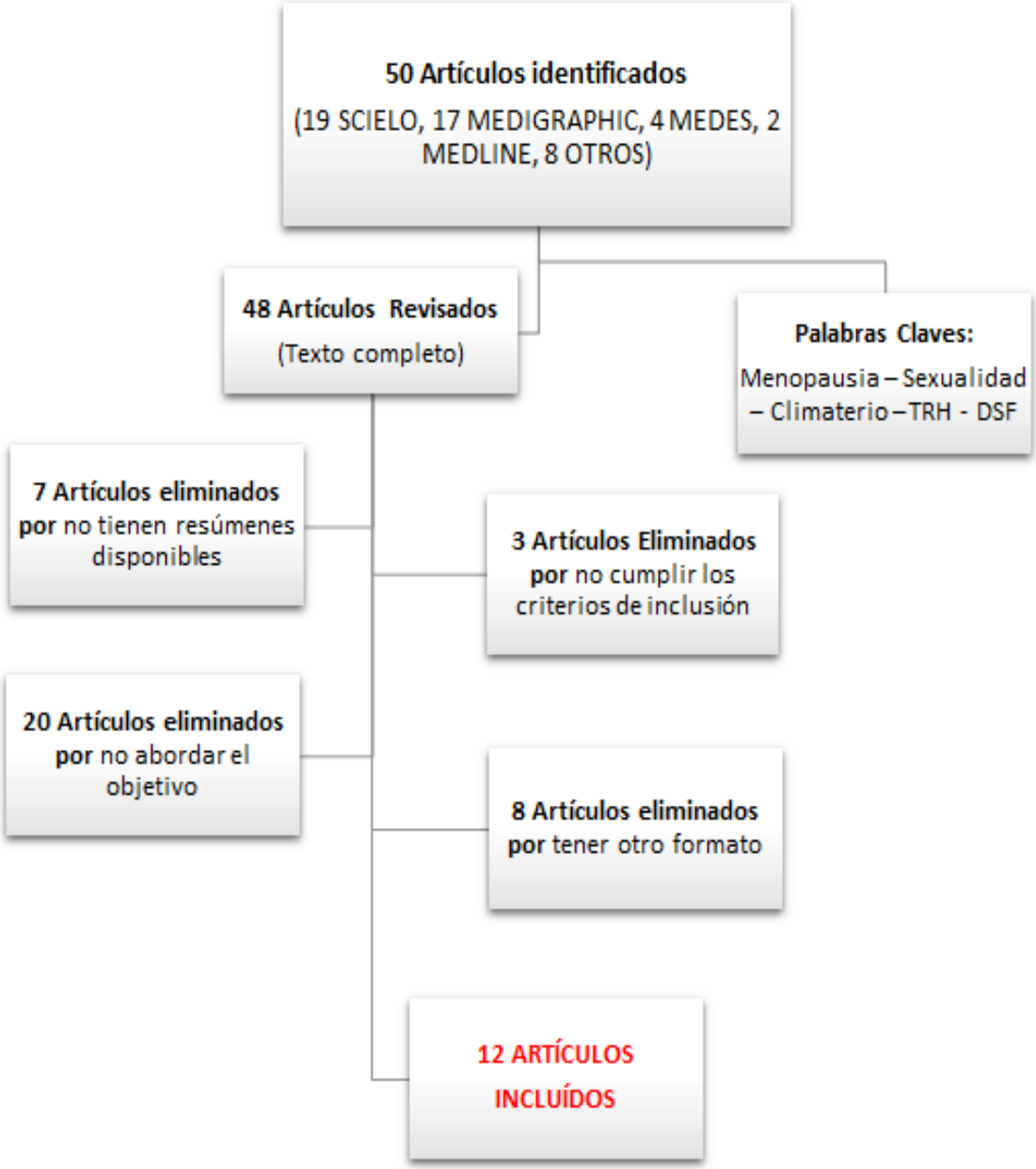


TABLA 1: Aspectos metodológicos de cada artículo seleccionado.

Título	Página web	Primer autor y año	Fuente de datos	Población de estudio	Tamaño de muestra	Variables resultado
1. Prevalence of genitourinary syndrome of menopause and impact on sexuality of women.[4]	Scielo	Franklin José Espitia De La Hoz (2018)	Investigación original	Edad media 59,73 (SD ± 8,4)	De un total de 663 mujeres inscritas en el programa climacterium, 597 (90%) fueron seleccionadas y, de ellas, trece (2,17%) se negaron a participar.	De los participantes, el 39,24 % tenía hipertensión, el 7,52 % tenía diabetes tipo II, el 32,79 % de dislipidemias (54,09 % de niveles bajos de colesterol HDL, 24,59 % de triglicéridos altos y 21,31 % de colesterol total elevado) y el 6,45 % tenía hipotiroidismo. La prevalencia del síndrome genitourinario de la menopausia en la población del estudio fue del 51,61 %.
2.Percepción de la menopausia y la sexualidad en mujeres adultas mayores. [5]	Scielo	Ángela Johanna Vargas-Fandiño, (2016)	Investigación original	Mujeres con diagnóstico de menopausia entre 44-69 años.	Participaron 16 mujeres, 8 de cada institución, en el cual eran atendidas en la Clínica Universidad de La Sabana (Chía).	Emergieron cinco categorías: “Percepción de la menopausia”, “Cambios que induce la menopausia”, “Cambios en la vida sexual durante la menopausia”, “La sexualidad durante la menopausia” y “Apoyo médico para afrontar la menopausia”.
3. Climaterio, familia y sexualidad. [6]	Scielo	Miguel Lugones Botell (1999)	Investigación Original	Mujeres entre 40 a 59 años de edad	Este estudio se realizó a un total de 53 mujeres de un	1. Hubo incidencia significativa de síntomas psíquicos, predominando en las postmenopáusicas. 2. Los más frecuentes

					consultorio médico de la familia No. 16 del policlínico "Jorge Ruíz Ramírez"	fueron ansiedad, depresión e irritabilidad. 3. Se encontraron alteraciones en la esfera sexual predominando en las postmenopáusicas de manera significativa, y fueron la evitación de las relaciones sexuales, la disminución del deseo sexual, el dolor a la penetración y la insatisfacción los más frecuentes. 4. Se encontraron alteraciones en las relaciones familiares dadas principalmente por la falta de comunicación y las discusiones en ambos grupos.
4. Influencia del climaterio y la terapia hormonal de reemplazo sobre la sexualidad femenina. (7)	Scielo	Jorge Omar Arena (2006)	Investigación original	Mujeres en periodo de climaterio con uso de terapia de reemplazo hormonal	Se realizó una revisión de la bibliografía encontrada en el tema. A partir de una serie de búsquedas sistemáticas de trabajos científicos. Se obtuvieron un total de 465 trabajos que abordaron el	Afectando la esfera biológica como psicológica y comportamental de la misma. Factores endocrinos y tróficos sobre los distintos tejidos. El deseo sexual y el orgasmo se afectan en forma más variable, no dependiendo exclusivamente de parámetros biológicos.

					tema.	
5. Factores biológicos y sociales que influyen en la salud de la mujer durante el climaterio y la menopausia. (8)	Medigraphic	Eneida Bravo Polanco (2019)	Revisión bibliográfica	Mujeres 34-65 años, con factores sociales y biológicos influyentes en la menopausia.	Revisión bibliográfica realizada a partir de estudios realizados a mujeres de diferentes países y culturas para ampliar la revisión del resultado.	Las estadísticas revelan que las cifras más altas en cuanto a cantidad de mujeres menopáusicas la alcanzan países como: Chile con un 80%, Uruguay 67,4%, Venezuela 62,7%, Ecuador 60,10%, Panamá y República Dominicana con el 56,6% seguidos de Perú con el 51,6%, mientras que en México y Colombia las sumas fluctúan entre un 49,50% y un 48,30% respectivamente. Cada una de estas mujeres con factores biológicos y sociales influyentes.
6.Tratamiento local del síndrome genitourinario en la menopausia.(	Medigraphic	Dra. Montserrat Duarte Jeremías (2020)	Revisión bibliográfica	Mujeres en fase de menopausia que con	Recopilación de artículos en línea, con fechas de publicación no mayores a	El síndrome genitourinario es más común en la pre-menopausia con una prevalencia entre el 15% y el 50% aproximadamente, y que

[9]				"atrofia vaginal", "síndrome genitourinario", "estrógenos tópicos" y "menopausia", como criterios de elección temática	cinco años de antigüedad, en las bases de datos de Up to Date y PubMed, durante el mes de enero y febrero de 2020.	aumenta hasta un 57% en mujeres menopáusicas.
7. Aspectos éticos y sociales de la sexualidad de la mujer en el climaterio y la posmenopausia.[10]	Medigraphic	Miguel Lugones Botell (2019)	Investigación original	Estudio descriptivo transversal de las mujeres comprendidas entre 40 y 64 años de edad.	Participaron 85 mujeres, las cuales acudían a la consulta de climaterio y menopausia del Policlínico Universitario.	Las variables que se estudiaron corresponden a la edad, la etapa del climaterio que se encontraba cada persona, síntomas psicológicos y biológicos, predominaron las mujeres entre 40 y 44 años (25,3 %) y entre 45 y 49 años (22,9 %). El motivo de consulta no fue relacionado con problemas de la sexualidad, sino que la gran mayoría (79 pacientes; 95,1 %) asistió a consulta por otros motivos.
8. Climaterio, daño vascular y	Scielo	Miguel Lugones Botell	Revisión bibliográfica	Mujeres en etapa de	Revisión y actualización particularizada	Los niveles de factores de riesgo aumentan significativamente a

sexualidad. (11)		Diciembre 2013.		climaterio y menopausia	de los diversos factores que se deben considerar, de manera común, con respecto a la sexualidad y a la salud vascular en la mujer en la etapa del climaterio y la menopausia	medida que las mujeres cambian del estado premenopáusico al posmenopáusico, sin embargo, está totalmente demostrado que existe asociación entre los hábitos y estilos de vida con la presencia de muchas enfermedades crónicas y factores de riesgo que aparecen en esta etapa de la vida, como la HTA, DM, sobrepeso y la obesidad, entre otras afecciones.
9.Comportamiento y tratamiento de los trastornos sexuales en el climaterio. (12)	Scielo	María Caridad Jiménez Chacón(2010).	Investigación original	Comprendía mujeres de40-55 años.	Se realizó una investigación observacional, descriptiva de corte transversal de 101 mujeres que asistieron a la consulta de climaterio y menopausia del hospital "Julio Trigo López"	Se observó que existe una disminución de la libido en las edades de 45 a 49 años (un 39 %). Esta sintomatología se presenta en mujeres con la menopausia de causa quirúrgica para un 70,3 % del total de mujeres menopáusicas, además se observó que en la esfera sexual predominó la insatisfacción para un 53,1 % y la disminución del deseo sexual para un 23,4 %.
10. Estudio de la sexualidad en la mujer	Scielo	Valentín Martínez Camilo(2005)	Investigación original	Comprendía de mujeres entre los	La muestra estuvo constituida por 280	La mujer en este período de la vida refiere sentirse mal, tanto física como psicológica,

en el período climatérico. (13)				40-59 años.	mujeres que asistieron a la consulta de climaterio del hospital universitario ginecoobstétrico de Guanabacoa.	es por eso que el no rendir como antes es uno de los principales problemas que manifiestan las mujeres. Otro de los resultados significativos fue la disminución del deseo sexual,sofocos, falta de contacto y vinculación.
11.Disfunción sexual femenina en el climaterio. (14)	Medes	M.ª Analía Gómez Fernández (2010)	Artículo de revision	Mujeres con menopausia y artículos relacionados con la sexualidad en el climaterio, sus características y las posibles alternativas, recomendaciones o terapias para mejorar la vida sexual en esta etapa.	Búsqueda bibliográfica en las bases de datos de PubMed y artículos relacionados en MedLine, CINAHL y Cochrane Library.	Existen cambios en el climaterio que pueden influir en la sexualidad, entre los cuales cabe destacar la disminución en la lubricación vaginal durante la excitación sexual, las contracciones orgásmicas, la plenitud mamaria e incluso la erección de los pezones, así como la necesidad de un mayor tiempo para la estimulación y la Excitación sexual.
12. Climaterio y	Medes	Sanchez Izquierdo	Investigación	Edad comprendi	102 mujeres con	El 65.6% de las mujeres presentan disfunción

sexualidad. [15]		(2015)	original	da entre los 45 y los 59 años.	menopausia natural que acudían al Hospital de Mérida, al Centro de Salud Urbano o pertenecían a la Asociación de mujeres "Malvaluna" y a de mujeres progresistas Los criterios de inclusión fueron mujeres sanas entre los 45 y 59 años, que no habían presentado menstruación en los 12 meses previos a la realización del cuestionario.	sexual después de la menopausia, dato en consonancia con el hecho de que el 67% de mujeres afirman tener algún tipo de dificultad en sus relaciones sexuales.

Resumen general artículos seleccionados

El documento presente está compuesto en base a 12 artículos, los cuales fueron seleccionados de acuerdo a una estricta revisión. Estos artículos hablan de cómo afecta la menopausia, climaterio y todo lo que significa esto en la sexualidad de la mujer, entregándonos factores emocionales en los cuales mujeres refieren sentir temor, desgano, inclusive tristeza, factores psicológicos en los cuales se pueden presentar trastornos de la personalidad y sociales por el miedo a "Qué pensará el otro", así como también factores biomédicos en los cuales se habla de las disminuciones de estrógenos y el impacto de este en la menopausia. También podemos encontrar artículos que nos entregan información más bioestadística, entregándonos porcentajes de encuestas a mujeres relacionadas a situaciones durante periodo climatérico y menopausia.

Resultados

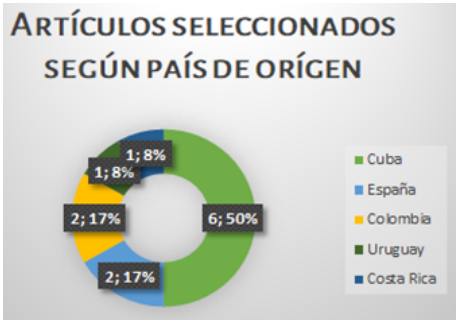


Gráfico 1. (País de origen de cada artículo seleccionado)

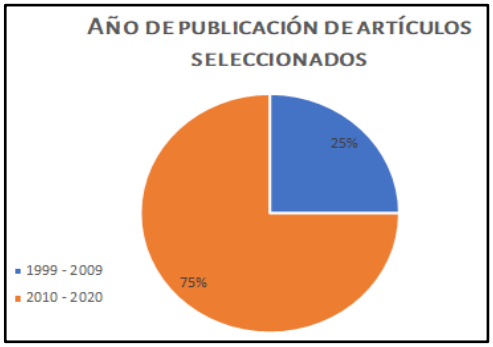


Gráfico 2. (Distribución de los artículos seleccionados, según año de publicación)

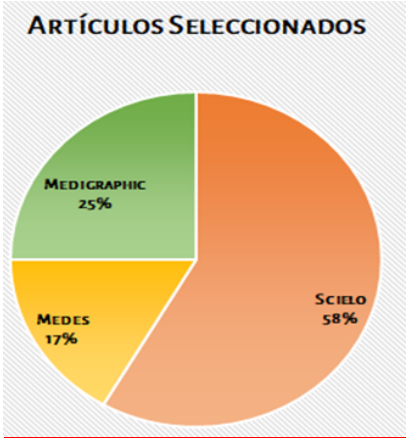


Gráfico 3. (División según revista que publica el articulo)

Discusión

Es importante reconocer que las mujeres cuando comienzan y transcurren el momento de su vida llamado "Menopausia", se ven enfrentadas a diversos factores que podrían afectar su estilo y calidad de vida, hablamos de un periodo qué lo compone el climaterio y al cese de menstruaciones, o bien una transición desde la etapa reproductiva fértil a la etapa no reproductiva, qué principalmente trae consigo cambios hormonales a partir de los 35 años, teniendo un peak aproximadamente a los 45 años de edad. Los cambios hormonales que predominan son disminución de producción de estrógenos y progesteronas, y que además conlleva a la dispareunia (dolor durante el coito), aumento de sudoración (el comúnmente llamado bochorno), entre otros.5 Los cuales en conjunto también, de emociones y sentimientos como frustraciones, inseguridades e incomodidades en las mujeres, en muchos casos por la poca lubricación y falta del apetito o deseo sexual, vergüenza por el mal momento del "bochorno" y así sucesivamente, lo qué nos da como resultado una vida biopsicosocial afectada, en aquellas

mujeres, lo que podría traer consigo trastornos depresivos, de ansiedad y nuevas preocupaciones en la vida de éstas personas (6).

También podemos identificar que durante este período las personas ven modificados sus estilos de vida, porque se ven afectados por los síntomas, dónde deben adaptarse a nuevos cambios e implementar, por ejemplo, nuevos hábitos, o mejorar hábitos anteriores para disminuir la probabilidad de tener nuevas patologías, por ejemplo, que pudiesen empeorar su calidad de vida, aprender nuevas cosas, entre otros.

Durante esta investigación se visualizaron diversos factores que afectan en la esfera de la Salud sexual de las mujeres durante la menopausia en un rango de edad aproximadamente, entre los 34 y 69 años. Estos factores ya sean biológicos, sociales y psicológicos, son importantes, ya que, tienen directa relación en cómo impactan y tienen repercusión en la vida de cada persona. Por ejemplo, en su desarrollo como seres humanos durante esta etapa.

Con respecto a los 12 estudios seleccionados, se logró realizar una comparación entre los distintos efectos causados en las mujeres en cuestión, en relación a diversos parámetros observados como, las edades, nacionalidades, y distintos años en qué fueron realizados los estudios.

Al realizar la comparación entre el estudio descriptivo llamado “Climaterio, familia y sexualidad”, en un consultorio médico de la familia No. 16 del policlínico "Jorge Ruíz Ramírez", ubicado en La Habana, Cuba, a mujeres de edades entre 40 a 59 años, durante los meses de mayo y junio del año 1997; se observaron que, de aquellas mujeres, un alto porcentaje de ellas, demostró disminución del deseo sexual durante este período, además de la evitación de las relaciones sexuales. Estos resultados se pueden relacionar o asimilar, con los obtenidos en el estudio llamado “Percepción de la menopausia y la

sexualidad en las mujeres adultas mayores en dos hospitales universitarios de Bogotá Colombia, en el año 2015". En este estudio, se realizó una comparación en mujeres entre los 44 a 69 años, donde se presentaron resultados semejantes al estudio antes mencionado, donde aquellas mujeres refieren tener disminución del deseo sexual, que conlleva a reducir la frecuencia de las relaciones sexuales.

Si observamos ambos estudios antes planteados, realizados en años totalmente alejados y distintos, además de ser personas de nacionalidades diferentes, se relacionan en cuanto a los síntomas y signos de las mujeres, de hecho, en ambos estudios se mencionan síntomas semejantes entre sí como es sequedad vaginal, dolor a la penetración; lo que llevaría a evitar la relación sexual. Es necesario en este caso, por ejemplo, que se le dé énfasis en qué estos síntomas antes mencionados se deban tratar idealmente de manera oportuna y clara, ya que, a pesar de los años de diferencia entre ambos estudios, siguen siendo los mismos que se presentan en la actualidad, dónde probablemente con la ayuda y asesoría de un profesional especialista en el área ginecológica podría ser de mucha utilidad para mejorar la vida sexual de aquellas mujeres. De hecho, al observar el artículo llamado "Tratamiento local del síndrome genitourinario en la menopausia", publicado el año 2020, se menciona dentro de las conclusiones realizadas qué durante el examen físico con sus hallazgos y síntomas, en donde hay que poner mayor énfasis en las mamas, ya que, a esta edad aumenta la probabilidad de patología mamaria donde, aumenta también la visualización y palpación de nódulos mamarios, también especial visualización en la zona genital para observar vulva y vagina para hacer énfasis en un trofismo, lubricación, presencias de prolapsos (qué se evalúan con un test de esfuerzo de 10 segundos), realizar una especuloscopia para la visualización del

cuello uterino, porque se aprecia un cuello más corto en usuarias postmenopáusicas, y dentro del mismo realizar la toma de PAP no vigente. A este agregarle un tacto vaginal bimanual para conocer las características del útero y anexos, y así el profesional especialista en el área puede hacer un diagnóstico sobre el síndrome genitourinario, así como de la menopausia, que conlleva un conjunto de síntomas vulvovaginales y vesicouretrales producidos durante este período. Esto se menciona también en otros artículos utilizados en esta investigación.

Además de los factores ya antes mencionados, que se ven afectados en la vida de las mujeres en este proceso por el que pasan, debemos reconocer que también se observa similitud entre los distintos estudios, que mencionan el aspecto social como una esfera que se ve altamente afectada durante este momento. Con esto nos referimos a cómo se relaciona en este caso la mujer con su familia, por ejemplo. Al revisar el artículo llamado "Aspectos éticos y sociales de la sexualidad de la mujer en el climaterio y la posmenopausia", realizado entre los años 2017 y 2018, y el "Estudio de la sexualidad en la mujer en el período climatérico", realizado entre los años 2000 y 2001, se relacionan entre ambos el tema "familia". Se observa un rechazo, y falta de comunicación de parte de la familia, lo que se refleja en poca comprensión hacia las mujeres con respecto al período de su vida que están viviendo, esto afecta directamente, dónde cada mujer pudiese sentirse solas para enfrentar este momento, además de poco apoyadas y probablemente afectando en su esfera psicológica. Muchas veces a este factor no se le toma la importancia necesaria que tiene, y por lo mismo se deja de lado de parte de los familiares, amigos y personas externas que rodean a las mujeres que pasan por este proceso, donde sí es necesario su apoyo y compañía, como, por ejemplo, de otras mujeres que están pasando por el mismo proceso o que están un poco más informadas,

y pueden otorgar apoyo, ayuda e información. Por lo tanto, se ha descrito qué las redes de apoyo familiar o amiga, son un pilar fundamental en este paso.

Otro de los estudios que se utilizó para comparación es el llamado " Prevalence of genitourinary syndrome of menopause and impact on sexuality of women", realizado entre los años 2013-2016, donde participaron 558 mujeres, de una edad promedio de 59,73 ±8,4 años, dónde se demostró una alta prevalencia de disfunciones sexuales, sin embargo, algo que parece importante es que éste motivo no se consideró para aquellas mujeres como "síntoma molesto" necesario para la búsqueda de asistencia médica, lo que, relacionado con otros estudios muestra concordancia donde solo un 25% de las mujeres buscaron ayuda o asistencia, debido a la vergüenza por consultarlo, y a la creencia de que estos síntomas eran normales, y consecuencia del envejecimiento. Cómo se considera de esta manera cómo "menos importante", muchas veces esto hace que las mujeres no consultan sobre sus síntomas y deban acostumbrarse a convivir con ellos, a pesar de ser negativos para su vida. Por eso es importante realizar una educación integral a nuestra población, para que logren identificar estas señales y puedan tratarlas a tiempo si es posible.

En el estudio que se realizó en el artículo "influencia del climaterio y la terapia hormonal de reemplazo sobre la sexualidad femenina", realizado en el año 2006, y el artículo llamado "Factores biológicos y sociales que influyen en la mujer durante el climaterio y la menopausia" realizado durante el año 2019, ambos artículos plantean que las mujeres climatéricas enfrentan los retos del avance profesional, las dificultades de la discriminación y el aumento de demandas sobre su tiempo y su energía, junto con las otras vicisitudes de esta edad tan compleja, también que en etapa de la vida presenta características específicas en

condiciones sociales que igual afectan a la salud de las mujeres en otros ámbitos. Entre estos artículos por otro lado, se relacionan en la investigación acerca de la función sexual, siendo el elemento orientador en los cambios que la menopausia que reprimió o no en la respuesta sexual, también plantean en cómo las hormonas endógenas y exógenas participan en este proceso que es tan trascendental en las mujeres, como estás a la vez se van sintiendo y viviendo cada una de ellas. En ambos artículos, los estudios plantean y revelan que las mujeres los primeros síntomas que influencian en la función sexual y en la disminución de la libido, los cuales están considerados como factores de riesgo, estos son principalmente la resequedad vaginal, pérdida de la elasticidad vaginal, causando malestar y a veces sangrado durante el acto sexual, por lo tanto afectan lo que es la frecuencia coital, placer y satisfacción de las relaciones sexuales, alcance del clímax en su actividad sexual, calidad de los orgasmos, dispareunia, modificaciones en la actividad sexual, como también el interés sexual, entre otros. Por el contrario, y en forma complementaria, ofician como factores protectores asociados con una menor incidencia de disfunción sexual durante el climaterio: adecuado trofismo estrogénico, particularmente genital, cumplimiento de la TRH, cuidados en el arreglo personal, adecuada relación de pareja, apertura para analizar el tema desde la óptica del consultorio, sexualidad saludable en los años anteriores, menopausia tardía.

Otro de los puntos importantes que se describen en el artículo llamado “Comportamiento y tratamiento de los trastornos sexuales en el climaterio”, analizado en el período de los años 2006-2007, se les realizó un estudio a 101 mujeres que asistieron a una consulta sobre menopausia y climaterio, dónde el total de personas fue expuesta a un tratamiento sustitutivo hormonal, y existió una elevada mejoría en 65 pacientes para un 64,3%, la asociación de estrógenos más

andrógenos fue la terapéutica que mejoró esta sintomatología observada en 30 pacientes. Se obtuvieron mejoras en 24 pacientes para un 23,7 %, y que existen 12 pacientes que abandonaron el tratamiento y por lo tanto no hubo respuesta al mismo. Dentro de la discusión realizada en este artículo, se menciona que los autores coinciden en cuánto a que la estrogenoterapia en las mujeres menopáusicas, tienen efectos positivos sobre su funcionamiento sexual, en el sentido, aumentando el deseo sexual, mejorando la lubricación vaginal, entre otros.

En el artículo ¨Climaterio, daño vascular y sexualidad" se aprecia la asociación de la menopausia, climaterio y daño vascular integrado a la sexualidad de la mujer. Explicamos como los estrógenos tienen también función facilitadora de la vasodilatación, protegiendo así la circulación clitoriana, uretral y vaginal; que se describe como efecto preventivo de la aterosclerosis en los territorios pélvicos, al tener efectos vasodilatadores este está disminuido en la menopausia por la disminución de esta hormona, al disminuir en sangre también durante la menopausia aumenta la vasoconstricción de las arterias pudiendo facilitar una enfermedad cardiovascular e hipertensiva, además regulan la sintetasa del óxido nítrico, enzima involucrada en la síntesis del óxido nítrico favorecen el trofismo de las paredes vaginales, así como la lubricación vaginal, causando una disfunción sexual.(8)

Por último se pudo observar según el análisis al artículo ''Estudio de la sexualidad en la mujer en el periodo climatérico'' un estudio prospectivo realizado mediante una consulta de climaterio en el hospital de Guanabacoa, enfocándose en la influencia del medio biopsicosocial en la sexualidad de la mujer, dando como resultado la disminución del deseo sexual, además de la poca comprensión de parte de la familia, también la poca frecuencia de relaciones sexuales, autoestima disminuida, y violencia psicológica,

como síntomas o molestias presentadas en la mujer se puede contemplar que la mayoría refiere sentir que ‘’ya no puede rendir como antes’’, ‘’sofocos’’, ‘’disminución del deseo sexual’’, ‘’angustia’’, ‘’dolores de cuerpo/cabeza’’, etc. ya que la disminución de estrógenos modifica la percepción sensorial, flujo sanguíneo, tensión muscular y respuesta sexual. A diferencia del artículo denominado ‘’Climaterio y sexualidad’’ que se refiere a un estudio de tipo retrospectivo y descriptivo mediante un cuestionario realizado en el Hospital de Mérida, los resultados de este estudio fueron bastante similares con el anterior, dado que ambos presentaron un tipo de frustración que crean en la mujer una desadaptación que ocasiona desinterés, sentimientos, además de baja autoestima o desapego, sin embargo, en este caso según lo indicado por las mujeres en estudio no refieren que el problema venga del lado biológico u hormonal, si no de la afectividad y de su insatisfacción por los cambios físicos sufridos en este periodo, los problemas en la relación de pareja y la falta de privacidad.

CONCLUSIÓN

Después de la revisión realizada de los diferentes estudios referidos al tema, la sexualidad femenina no está absolutamente determinada por sus características biológicas si no que involucra factores sociales, culturales y económicos, entre otros, existen muchos mitos que con la menopausia se culmina el disfrute sexual, pero en realidad las mujeres de edad mediana y las adultas mayores pueden disfrutar su sexualidad como expresión de su afectividad, debido que la sexualidad va mucho más que mantener relaciones sexuales con la pareja, más allá de lo genital o de la conducta reproductiva, la sexualidad le brinda equilibrio a los intercambios entre las personas en su vida familiar, laboral y social, los cuales son unos importantes indicadores del bienestar y de la calidad de vida.

Muchas mujeres climatéricas pierden o tienen menos deseos sexuales,

probablemente por el descenso de los estrógenos o por el descenso de los andrógenos responsables de la libido, sin embargo, otras mujeres con las mismas condiciones, si mantiene o aumenta su deseo sexual, en este último caso las mujeres pueden encontrarse en conflicto con su pareja o con la sociedad, que las coloca fuera, no considerándolas aceptables o no se ve bien visto sus deseos y su disfrute sexual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torres Jiménez AP, Torres Rincón JM. Climaterio y menopausia. Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex. 2018;61(2):51-8.
2. Capote Bueno MI, Segredo Pérez AM, Gómez Zayas O. Climaterio y menopausia. Rev cuba med gen integral. 2011;27(4):543-57.
3. Minsal.cl. [citado el 2 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/OTCLIMATERIOinteriorValenteindd04022014.pdf
4. Malmusi Davide, Ortiz-Barreda Gaby. Desigualdades sociales en salud en poblaciones inmigradas en España: revisión de la literatura. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2014 Dic [citado 2021 Sep 29] ; 88(6): 687-701. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000600003&lng=es. https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000600003.
5. Menopausia: MedlinePlus enciclopedia médica. (2014). Medlineplus.gov. https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000894.htm
6. Franklin José Espitia De La Hoz, MD1, F. J. (2018). PREVALENCIA DEL SÍNDROME GENITOURINARIO DE LA MENOPAUSIA EN MUJERES E IMPACTO EN LA SEXUALIDAD, EN QUINDÍO (COLOMBIA), 2013-2016. scielo. Published.

Artículos Seleccionados

1. Espitia De La Hoz FJ. Prevalencia del síndrome genitourinario de la menopausia en mujeres e impacto en la sexualidad, en Quindío (Colombia), 2013-2016. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2018;69(4):249. a.

2. Vargas-Fandiño ÁJ, Leal-Vargas EH, Castillo-Zamora MF, Restrepo-Castro OI, Zambrano-Vera ME, Plazas-Vargas M. Percepción de la menopausia y la sexualidad en mujeres adultas mayores en dos hospitales universitarios de Bogotá, Colombia, 2015. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2016;67(3):197.

3. Lugones Botell M, Valdés Sánchez S, Pérez Piñero J. Climaterio, familia y sexualidad. Rev cuba med gen integral. 1999;15(2):134-9.

4. Arena F JO. Influencia Del climaterio y la terapia hormonal DE reemplazo sobre la sexualidad femenina. Rev Chil Obstet Ginecol. 2006;71(2):141-52.

5. Polanco, E. B., Rodriguez, N. Aguila, Cabrera, C. A. B., Soto, D. R., Guerra, A. J. D., & Diaz, A. C. (2019). Factores biológicos y sociales que influyen en la salud de la mujer durante el climaterio y la menopausia. *Medisur*, *17*(5), 719-727]

6. [citado el 1 de julio de 2021]. Disponible en: http://file:///Users/MonserratRomero/Downloads/Dialnet-TratamientoLocalDelSindromeGenitourinarioEnLaMenop-7556911.pdf

7. Botell ML. Aspectos éticos y sociales de la sexualidad de la mujer en el climaterio y la posmenopausia Ethical and Social Aspects of Women's Sexuality in the Climacteric and Postmenopause [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 7 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2019/cog193a.pdf

8. Lugones Botell M. Climaterio, daño vascular y sexualidad. Rev cuba obstet ginecol. 2013;39(4):413-26.

9. Jiménez Chacón MC, Enríquez Domínguez B, Puentes Rizo EM. Comportamiento y tratamiento de los trastornos sexuales en el climaterio. Rev cuba obstet ginecol. 2010;36(2):160-72.

10. Martínez Camilo V, Paz Aranda P. Estudio de la sexualidad en la mujer

en el período climatérico. Rev cuba obstet ginecol. 2005;31(3):0-0.

11. Gómez Fernández MA. Disfunción sexual femenina en el climaterio. Matronas prof.

12. Vista de Climaterio y sexualidad [Internet]. Revistas.um.es. [citado el 1 de julio de 2021]. Disponible en: https://revistas.um.es/eglobal/article/view/214871/181451

HISTERECTOMÍA, EFECTOS PSICOSOCIALES EN MUJERES ENTRE LOS 30 Y 80 AÑOS EN LATINOAMÉRICA

HYSTERECTOMY, PSYCHOSOCIAL EFFECTS IN WOMEN BETWEEN THE AGES OF 30 AND 80 IN LATIN AMERICA

Gloria García[1], Bárbara Maldonado[2], Constanza Román[2], Bruno Tudela[3].

DOI: 10.23854/07198698.202181

Abstract

Hysterectomy (HT) is the second most prevalent surgery in women, after cesarean section, it consists of the removal of the uterus and often its annexes. HT is considered a multidimensional experience, since it affects women in all areas of their lives.

Key words: Hysterectomy, surgery, would cease.

[2] **Autor de correspondencia:** ***Gloria Garcia, Bárbara Maldonado, Constanza Román, Bruno Tudela.*** Alumnas/os de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Bernardo O'Higgins. Santiago, Chile. Mail: Christian.hernandez@ubo.cl

INTRODUCCIÓN

Cada año un gran número de mujeres se ve sometida a la histerectomía, la cual corresponde a la extirpación del útero y junto a la cesárea son las operaciones ginecológicas más frecuentes en mujeres. En Chile se

estima que 1 de cada 5 mujeres será histerectomizada, sus causas pueden ser benignas u oncológicas. (1)

La causa principal de histerectomía son los miomas uterinos, estos corresponden a tumores benignos los cuales pueden provocar sangrados anormales, dolor y dependiendo de su tamaño pueden llegar a comprimir órganos; otra causa para realizar una histerectomía es el sangrado uterino persistente, endometriosis, dolor pélvico crónico, períodos abundantes, patologías malignas o premalignas del cuello del útero o endometrio y una de las más importantes es el prolapso genital el que se presenta por el desplazamiento del útero desde su lugar correcto hacia el canal vaginal.

En caso de enfermedades no cancerosas es importante mencionar que solo se recurrirá a la HT en caso de que ya se hayan probado otros tratamientos sin éxito.

En Chile, se estima que el 20% de las la población femenina llegara a pasar por una histerectomía, es decir, el año 2017 según el CENSO 8.972.014 de la población eran mujeres en las cuales 1.794.402,8 tienen la posibilidad de sufrir la extirpación de su útero. (2)

En la actualidad existen variadas formas de abordar la histerectomía con cada una de las diferentes opciones presenta distintas ventajas y desventajas, histerectomía abdominal total (HAT), histerectomía vaginal (HV), histerectomía total laparoscópica (HL), histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL), histerectomía supra cervical laparoscópica (HSL). (3)

TIPOS DE HISTERECTOMÍA

La histerectomía abdominal total permite palpar los órganos pélvicos directamente. Puede aumentar la formación de adherencias y generalmente produce mayor dolor durante el postoperatorio. Deja cicatriz en la pared abdominal. No necesariamente se obtiene una mejor visión de la cavidad abdomino-pélvica. En las grandes series se describen entre 9 y 41% de complicaciones.

La histerectomía vaginal permite abrir con facilidad el fondo de saco útero-vesical y el fondo de saco de Douglas. Facilita la sección de los ligamentos uterosacros y cardinales, así como de ambas arterias uterinas. Las complicaciones fluctúan entre 7 y 8%.

La histerectomía total laparoscópica permite y facilita el diagnóstico y tratamiento de patologías como endometriosis y adherencias, nos facilita la remoción ovárica, la sección del ligamento ancho, la identificación de los uréteres, y permite realizar una hemostasia prolija. Las complicaciones fluctúan en alrededor de un 10%.

La histerectomía vaginal asistida por laparoscopia permite conjugar las bondades de la histerectomía laparoscópica y la histerectomía vaginal, con complicaciones que llegan a un 5% aproximadamente.

La histerectomía supra cervical laparoscópica permite y facilita lo mismo que la histerectomía total laparoscópica, pero una de las principales ventajas es que mantiene la indemnidad del suelo pélvico acortando los tiempos operatorios, es un procedimiento mínimamente invasivo y se asocia a menos pérdida de la función sexual, menos posibilidad de complicaciones y menos lesiones y síntomas urinarios.

Para indicar esta histerectomía se requiere como condición que: el suelo pélvico se encuentre indemne, ausencia de prolapso genital, ausencia de dolor pélvico y/o de dispareunia, citología de Papanicolau normal, relativa seguridad de control y seguimiento a futuro, patología benigna del cuerpo uterino y/o de los anexos. (3)

Al realizar una histerectomía radical o total se debe tener en cuenta que se puede presentar lo que se llama menopausia quirúrgica inmediatamente después del procedimiento, esto es debido a la extirpación de los ovarios (ooforectomía), los cuales son los principales productores de hormonas en la mujer, por lo tanto la usuaria/o se deberá enfrentar a diversos síntomas como lo son problemas de sueño, fatiga, sofoco, sudoración excesiva, dolor de cabeza, ansiedad, disminución

de la libido, depresión, mareos y sequedad vaginal.

La histerectomía es un procedimiento que no solo afecta el ámbito físico-biológico de la mujer, si no, que la afecta en uno de los ámbitos menos relevantes para el profesional, qué es la sexualidad. *"La sexualidad se define como el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, étnicos, religiosos y espirituales" (OMS, 2010).* (4) Aunque, aborde todos estos ámbitos, no quiere decir que todos se expresen ni experimenten de forma simultánea, pero esta diversidad es la que nos confiere la sexualidad, a cada persona, un carácter personal, que se manifiesta en cómo pensamos, sentimos, somos y hacemos.

En relación a la sexualidad y las mujeres histerectomizadas, diversos estudios hablan sobre las consecuencias de la histerectomía en el momento en que retoman su vida sexual, se argumenta que se alteran los movimientos de los órganos pélvicos durante la relación sexual lo que limitaba la expansión de la vagina durante la fase de dilatación, otros estudios demuestran que la disfunción sexual es más bien un tema de alteraciones psicológicas y que podrían deberse a estrés, ansiedad, baja autoestima, mala comunicación. Además de la presión social y los mitos que conlleva someterse a una cirugía de este tipo.

La persona con útero que se somete a una cirugía de este tipo, no solo debe lidiar con la recuperación y la pérdida de este órgano, sino que también debe lidiar con el estigma de una sociedad que aún cree que el deber de la mujer es satisfacer al hombre, por lo cual se pueden generar miedos, depresión e inseguridades que pueden llevar a las personas a sufrir disfunciones sexuales luego de la intervención, por lo cual es necesario reeducar a la población para obtener mejores resultados posquirúrgicos, ya que está demás destacar que no solo debemos enfocarnos en el ámbito

biológico, sino también dar un enfoque psicosocial.

"No existe ningún tipo de repercusión en la función sexual de las pacientes que fueron sometidas a histerectomía total laparoscópica o supra cervical laparoscópica". (5)

confirmando que las alteraciones en la función sexual se comportan como variables independientes al procedimiento quirúrgico. Con respecto a la educación de las pacientes, estás buscando algún organismo de la salud en donde puedan obtener información y soporte emocional, en donde el profesional pueda aportar con la habilidad de ayudar a ordenar ideas y emociones, con seguridad de sus conocimientos. (1)

La educación dada debería abarcar: las complicaciones del procedimiento quirúrgico, cuidados de herida postoperatoria, complicaciones de la cirugía y características de la patología causal de la histerectomía. Otras necesidades son conocer la anatomía femenina, fisiológica, menopausia quirúrgica, significado de cese de la fertilidad y efectos de la histerectomía en la sexualidad. Como también conocer sus derechos en la toma de decisiones.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión donde se integraron diferentes artículos académicos qué abordan como tema principal la histerectomía y cómo afecta a la mujer en los ámbitos físico, psicológico y social.

Para alcanzar el objetivo propuesto en el estudio, se realizó una revisión integral como método, en donde se incluye un análisis de variados estudios qué son de suma relevancia para incrementar el aprendizaje en el área clínica. Para lograr este aprendizaje, se consultaron variadas bases de datos donde descansan los artículos con población de estudio, donde se abarca ampliamente qué es la histerectomía, los avances que ha tenido este procedimiento durante los años, sexualidad, efectos de la intervención en las mujeres, mitos y creencias.

Para la selección de artículos se establecieron como criterios de inclusión estudios originales desarrollados en Latinoamérica en mujeres de un rango entre los 30 y 80 años, desde el año 2004 a 2020. Nuestro estudio se respalda según las bases de datos de las páginas Scielo- Pubmed- PAHO- LILACS- OPS. Para lograr un buen estudio seleccionamos los que poseían un texto completo y de mayor relevancia, además de el país en donde se publicó (Latinoamérica).

La información analizada se organizó en tres áreas, las cuales abarcan factores biológicos, psicológicos y sociales de las personas sometidas a una histerectomía, con el fin de recopilar la mayor cantidad de información en torno a este procedimiento y el impacto que genera en las usuarias en diversos ámbitos de su vida. Para determinar los estudios seleccionados para este presente artículo, se establecen diferentes criterios de inclusión; documentos que sean de carácter académico, como artículos científicos y guías clínicas, que reflejan la histerectomía en mujeres y cómo afectan a la persona biopsicosocial mente después de su proceso. Con respecto a la búsqueda se determinó usar artículos publicados en el año 2004 hasta el año 2020, escritos en español o en inglés, disponibles en cada página web, online.

Como criterios de exclusión se establecieron; artículos fuera del rango de tiempo estimado, artículos incompletos, sin población de estudio, sin resumen, introducción, etc., artículos que no presentan criterios de inclusión propuestos.

Para la siguiente etapa, una vez leído los resúmenes e identificados los artículos a través de la búsqueda de los datos, con los criterios de inclusión definidos y preestablecidos anteriormente, los documentos se revisaron a texto completo, seleccionando la información relevante, creando la tabla N°1, con la siguiente información; nombre de la revista, título

del artículo, número de población en estudio, objetivo del estudio y las variables más relevantes.

TABLA N°1: Principales aspectos metodológicos de cada artículo seleccionado para el estudio sobre "HISTERECTOMÍA, EFECTOS BIOPSICOSOCIALES EN MUJERES ENTRE 30 Y 80 AÑOS EN LATINOAMÉRICA"

ID	Página WEB	Nombre Revista	Titulo Articulo	N° población en estudio	Objetivo estudio	Variables más relevantes
1	https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2020/10/48-ORIGINAL-HISTERECTOMIZADAS.pdf	Matronas profesión Chile 2020	Histerectomía y educación para la salud. Perspectivas de las mujeres histerectomizadas, sus parejas y los profesionales	57 mujeres Histerectomizadas 15 hombres pareja de mujeres histerectomizadas 13 profesionales que	ver los principales elementos relacionados con la educación en mujeres histerectomizadas, considera	educar respecto a los mitos que existen luego que una mujer se realice la histerectomía, de manera biopsicosocial

			que las atienden	trabajan con mujeres histerectomizadas	ndo la perspectiva de las mujeres, sus parejas y los profesionales de salud que la atienden	
2	http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212019000100059	gaceta médica espirituana Cuba 2019	histerectomía vaginal. apuntes históricos	42 artículos científicos de hechos históricos	analizar las diferentes etapas históricas de la histerectomía vaginal como técnica quirúrgica	la época en que se realizaban las histerectomías y la técnica que ha ido avanzando con el pasar de los años
3	https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022016000100027&lang=es	acta médica costarricense Costa Rica 2016	análisis de las causas de reingreso en pacientes histerectomizadas	70 pacientes que reingresaron luego de ser histerectomizadas	analizar la causa más frecuente de el reingreso de una mujer histerectomizada y sus factores	la mayoría de los reingreso era por infección de la herida quirúrgica, absceso de la cúpula vaginal,la dehiscencia de la herida,

					de riesgos	teniendo factores de riesgos como tiempo quirúrgico prolongado, obesidad,cáncer,diabetes,
4	https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400004&lang=es	Rev. chil. obstet. ginecol. vol.78 no.4 Chile 2013	Histerectomía: la experiencia de no tener útero para un grupo de mujeres chilenas	52 mujeres histerectomizadas	describir el significado de la histerectomía para un grupo de mujeres chilenas	contribuir al conocimiento que los profesionales tienen en relación a este tema y sensibilizarlos respecto al significado que tiene para las mujeres.
5	https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000400006&lang=es	REV CHIL OBSTET GINECOL 2010 Chile 2010	EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA TOTAL Y SUPRACERVICAL POR VÍA LAPAROSCÓPICA	25 pacientes del Instituto Nacional de Perinatología con patología benigna de útero	evaluar la función sexual de mujeres sometidas a histerectomía	La evaluación de la función sexual se realizó de forma preoperatoria y seis meses después del evento

6	https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000500002&lang=es	Rev. chil. obstet. ginecol. v.74 n.5 Santiago 2009 Chile 2009	significado de la histerectomía para un grupo de mujeres chilenas	120 mujeres histerectomizadas	conocer el significado que otorga a la resección del útero en un grupo de mujeres chilenas	los años de las mujeres, escolaridad y la causa de porque se realizaban el procedimiento
7	https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000500012&lang=es	Revista chilena de obstetricia y puericultura Chile 2008	el proceso de ser histerectomizada: aspectos educativos a considerar	Profesionales que realizan histerectomía Mujeres que se han realizado histerectomía	describir los aspectos que deben ser considerados al momento de educar a la mujer histerectomizada	la falta de educación y empatía hacia la pareja de una mujer histerectomizada, presenta complicaciones en el ámbito sexual
8	https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000600008&lang=es	REV CHIL OBSTET GINECOL 2006	EDUCACIÓN DE MUJERES HISTERECTOMIZADAS: ¿QUÉ DESEAN SABER?	120 mujeres sometidas a histerectomía entre 2003 y 2004	conocer las necesidades educativas de un grupo de mujeres histerectomizadas	aportar al conocimiento de los profesionales del área y sensibilizarlos acerca del importante rol que nos compete en la educación

		Chile 2006				de estas mujeres
9	http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000400204	escola anna mery Brasil 2019	experiencias de sexualidad en mujeres histerectomizadas	19 mujeres histerectomizadas	conocer las vivencias de sexualidad en mujeres histerectomizadas	dolor durante las relaciones y disminución del deseo sexual
10	https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000400007	REV CHIL OBST ET GINECOL 2004 Chile 2004	CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LA SEXUALIDAD EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS	104 mujeres histerectomizadas.	conocer las características de la vida sexual de estas mujeres y su evolución a los seis meses de la cirugía.	En Chile no existen estudios publicados en torno a la vida sexual de las mujeres histerectomizadas

RESULTADOS

Esta revisión se realiza con el fin de dar a conocer como se ve afectada la mujer histerectomizada en el ámbito social, psicológico y físico.

Para lograr el objetivo, se realizó una búsqueda donde se identificaron 112 artículos (100%) de los cuales se excluyeron 102 artículos (91%) por no cumplir con los criterios mencionados del estudio, los datos fueron encontrados en las páginas Scielo (80.2%), Medes (6.6%), PubMed (5,7%), OPS (5,7%), PAHO (4,7%) y Lilacs (2,8%), en donde solo 10 fueron elegidos, 8 Scielo (80%) y 2 de Medes (20%).

Para comenzar la revisión se utilizaron los 10 artículos incluidos, donde su tema central y/o principal era mujeres histerectomizadas, específicamente en Latinoamérica en donde lideró Chile con un 70% seguido por Cuba, Costa rica y Brasil con un 10% cada uno.

De la misma manera que analizamos los datos anteriores, analizamos los años de la publicación de cada uno de los artículos seleccionados, en donde nos enfocamos del año 2004 hasta el año 2020, logrando observar en el gráfico los años y los porcentajes. En el año 2004-2009 se encontró 4 artículos (40%), en el año 2010 1 artículo (10%), en el año 2013-2016 se encontró 2 artículos 820%), en el año 2019 se encontró 1 artículo (10%) y en el año 2020 se encontró 1 artículo (10%).

Con respecto a la histerectomía en mujeres y sus cambios psicosociales, la búsqueda evidenció que, de los 10 artículos elegidos, existen 3 (3%), los cuales hacen referencia sobre cómo cambia la sexualidad de las mujeres una vez histerectomizadas.

Por otro lado, tenemos 4 (4%) artículos que se refieren a la educación de la mujer histerectomizada para tener más conocimiento de este tema, ya sea con sus parejas, familia, etc.

Tenemos un (1%) artículo que habla sobre el reingreso y los factores que presentan algunas pacientes, por otro lado 2 (2%) artículos hablan sobre qué significa la histerectomía y como ha avanzado durante los años.

Para evidenciar la situación biopsicosocial de las mujeres sometidas a histerectomía, se realizará un breve resumen de los 10 artículos seleccionados:

1. "Histerectomía y educación para la salud. Perspectivas de las mujeres histerectomizadas, sus parejas y los profesionales que las atiende"

El objetivo de este artículo es ver los principales elementos relacionados con la educación en mujeres histerectomizadas, considerando la perspectiva de las mujeres, sus parejas y los profesionales de salud que la atienden. La población estudiada fueron 85 personas distribuidas en 3 grupos 57 Mujeres Histerectomizadas, 15 hombres pareja de mujeres histerectomizadas y 13 profesionales que trabajan con mujeres histerectomizadas. Los principales temas fueron las características de la educación, contenido educativo, en qué momento educar, etc., dejando clara la preocupación en las mujeres por las consecuencia que tiene la extirpación del útero en un aspecto compartido también por sus parejas. Para las mujeres el apoyo de su pareja es fundamental, por eso el objetivo es siempre dar la mejor educación tanto al paciente como a su pareja.

2. "Histerectomía vaginal. Apuntes históricos"

El objetivo de este estudio fue analizar diferentes etapas históricas de la histerectomía vaginal como técnica quirúrgica, esto se realizó mediante la revisión de diferentes artículos (42) los cuales tenían datos históricos y características desde su origen hasta la actualidad lo que nos muestra los avances de este procedimiento con el pasar de los años y como la medicina ha buscado potenciar los beneficios y aumentar la seguridad para la usuaria/o. En resumen, este artículo explica cómo al comienzo con los usos de métodos rudimentarios como los de colocación de pinzas las cuales

muchas veces quedaban abandonadas en la vagina y que no pocas veces provocaron la muerte de algunas paciente por hemorragias incontrolables, hasta la sustitución por diferentes métodos de ligaduras y electrocauterios, lo cual ha permitido la ampliación de sus indicaciones. Por otra parte, la introducción de las técnicas mínimamente invasivas y su máxima expresión: la cirugía robótica, han permitido que la histerectomía vaginal se haya convertido en una técnica de elección en la patología benigna del útero con un mínimo de complicaciones.

3. "Análisis de causas de reingreso en pacientes histerectomizadas"

El objetivo de este artículo fue mostrar los resultados de 70 pacientes sometidas a una histerectomía que incluyeran los criterios de inclusión, la finalidad de este estudio fue evidenciar los factores de riesgo para adquirir una infección postquirúrgica lo cual significa un factor negativo para la recuperación de dicha cirugía, el artículo menciona las principales infecciones contraídas por las usuarias y menciona también diversos factores de riesgos importantes para dichas complicaciones.

4. Histerectomía: la experiencia de no tener útero para un grupo de mujeres chilenas"

El objetivo del estudio es describir el significado de la histerectomía para un grupo de mujeres chilenas, con el propósito de contribuir al conocimiento que los profesionales tienen en relación a este tema y sensibilizarlos respecto al significado que tiene para las mujeres. Este es un estudio cualitativo realizado con 52 mujeres histerectomizadas. en donde se contemplan entrevistas en profundidad y grupos focales. 15 de las mujeres fueron entrevistadas individualmente y 37 en 4 grupos focales en donde hay un criterio de inclusión que es que tuvieran histerectomía por causa obstétrica. en donde luego de las entrevistas se tomaron dimensiones y temas extraídos de los relatos de estas mujeres histerectomizadas.

5. "Evaluación de la función sexual en mujeres sometidas a histerectomía total y supra cervical por vía laparoscópica"

El objetivo del estudio es determinar si la histerectomía total o supra cervical

laparoscópica tiene repercusión en la función sexual de la mujer y cuál de estas técnicas quirúrgicas se debe emplear para preservar la función sexual, evaluando si las alteraciones en dicha función se comportan como variables independientes al procedimiento quirúrgico. A través de un estudio longitudinal, prospectivo y analítico en pacientes del servicio de ginecología del Instituto Nacional de Perinatología, para evaluar la función sexual de pacientes que fueron sometidas a histerectomía laparoscópica por patología benigna. La evaluación de la función sexual se realizó de forma preoperatoria y seis meses después del evento. Se utilizaron dos instrumentos para evaluar la función sexual de las pacientes: la historia clínica codificada femenina y el índice de función sexual femenina. No hubo diferencia significativa en la función sexual de las mujeres antes y después de la histerectomía No hubo diferencia significativa entre las mujeres con y sin disfunción sexual en relación con la edad, escolaridad, inicio de actividad coital, temores hacia la sexualidad y experiencias sexuales traumáticas en la infancia, concluyendo que la función sexual de las mujeres antes y después de la histerectomía no se ve afectada por la histerectomía total laparoscópica o la histerectomía subtotal laparoscópica.

6. "Significado de la histerectomía para un grupo de mujeres chilenas"

El objetivo de este artículo es evaluar el significado que tiene la histerectomía en mujeres chilenas, las cuales son parte de un hospital público en la Región Metropolitana. Este artículo usó como método un estudio transversal descriptivo, cualitativo, sobre el significado que 120 mujeres histerectomizadas tienen frente a esta cirugía. Se describen 3 temas que reflejan el significado de la extracción del útero: pérdida, tristeza-dolor, y mejoría de una enfermedad.

El 63% de las mujeres fue histerectomizada por patología ginecológica benigna. El significado que la mujer atribuye a la extracción del útero se encuentra relacionado a una experiencia de pérdida, que, si bien conlleva un alivio de la enfermedad, también implica dolor, tristeza y soledad, la idea es sensibilizar a los profesionales de la salud, que trabajan con mujeres histerectomizadas, a comprender y respetar el significado

que para ellas tiene la histerectomía y propiciar el ambiente adecuado para contenerlas y educarlas pre y post cirugía.

7. "El proceso de ser histerectomizada: factores educativos a considerar"

el objetivo de este artículo es mencionar factores educativos claves a la hora de realizar una histerectomía, especialmente enfocado al manejo de los profesionales de salud para abordar temas como sexualidad, complicaciones quirúrgicas, menopausia quirúrgica, cuidados de herida postoperatoria, cese de fertilidad y de menstruaciones, uno de los aspectos más importantes mencionados en este estudio es el reconocer el momento adecuado para realizar una educación eficaz para la usuaria, mencionando a su vez la necesidad de contar con programas educativos establecidos que se guíen por un protocolo específico para acompañar el proceso de las usuarias histerectomizadas.

8. "EDUCACIÓN DE MUJERES HISTERECTOMIZADAS: ¿QUÉ DESEAN SABER?"

El objetivo es conocer las necesidades educativas de un grupo de mujeres sometidas a histerectomía. A través de un estudio de corte transversal donde se cuenta con una muestra de 120 usuarias. Se realiza mediante una entrevista para conocer la educación recibida y deseada donde se establece la necesidad educativa. Se identifica qué el 100% de las parejas no recibió información ni educación acerca de la histerectomía. El 46,7% declara recibir la educación por parte del médico y el 80% desearía que hubiese sido la matrona. El 45% recibe la educación al fijar la fecha de la cirugía y el 78% desearía haberla recibido antes de ese momento. El 47% recibe la educación en el hospital y el 46% desea recibirla ahí. El 75% refiere recibir educación en forma verbal-individual y el 47,5% le hubiese gustado de manera audiovisual-individual. Se educa a más del 50% de las mujeres sólo en 3 tópicos de los 16 evaluados. El estudio concluye en qué las necesidades de las usuarias no son satisfechas y destaca la importancia de la educación por parte del equipo de salud.

9. "Experiencias de mujeres histerectomizadas acerca de la

sexualidad"

Este estudio se basa en la siguiente pregunta de investigación: "¿cuáles son las experiencias de las mujeres histerectomizadas relacionadas a la sexualidad?" Para dar respuesta a este cuestionamiento, el objetivo fue conocer las vivencias de las mujeres histerectomizadas relacionadas a la sexualidad. Este estudio es cualitativo, descriptivo y exploratorio. 19 mujeres participaron de este estudio, tomando como criterio de inclusión mujeres mayores de 18 años sometidas a histerectomía durante más de 6 meses para tener una experiencia más prolongada de la sexualidad. por medio de entrevistas individuales. El análisis mostró tres categorías de temáticas a saber: experiencias positivas relacionadas a la sexualidad; dificultades para experimentar la sexualidad y cuidados de la salud de mujeres histerectomizadas. llegando a una conclusión de que hay personas que mejoran y otras que empeora su vida sexual, también la importancia de los cuidados de enfermería pre y post-histerectomía.

10. "CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LA SEXUALIDAD EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS"

Es un estudio analítico longitudinal qué abarca las características de la sexualidad y su evolución durante 6 meses post cirugía en 104 mujeres histerectomizadas en un hospital público en Chile. La obtención de los datos se realiza mediante una entrevista. El reinicio de la vida sexual fue en promedio a los 52,7 + 27 días posthisterectomía. El resultado del estudio fue qué no existió diferencia significativas en la frecuencia de las relaciones sexuales ni frecuencia y presencia de orgasmos. Se destaca que la presencia y prevalencia de incontinencia y dispareunia disminuyeron y la satisfacción sexual mejoró a los seis meses. El estudio concluye qué hay una similitud con los estudios internacionales, donde la sexualidad femenina no afecta de manera negativa post histerectomía y se plantea la relevancia de qué las mujeres post histerectomía reciban una educación sexual adecuada.

De la revisión de los 10 artículos se concluye que tanto en mujeres como sus parejas existen mitos y tabúes que presentan las mujeres en relación a los cambios que estas presentan una

vez histerectomizadas.

Del total de los artículos revisados los hallazgos más relevantes son: la mujer una vez histerectomizada no presenta diferencias en el ámbito sexual como todos lo creen, afectando a la vida de pareja debido a la falta de educación que se les da a ambos y a la familia en general.

Se puede ver lo difícil que es ser histerectomizada, puesto que la vida sexual, afectiva y social de la mujer se ve afectada, no solo por lo que es, sino que por lo que el resto opina sobre este procedimiento, debido que para muchas personas perder el útero, es dejar de ser mujer. Por lo tanto, el deseo sexual puede disminuir, debido a las inseguridades creadas por la falta de información y educación adecuada.

Si bien el objetivo de la revisión bibliográfica es ver los efectos biopsicosociales de las mujeres histerectomizadas, se puede evidenciar que el problemas es para las mujeres y sus parejas, debido a que afecta en todos los aspectos.

DISCUSIÓN

Los 10 artículos revisados, indagan a profundidad los aspectos biológicos, psicológicos y sociales a los que se enfrenta una mujer qué fue intervenida y se le extrajo el útero y/o sus anexos. A pesar de las diferencias de cada una de las personas con útero sometidas a este procedimiento hay que destacar factores comunes que afectan en forma directa su calidad de vida post cirugía, si bien es cierto podemos afirmar que el procedimiento ha tenido constantes mejoras a lo largo de los años en función de mejorar la experiencia para el usuario, logrando bajar la tasa de mortalidad y de infecciones en pacientes histerectomizadas, no obstante el enfoque dado a la investigación fue biopsicosocial por lo cual los artículos revisados están de acuerdo con la importancia de la educación al paciente y al apoyo psicológico en todo momento, ya qué, es una etapa llena de cambios no solo para el usuario sometido a esta intervención, sino también para su entorno por la carga social que conlleva una HT, sobre todo en comunidades con un pensamiento o educación más arcaico y estigmatizado, lo que repercute en sensación de dolor, tristeza y soledad atribuible a este proceso.

La histerectomía, se encuentra entre

las cirugías ginecológicas más frecuentes, lo que da hincapié a la importancia de la educación y como la mujer u persona con útero desea enfrentar este proceso.

Uno de los artículos, nos hace referencia la sensación de alivio de una mujer por no tener útero, ya que, no se presenta sintomatología y desarrollo de cánceres asociados al útero. Por esto no solo se debe ver la parte biológica, qué es la enfermedad o la razón de la cirugía, si no, observar el ambiente, la compañía, el estado emocional qué tiene la mujer al recibir la noticia.

Otro de los artículos seleccionados, analiza de donde la mujer recibe información y educación sobre el procedimiento y lo qué viene después de este, y mayoritariamente viene de cercanos, familiares y/o amigos, lo qué nos deja entrever, qué hay una carencia de información y educación correcta de profesionales a usuarios (8). Por consiguiente, el útero es considerado un símbolo de feminidad, sexualidad, reproducción y maternidad, por lo cual, una mujer sometida a HT se ve transgredida y trasciende más allá del entorno social, siendo más problemático en mujeres jóvenes qué aún no experimentan ni exploran la sexualidad y maternidad. Por lo cual, la histerectomía se considera un factor de riesgo para qué mujeres jóvenes sufren depresión post quirúrgica, lo que se asocia a cuadros depresivos de miedo, sensación de vacío, problemas de pareja, redefinición del rol y sensación de ser mujer sin útero.

Por consiguiente, se destaca la importancia de los avances asociados a la histerectomía, como lo son, nuevas tecnologías, nuevas técnicas, la baja en la morbimortalidad, etc. Pero lo qué es aún más relevante, son los estudios e investigaciones asociados a lo qué es y conlleva esta cirugía, qué es muy frecuente.

La mujer debe ser considerada un todo, un ambiente, entorno, psiquis, sentimientos, pensamientos, sensaciones biológicas, sexualidad, etc. En consecuencia, la presente revisión nos resume la importancia de tener acceso a una buena educación para otorgar a las mujeres contención y apoyo en este proceso, incentivando a la formación de grupos profesionales multidisciplinarios qué sean activos previo, durante y después de una intervención quirúrgica tan trascendental como lo es la Histerectomía, la cual

muchas veces no es una única cirugía, si no, qué se acompaña de una TOT, ooforectomía, salpingectomía, entre otras intervenciones qué afectan el bienestar personal.

Cabe destacar que mujeres que se someten a una ooforectomía presentan cambios aún más drásticos, aumentando el riesgo de osteoporosis, episodios de bochornos, sequedades y dolores vaginales, mayor pérdida de colágeno y problemas de sueño, por lo que estas pacientes además de lidiar con el desconocimiento en cuanto al tema deberán lidiar con cambios biológicos y psicosociales importantes, que afectan directamente su calidad de vida, su manera de relacionarse, su estado de ánimo, todo lo mencionado anteriormente puede ser manejados con lo abordado por los artículos, en esta investigación bibliográfica se reafirma que un equipo multidisciplinario con un enfoque integral, una red de apoyo y la educación pertinente pueden lograr brindar a la usuaria mayor bienestar post operatorio.

Además, agregar qué según muchos artículos de los incluidos en esta revisión, hacen referencia a cómo la mujer desconoce su "interior", ya que, muchas tienen la creencia qué al extirpar el útero quedará un "vacío" y/o "hueco", no tendrá hormonas femeninas, verá afectada su sexualidad y perderá completamente la feminidad. Por lo que es necesario hacer la diferencia entre ambas cirugías, explicar cómo quedará su anatomía post cirugía, la importancia de qué si no realiza una nefrectomía no verá afectada su vida más allá de lo esperado.

Uno de los objetivos de esta revisión bibliográfica es la identificación de vacíos de conocimiento. En este sentido podemos destacar algunas falencias en la entrega de información integral, en los artículos anteriormente mencionados se hace hincapié en la importancia de la educación en cuanto a la cirugía, informar al usuario lo que se le realizará, pero no existe un protocolo en sí que hable de la educación real que se le dará a la usuaria, para que todas tengan el mismo acceso a este, muchas veces los profesionales dan un mayor énfasis en la patología, sus características, pronósticos y procedimientos a realizar, pero es importante contar con personal capacitado en acudir de manera correcta a las inquietudes de la

usuaria, estar seguros que ella está entendiendo todo el proceso por el cual pasará y cómo será su vida a partir de la extracción de este órgano, abordar y acompañarla en su recuperación y dar un enfoque integral a su post operatorio, cuidar no solo su cuerpo, sino también su mente, dando contención e información y ayuda en cada momento que ella estime conveniente.

CONCLUSIÓN

Finalmente, con esta revisión bibliográfica se puede evidenciar lo común que es la histerectomía en la población latinoamericana en específico, esta cirugía es diferente para cada persona con útero que se ha sometido a esta, cada persona vive su experiencia de forma diferente, por lo cual no hay una verdad absoluta en cuanto al proceso posterior al alta médica.

Esto dependerá de la razón por la cual se le realizará una HT, la información previa a la cirugía, la confianza de pareja, si la hubiera y en su equipo médico, es importante enfrentarse al procedimiento con todo el conocimiento, educación y resolución de dudas previo.

Se considera relevante destacar, qué educación hacia la usuaria/o, debe realizarse desde lo más básico como anatomía hasta incluir en ámbito psicosocial, ya qué, los funcionarios de salud generalmente encuentran muy fácil de entender lo que se hará, pero no se reconoce ni se indaga en el conocimiento previo de esta persona, es habitual que se dé mayor importancia a la patología, dando prioridad a la enfermedad y tratamiento, pero no contando con protocolos estandarizados en cada establecimiento que aseguren una mirada integral para la educación de la usuaria/o.

Se debe realizar una educación multidisciplinaria, donde los profesionales estén actualizados en conocimiento para explicar a la mujer el procedimiento, lo qué viene antes y después de la cirugía, además diferenciar la HT de la ooforectomía, puesto que, en los artículos revisados, muchas usuarias hacen hincapié en comentarios donde se hace referencia a la pérdida de apetito sexual, lo qué sentirá su pareja en la penetración, pérdida de la feminidad puesto que el proceso que implica perder un órgano vinculado por la sociedad a la esencia de ser mujer.

Incluyendo las consecuencias qué conlleva una ooforectomía, ya que, aquí es donde la mujer tiene un descenso hormonal abrupto y puede ver afectada su vida sexual de una manera mucho más significativa y donde existen muchos cambios para la usuaria.
De todas formas, se debe observar el ambiente y el tipo de paciente qué se verá enfrentada a la situación, debido a que algunas anhelan la cirugía y la esperan años, puesto que llevan un largo periodo con sintomatología qué les disminuye la calidad de vida y otras situaciones donde veremos mujeres jóvenes qué no han explorado la sexualidad ni la maternidad y la HT será de gran impacto en su vida.

Por eso se propone la realización de protocolos donde se haga una lista de qué abordar, cómo, cuándo y qué profesional de salud será el más indicado para realizarlo, donde cada persona con útero sometida a esta intervención tenga la misma información y donde se asegure la entrega de una educación integral que no se enfoque solo en la patología a tratar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Urrutia M.T- Araya A.X. Histerectomía y educación para la salud: Perspectivas de las mujeres histerectomizadas, sus parejas y los profesionales que las atienden. Matronas Prof.[Internet].2020.[citado el 04 de julio de 2021].Recuperado a partir de: https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2020/10/48-ORIGINAL-HISTERECTOMIZADAS.pdf

2. Urrutia M.-Araya A.-Villarroel L-. Viñales D. Características y evolución de la sexualidad en mujeres histerectomizadas. Rev chil Obstet y Ginecol.Scielo.org.co[Internet] 2004.[citado el 04 de julio de 2021] Vol 69. Recuperado a partir de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000400007

3. Solá V.- Ricci P.- Pardo J.- Guiloff E. Histerectomía: una mirada desde el suelo pélvico. Rev chil Obstet y Ginecol.Scielo.org.co[Internet] 2006.[citado el 04 de julio de 2021] Vol. 71. Recuperado a partir de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-

75262006000500012&lang=es

4. OMS. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo.Who.int. [Internet].[citado 04 de julio de 2021]. Recuperado a partir de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf

5. Martínez M.- Bustos H.-Ayala R.- Leroy L.- Morales F.-Watty A.- Briones C.Evaluación de la función sexual en mujeres sometidas a histerectomía total y supracervical por vía laparoscópica.Rev chil Obstet y Ginecol.Scielo.org.co[Internet] 2010.[citado el 04 de julio de 2021] Vol. 75. Recuperado a partir de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=si_arttext&pid=S0717-75262010000400006&lang=es

6. García M.-García M. Histerectomía vaginal. Apuntes históricos.Gac Méd Espirit vol.21 no.1 Sancti Spíritus ene.-abr. 2019. Recuperado a partir de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212019000100059

7. Vargas, A. (2016, 1 marzo). Análisis de causas de reingreso en pacientes histerectomizados. scielo. Recuperado 4 de julio de 2021, de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022016000100027&

8. Urrutia, M. T. (2013). Histerectomía: la experiencia de no tener útero para un grupo de mujeres chilenas. scielo. Recuperado 4 de julio de 2021, de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400004&lang=es

9. R, M. M. (2010). EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA TOTAL Y SUPRACERVICAL POR VÍA LAPAROSCÓPICA. scielo. Recuperado 4 de julio de 2021, de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000400006&lang=es

10. R, M. M. (2010). EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA TOTAL Y SUPRACERVICAL POR VÍA LAPAROSCÓPICA. scielo. Recuperado

4 de julio de 2021, de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000400006&lang=es

11. G, A. A. (2008). EL PROCESO DE SER HISTERECTOMIZADA: ASPECTOS EDUCATIVOS A CONSIDERAR. scielo. Recuperado 4 de julio de 2021, de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000500012&lang=es

12. Schmidt, A. (2019, 29 julio). Sexuality experiences of hysterectomized women. revenf. Recuperado 4 de julio de 2021, de http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000400204

13. S, U. M. T. (2006). EDUCACIÓN DE MUJERES HISTERECTOMIZADAS: ¿QUÉ DESEAN SABER? scielo. Recuperado 4 de julio de 2021, de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000600008&lang=es

14. S., U. M. T. (2004). CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LA SEXUALIDAD EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS. scielo. Recuperado 4 de julio de 2021, de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000400007

15. S.,Couto Núñez, Dayana, Nápoles Méndez, Danilo, & Mustelier Ferrer, Héctor Luis. (2012). Menopausia inducida quirúrgicamente. *MEDISAN*, *16*(12), 1906-1914. Recuperado en 4 de julio de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012001200013&lng=es&tlng=es.

Francisca Neira Veloso[1], Gabriela Campos Medina[2].

DOI: 10.23854/07198698.202181

Abstract

To know the non-pharmacological preventive and therapeutic measures for the preparation of labor referred to in scientific publications in the last 11 years. Pain during the birth process has been reported since ancient times, however, even with current non-pharmacological relief resources for this symptom, it is still a reality in obstetric services. For this study, a bibliographic review was carried out using the scooping review method, which consists

HERRAMIENTAS NO FARMACOLÓGICAS PARA LA PREPARACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

NON-PHARMACOLOGICAL TOOLS FOR LABOR PREPARATION

[3] **autor de correspondencia:** ***Francisca Neira Veloso, Gabriela Campos Medina.*** Alumnas de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Bernardo O'Higgins. Santiago, Chile. Mail: Christian.hernandez@ubo.cl

of synthesizing all the scientific knowledge in relation to a specific topic "non-pharmacological tools during labor" taking into consideration similarities, differences and gaps based on a certain number of items.

Key words: non-pharmacological, scooping review method.

INTRODUCCIÓN

Objetivo general; Conocer las medidas preventivas y terapéuticas no farmacológicas para la preparación del trabajo de parto referidas en publicaciones científicas en los últimos 11 años.

Una pregunta que ha surgido con el transcurso de los años de la matronería, en relación a la atención clínica es: ¿Son las técnicas farmacológicas necesarias para el trabajo de parto? el problema para la mujer por no recibir una buena preparación o nuevas técnicas en el trabajo de parto, pueden ser muy grandes ya que esto podría causar distintos factores de riesgo materno-fetales. Actualmente, se intenta que el proceso de parto sea lo más natural y fisiológico posible.

El dolor durante el proceso del parto es relatado desde la antigüedad, sin embargo, incluso con los recursos no farmacológicos actuales de alivio a ese síntoma todavía constituye una realidad en los servicios de obstetricia (1). Las medidas y los recursos para el control del dolor durante el parto, así como otros tipos de dolor, han sido tema de estudios y debates. En 2003 esa temática fue discutida junto a un equipo multidisciplinar en Nueva York en “The Nature and Management of Labor Pain: An Evidence-Based Symposium” , y en el período de octubre de 2007 a septiembre de 2008 la International Sociedad for Study of Pain (IASP) lanzó una campaña “Real women, real pain”, pues la proporción de mujeres afectadas por problemas de dolor, inclusive el dolor crónico, es mayor en relación al sexo masculino. Según la IASP el dolor se caracteriza por una experiencia sensitiva emocional

desagradable asociada o relacionada con la lesión real o potencial de los tejidos (2). Sin embargo, se sabe que el dolor también está influenciado por factores psicosociales y culturales, siendo de carácter individual (3). Durante el proceso del parto el dolor puede ser descrito en dos momentos, en la primera etapa, fase de dilatación, provocado por las contracciones uterinas y dilatación del cérvix. En el período expulsivo, junto a esos factores, está la presión que el feto ejerce en las estructuras pélvicas aumentando su intensidad. Se destaca que existen teorías en las que se explica la importancia del acompañamiento y el apoyo familiar, que mejora la fisiología del parto y la sensación de control y competencia de la madre, reduciendo la dependencia de las intervenciones médicas (1). Toda mujer tiene derecho a un parto sin dolor. Es fundamental que el parto de una mujer sea lo más seguro y cómodo posible. Existen muchos métodos distintos para ayudar a la madre a superar el miedo, cansancio y la ansiedad que conlleva traer a su hijo al mundo, podemos tratar la ansiedad de distintos modos transmitiendo el apoyo continuo en el trabajo de parto para ayudarles a expresar sus emociones y deseos, dándole mucha confianza, el yoga es otro elemento muy bueno ya que podemos tener reducción y distracción a la atención del dolor trabajando cuerpo y mente, así sobrellevar un control de dolor (1). Dado los antecedentes surge como pregunta: ¿Qué medidas preventivas y terapéuticas no farmacológicas se utilizan para la preparación del trabajo de parto según revisiones bibliográficas de los últimos 6 años?

METODOLOGÍA

Para este estudio se realizó una revisión bibliográfica utilizando el método de scooping review el cual consiste en sintetizar todo el conocimiento científico en relación a un tema determinado “herramientas no farmacológicas durante el trabajo de parto” tomando en consideración similitudes, diferencias y vacíos en

base a un cierto número de artículos. Esta revisión se realizó como parte del trabajo de tesis para optar al grado de licenciado en la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Bernardo O´Higgins, este trabajo se realizó por 2 alumnas tesistas, autoras del presente estudio.

Se consultaron las bases de datos de pubmed, Medline y Scielo, donde se seleccionaron artículos publicados entre los años 2010 y 2021 respectivamente, se decidió utilizar como filtro principal los años, para considerar que no sean documentos con mucha antigüedad, pero que tuviese mucho contenido para aplicar y de ahí en adelante hasta la actualidad. Se identificaron 47 artículos en total, de los cuales 3 fueron eliminados por no contar con el resumen disponible, 15 fueron descartados por no tener directa relación con el tema a tratar, 5 fueron excluidos por no contar con número de personas en el estudio, 5 fueron eliminados por no cumplir con el objetivo de la revisión y 15 fueron eliminados por no cumplir con formatos básicos (introducción, conclusión). finalmente se estableció que sólo 4 artículos cumplían con los criterios de inclusión para esta revisión bibliográfica y que fueron: formato de cada artículo con criterios básicos (título, introducción, resultados, discusión, conclusión), además que cada estudio tuviese el número de población incluida en el y que la fisioterapia fuese el principal método de alivio al dolor.

También se elaboró una “tabla 1” de columnas con los 5 artículos que fueron elegidos, donde se destacan datos como página web, nombre de la revista, título del artículo, número de la población de estudio, objetivo del estudio, y la variable resultado más relevante de cada artículo seleccionado.

Para mayor comprensión de los artículos considerados en el estudio **se** presenta un breve resumen de cada uno de ellos:

- **Eficacia del masaje perineal prenatal para reducir el trauma perineal y las morbilidades posparto:**

El trauma perineal durante el parto es un evento muy común. Puede ocurrir espontáneamente como una laceración o intencionalmente como una episiotomía, especialmente durante el primer parto vaginal, se asocia con morbilidades significativas, incluyendo hemorragia posparto, vínculo materno precario con su bebé, dolor perineal posparto, incontinencia urinaria posparto (IU), incontinencia anal (IA), disfunción sexual y retraso en el tiempo para reanudar las relaciones sexuales. Los factores de riesgo incluyen nulidad, macrosomía, mala presentación, malposición y partos vaginales quirúrgicos, entre otros. (Dr Emmanuel Onyebuchi Ugwu, noviembre 28 2017).

- **Actuación del fisioterapeuta durante la gestación, parto y post parto**

La fisioterapia obstétrica tiene como fin la prevención de las alteraciones y complicaciones que pueden darse durante la gestación, el parto y el posparto, así como su tratamiento mediante la utilización de distintas técnicas fisioterapéuticas. El tratamiento fisioterápico ´utico aplicado es efectivo y positivo en alteraciones propias del embarazo, tales como dolor lumbar y pélvico, diástasis de los rectos abdominales, distensión del suelo pélvico e incontinencia urinaria; su efectividad también se demuestra en las alteraciones del parto, consiguiendo una disminución del traumatismo perineal. **(M. Romero-Morante-2010)**

- **Masaje perineal prenatal para reducir el trauma perineal**

El trauma perineal después del parto vaginal puede estar asociado con una morbilidad significativa a corto y largo plazo. El masaje perineal prenatal se ha propuesto como un método para disminuir la incidencia de traumatismo perineal. **(John Wiley & Sons, 2013)**

- **Medicina complementaria y alternativa para el dolor del parto: una revisión sistemática**

El propósito de este estudio fue revisar sistemáticamente la literatura y evaluar críticamente los ensayos controlados aleatorios de cualquier tipo de terapias complementarias y alternativas para el dolor del parto.. **(Alyson L Huntley**

1, Joanna Thompson Coon , Edzard Ernst- Julio de 2004).

FIGURA 1: "PROCESO DE SELECCIÓN DE ESTUDIOS PARA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA "HERRAMIENTAS NO FARMACOLÓGICAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO"

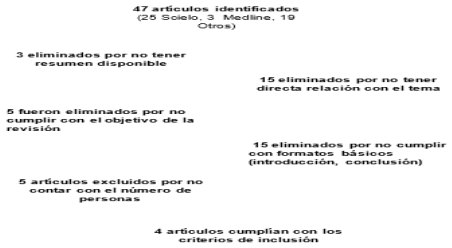


TABLA 1: Principales Aspectos Metodológicos De Los Artículos/Textos Seleccionados

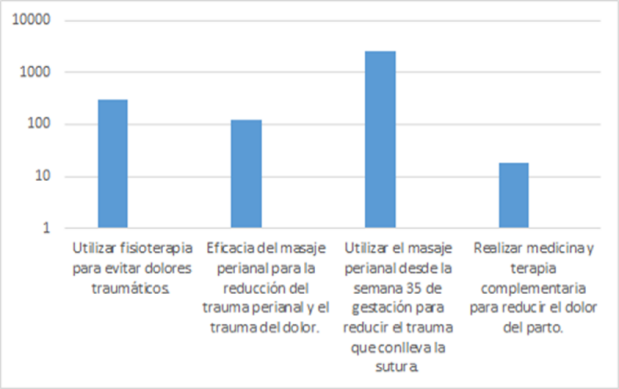
ID	Pág. Web	Nombre de revista	Título del artículo	N° población en estudio	Objetivo del estudio	Variables más relevantes
1	http://www.mauleduc.cl/2020/archivos-clases/889278_Clase3.Actuaciondelfisioterapeutadurantelagestacionpartoyposparto.pdf	fisioterapia	Actuación del fisioterapeuta durante la gestación, parto y post parto	1.305	Prevención de alteraciones y complicaciones que pueden darse durante el parto y post parto.	dolor traumático
2	http://www.mauleduc.cl/2020/archivos-clases/be0005_Clase5.effectiveness-of-antenatal-perineal-massage-in-reducing-perineal-2018.pdf	Obstetrics and Gynaecology	Eficacia del masaje perineal prenatal para reducir el trauma perineal y las morbilidades posparto	108	El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia del masaje perineal prenatal (APM) en la reducción del trauma perineal y las morbilidades posparto	trauma dolor
3	http://www.mauleduc.cl/2020/archivos-clases/6f7123_Clase5.Revision_Cochrane_Masaje_Perineal-3.pdf	Cochrane	Masaje perineal prenatal para reducir el trauma perineal	2.497	Evaluar el efecto del masaje perineal digital prenatal en la incidencia del trauma perineal al nacer y la morbilidad subsiguiente	Morbilidad y trauma de la madre en el nacimiento del bebe
4	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15295342/	Soy J Obstetd	Medicina complementaria y alternativa para el dolor	18	El propósito de este estudio fue revisar sistemáticamente la literatura y evaluar críticamente los ensayos controlados aleatorios de cualquier tipo de terapias complementarias y alternativas para el dolor del parto	Verificar si existen estudios que puedan comprobar que la terapia no farmacológica es una buena estrategia para el parto

RESULTADOS

Se identificaron 47 (100%) artículos (25 de Scielo, 3 de Medline y 19 de otras fuentes fidedignas) de los cuales se excluyeron 43 (91%), ya que 3 de ellos no contaban con su respectivo resumen, 15 fueron dados de baja, ya que no tenían directa relación con el tema, 5 fueron eliminados por no cumplir con el objetivo de la revisión, 15 fueron eliminados por no contar con formatos básicos (resumen, conclusión y 5 fueron eliminados por no contar con el número de personas en el artículo. Un total de 4 (9%) artículos fueron seleccionados. A continuación, presentamos detalle del número de población estudiada, y descripción de la técnica utilizada en cada artículo.

POBLACIÓN DE ESTUDIO	TÉCNICAS
1305	Utilizar fisioterapia para evitar dolores traumáticos durante la gestación, parto y postparto, Aborda la actuación de la fisioterapia durante la gestación, parto y postparto que tiene como objetivo evitar alteraciones propias de la gestación y muestra la fisioterapia como medida preventiva de estrés durante el preparto, ejercicio físico para el dolor lumbopélvico además de la importancia del entrenamiento físico y sus beneficios para el momento del parto
122	masaje perianal para la reducción del trauma perianal y el dolor además de algunas morbilidades postparto como hemorragia postparto, vinculo materno inseguro con su bebe, dolo perineal postparto, incontinencia urinaria, incontinencia anal, disfunción sexual y retraso en la reanudación de relaciones sexuales.
2.497	El trauma perineal después de un parto vaginal puede estar asociado con una morbilidad significativa a corto y largo plazo. El masaje Perineal prenatal se ha propuesto como un método para disminuir la incidencia de traumatismo. Utilizar el masaje perianal desde la semana 35 de gestación para reducir el trauma que conlleva la sutura (principalmente episiotomías)
18	Realizar medicina con terapia complementaria a través de ejercicios de respiración, para reducir el dolor del parto.

A continuación, se presenta un gráfico de barras que describe la cantidad de personas que fueron partícipes en cada uno de los 4 estudios seleccionados para esta revisión bibliográfica.

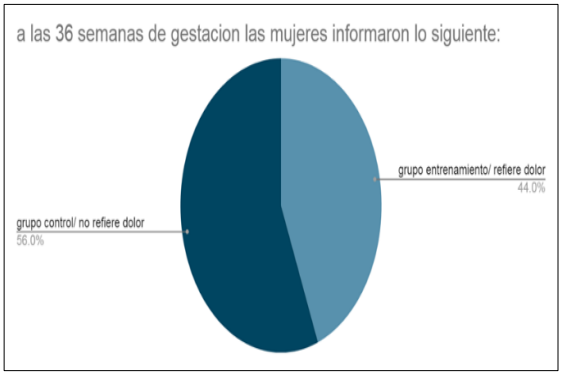


Los métodos que presentan un mayor efecto positivo, es el masaje perianal desde la semana 35 de gestación para reducir el trauma que conlleva la sutura, el segundo método que demuestra un resultado positivo es el uso de la fisioterapia para evitar dolores traumáticos en el trabajo de parto, le sigue eficacia del masaje perineal para la reducción del trauma de este y dolor y por último el uso de medicina y terapia complementaria.

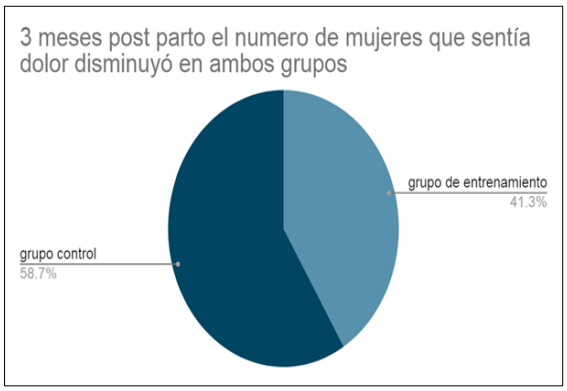
- **Actuación del fisioterapeuta durante la gestación, parto y post parto:**

Dolor lumbar y pélvico: En este estudio participaron 300 mujeres nulíparas (152 en el grupo control y 148 en el grupo de entrenamiento) que estuviesen en las 12 semanas de gestación.

La rutina trataba de entrenamiento diario desde casa (ejercicios para el piso pélvico) y un entrenamiento a la semana de manera grupal donde se incluyen ejercicios aeróbicos y otros adicionales.



Tres meses después del parto, la diferencia en cuanto al número de mujeres que padecían dolor fue del 26% en el grupo de entrenamiento, frente al 37% en el grupo control.

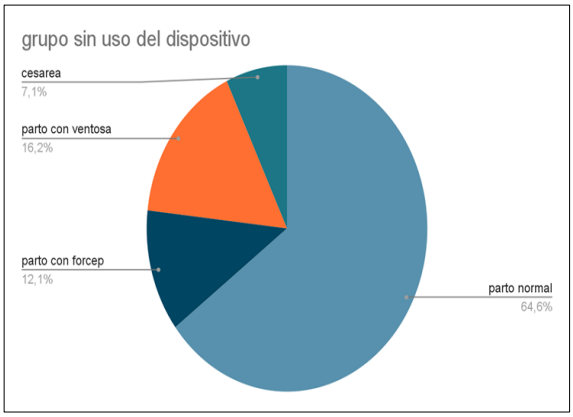


En ambos grupos las mujeres refirieron una importante mejora en su situación funcional. En definitiva, un programa de entrenamiento físico de 12 semanas fue efectivo para la prevención del dolor lumbopélvico durante el embarazo

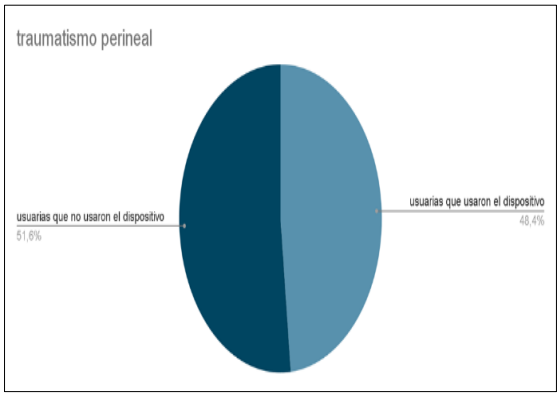
<u>Entrenamiento muscular y sus beneficios para el parto:</u> En el estudio realizado por "Salvesen et al" participaron 301 mujeres nulíparas, que fueron partícipes de un programa de ejercicios estructurados para el piso pélvico entre la 20 y 36 semanas de gestación. Las mujeres aleatoriamente seleccionadas para el entrenamiento de la musculatura pelviana tuvieron una mejor duración en la segunda etapa del parto comparado a las mujeres que no tuvieron entrenamiento previo. Se usó el dispositivo instrumental Epi-no (facilita tanto la contracción como la

relajación de los músculos de la pelvis) y fue complementado de masaje perineal. No así, en el estudio realizado por "Kok et" donde participaron 30 mujeres primíparas, acá se evaluaron 60 casos de parto natural sin el uso del dispositivo.

El resultado del estudio fue el siguiente:



La tasa de traumatismo perineal fue del 90% en el grupo que usó el dispositivo de entrenamiento frente al 96% en el grupo que no lo utilizó, lo que indica una pequeña disminución. demostrando que los traumatismos perineales en el grupo de entrenamiento fueron de menor gravedad. La tasa de episiotomía fue menor: (un 50% en el grupo de entrenamiento con la instrumentación frente a un 93,3% en el grupo sin ella). Por tanto, aunque el traumatismo perineal no es lo suficientemente inferior para considerarse significativo, la utilización del dispositivo de entrenamiento disminuye significativamente la tasa de episiotomías en las pacientes primíparas y disminuye las lesiones en el tejido perineal.



<u>tratamiento fisioterapéutico durante el parto:</u> principalmente orientado al alivio de dolor donde los métodos más seguros son el continuo apoyo a la madre durante el parto, los baños, el masaje, el movimiento y posición de la madre y bloques de agua intradérmica para el dolor de espalda.

1. electroterapia: neuroestimulación eléctrica transcutánea (TENS):

104 mujeres (72% de las nulíparas y 69% de las multíparas) la consideran efectiva para el alivio de dolor además de disminuir el número de analgésicos administrados en las pacientes. otra estimulación eléctrica se considera la acupuntura donde participaron 105 embarazadas (52 con TENS y 53 con TENS placebo) el resultado fue: grupo TENS 62% comprado a grupo TENS placebo 14%, por lo que esta técnica se considera complementaria y no invasiva a alivio de dolor en la primera etapa del parto.

2. Crioterapia: emplea 3 tipos de ttos. ice packs, epifoam y almohadillas de gel. aca se incluyeron 120 mujeres que sufrieron parto instrumental, ellas evaluaron su dolor a las 4,24,48hrs y a los 5 días después de la sutura. Lo que diferenció a las pacientes de los 3 grupos fue el edema a las 48 h, aunque los hematomas fueron menores en el grupo que dio uso a las almohadillas de gel
3. masoterapia: técnica más utilizada durante el preparto y parto, el uso de diferentes técnicas de masaje acompañado de técnicas de relajación evalúa los efectos de un programa de masaje sobre el umbral de dolor. La investigación incluye 3 grupos, donde el primero fue intervenido por un programa de masajes más técnicas de relajación, el segundo fue conformado por placebo (música y técnicas de relajación) y el tercero tuvo el cuidado habitual. en el grupo que se intervino con masajes se registró una pequeña disminución de dolor, pero esto no fue tan significativo ya que se comprobó que gracias al masaje y técnicas de relajación la usuaria tuvo mayor control durante su parto

4. baños calientes: este estudio indica las ventajas e inconvenientes de emerger a la madre en agua durante la primera etapa del parto. Esta técnica revela una diferencia en el uso de anestesia epidural entre las mujeres que son emergidas y las que no, ya que estas últimas requieren más anestesia. que las que fueron emergidas. también se destacó que las mujeres que realizaron la inmersión, tuvieron menos dolor y la duración de contracciones uterinas fueron más bajas.

En este estudio se dieron a conocer las técnicas fisioterapéuticas más utilizadas durante el preparto y parto como método de alivio de dolor. Fueron partícipes 1.305 mujeres que utilizaron la fisioterapia y demostraron que esta es efectiva en diferentes grados, pero que sí lo es y va acorde a las necesidades de cada usuaria, esto siempre dependerá de la estimulación previa que se tenga acorde a cada método de fisioterapia que se utiliza. Se demostró que la fisioterapia más utilizada es la masoterapia, ya que esta es la de más económica y de fácil acceso, pero la que mostró mejores resultados fue la electroterapia ya que es la que demuestra que disminuye el uso de analgésicos durante el trabajo de parto.

- **Masaje perineal prenatal para reducir el trauma perineal:**

Las mujeres elegidas en este estudio eran primigestas de 34 a 36 semanas, sin complicaciones y con embarazo único, presentación cefálica. Estas fueron seleccionadas al azar para determinar si iban al grupo de intervención “A” o grupo control “B”. Al grupo de intervención (A) se le pidió que realizara masaje perineal prenatal 10 minutos diarios y que se realizará un registro de este. el ejercicio trataba de insertar el dedo pulgar e índice unos 3-5 cms dentro de la vagina y luego deslizar hacia atrás y hacia abajo con un lubricante hasta sentir un “ardor” u “hormigueo”, luego mantener

el dedo pulgar en el peritoneo hasta sentir el área adormecida. Luego del parto los participantes fueron seguidos entre 6 semanas y 3 meses para terminar la recopilación de datos, al igual que con el grupo control "B" con la diferencia que ellos no recibieron masaje perineal prenatal.

De un total de 122 mujeres: 108 dieron a luz en el hospital que se realizó el estudio, 9 dieron a luz en otro lugar y 5 se retiraron de manera voluntaria.

De las 108 mujeres que dieron a luz en el hospital que se realizó el estudio 53 eran del grupo de intervención y 55 eran del grupo control. Además 5 mujeres de cada grupo se perdieron de dar seguimiento postparto. Entonces 48 mujeres del grupo de intervención y 50 mujeres del grupo control se les hizo seguimiento hasta los 3 meses postparto.

- 27 mujeres de 53 (grupo intervención) 50,9% tenían un peritoneo intacto postparto vaginal
- 16 mujeres de 55 (grupo control) 29,1% tenían un peritoneo intacto postparto vaginal.
- 7 mujeres de ambos grupos (3 del grupo intervención y 4 del grupo control) mostraron padecer incontinencia urinaria de esfuerzo, pero 6 de ellas presentó incontinencia urinaria por esfuerzo y 1 mostró incontinencia urinaria de urgencia, ninguna mujer mostró incontinencia urinaria por rebosamiento. 5 de ellas refirió un grado leve de incontinencia 5/7 (71,4%) y 2/7 (28,6) refirieron grado moderado-severo
- incidencias de las mujeres con incontinencia urinaria (6 semanas a 3 meses postparto) grupo intervención 5/98 (5,1%) y grupo control 3/98 (3,1%).

- **Masaje perianal prenatal para reducir el traumatismo perineal:**

Se realizaron Cuatro ensayos (Labrecque 1994; Labrecque 1999; Shimada 2005; Shipman 1997) que involucró a 2497 mujeres que evaluaron el masaje perineal digital realizado por la mujer o su pareja se incluyeron en la revisión. Labrecque 1994 fue un documento piloto en el que participaron sólo 46 mujeres. Labrecque 1994, Shimada 2005 y Shipman 1997 estudiaron solo mujeres sin parto vaginal previo. Labrecque 1999 involucró a mujeres con y sin parto vaginal previo y la aleatorización de las participantes se informaron posteriormente en 2001 (Labrecque 2001). Las mujeres que daban masajes en promedio más de 3,5 veces por semana (pero no los subgrupos de mujeres que masajeaban con menos frecuencia) tuvieron estadísticamente significativa más larga segunda etapa (dos ensayos ,1509 mujeres en promedio DM 10.80 minutos (IC de 95% :4,03 a 17,58); Análisis 2.6. Hubo diferencias entre subgrupos según la prueba para diferencias de subgrupos no se observaron diferencias en la duración de la segunda etapa en general (dos ensayos ,2211 mujeres) diferencia de medias (DM) 3,84 minutos (IC del 95% -0,26 a 7.95) Análisis 1.6 o comparando mujeres con y sin partos vaginales.

Se incluyeron cuatro ensayos de masaje perineal digital (que incluía un total de 2497 mujeres) en la revisión. Los cuatro ensayos (Labrecque 1994; Labrecque 1999; Shimada 2005; Shipman 1997) informe resultados para un total de 2004 mujeres sin parto vaginal previo.

Labrecque 1999 es el único ensayo que informa los resultados de 493 mujeres adicionales con parto vaginal previo.

Todos los ensayos incluidos de masaje perineal digital fueron de buena calidad. Dada la naturaleza de la intervención, no fue posible que ninguno de los estudios cegara a los participantes a la intervención. Todos los ensayos recomendaron una técnica similar de

masaje perineal digital que se realizó en una gestación similar. Todos los autores instruyeron a las participantes a no informar a su partera de su asignación y los autores de tres de los cuatro estudios incluidos hicieron algún intento de garantizar que se mantuviera un cegamiento adecuado de la evaluación de los resultados. El cuestionario de seguimiento de tres meses fue devuelto por el 79% de los participantes del ensayo (con tasas de respuesta similares de las mujeres en los grupos de masaje y control).

Un ensayo con 931 mujeres informó dolor perineal a los tres meses después del parto. En general, no hubo diferencias en el informe del dolor perineal a los tres meses después del parto. Las mujeres que habían dado a luz previamente por vía vaginal (y no nulíparas) tuvieron estadísticamente, al igual que el subgrupo de mujeres que masajearon con mayor frecuencia, un ensayo, 701 mujeres, significativamente menos probabilidades de informar dolor perineal a los tres meses después del parto.

- **Medicina complementaria y alternativa para el dolor del parto.**

Los criterios de inclusión fueron ensayos controlados aleatorios prospectivos, que incluían mujeres embarazadas sanas a término y que contenían medidas de resultado del dolor del trabajo de parto. Se incorporaron 18 ensayos, 6 no cumplieron con los criterios esperados para incluir en el estudio de inclusión. Los 12 ensayos restantes incluyeron acupuntura (2), biorretroalimentación (1), hipnosis (2), inyecciones intra cutáneas de agua esterilizada (4), masajes perianal (2) y entrenamiento autógeno respiratorio (1).

No hay evidencia suficiente de la eficacia de cualquiera de las terapias complementarias y alternativas para el dolor del parto, con la excepción de las inyecciones intra cutáneas de agua esterilizada. Para todos los demás tratamientos descritos, es imposible

sacar conclusiones definitivas con respecto a la efectividad en el control del dolor del parto.

Dado que las 6 terapias no fueron incluidas en este estudio, se consideró las 12 terapias incluidas como el total de los casos. Según lo señalan los resultados se obtuvo un 17% de efectividad respecto al total (12 terapias), con las terapias de inyección intercutáneas de aguas esterilizadas. Como señala el estudio, el resto de las terapias no presentan resultados concluyentes que las puedan clasificar como efectivas.

DISCUSIÓN

En los resultados del trabajo se pudo apreciar que coincidencia y similitudes existen entre aquellos artículos que fueron utilizados para los resultados, además de aquellos antecedentes que anteriormente fueron considerados, pero dado a los filtros de selección fueron eliminados con el fin de cumplir con los objetivos de este.

El resultado más interesante que se representó fue que:

- Más de 1.000 mujeres han demostrado que prefieren utilizar el masaje perianal y así evitar el trauma que este conlleva, como también las diferentes morbilidades que podrían ser evitadas con un previo masaje perianal antes del parto. Dado estos resultados positivos se podría determinar que es posible pensar en proyecciones a futuro sobre el implemento y el uso de este método.
- Todos los datos obtenidos estadísticamente demostraron un resultado positivo, pese a que ha sido leve se demuestra que la terapia no farmacológica si ayuda en la prevención de traumas perineales durante el parto y el postparto.
- En la estadística diferencial de los artículos seleccionados y los artículos eliminados se determina que no había mucha similitud sobre sus temas, pese

a que todos hablaban de terapias no farmacológicas. Todos tratan sobre las diferentes maniobras a utilizar durante o antes del trabajo de parto, pero de los artículos eliminados en su mayor parte no se obtuvieron resultados satisfactorios. En cambio, de los 4 artículos seleccionados, sus resultados a pesar de la diferencia de porcentaje o su leve avance positivo tienen mucha similitud entre ellos y dieron un resultado final esperado y satisfactorio.

- APM puede prevenir el trauma perineal durante el trabajo de parto y disminuir la incidencia de episiotomía en mujeres nulíparas.
- La eficacia de la APM en la prevención de trauma durante el parte se determina que la técnica es útil para que las mujeres padezcan un peritoneo intacto postparto siempre y cuando sea considerado parto vaginal.
- También se determina que APM en las últimas semanas de gestación reduce la posibilidad de episiotomía, por lo que es favorable ya que también aumenta la posibilidad de peritoneo intacto postparto.

CONCLUSIÓN

Los métodos que presentan un mayor efecto positivo, es el masaje perianal desde la semana 35 de gestación para reducir el trauma que conlleva la sutura, el segundo método que demuestra un resultado positivo es el uso de la fisioterapia para evitar dolores traumáticos en el trabajo de parto, le sigue eficacia del masaje perineal para la reducción del trauma de este y dolor y por último el uso de medicina y terapia complementaria

Dolor lumbar y pélvico: En este estudio participaron 300 mujeres nulíparas (152 en el grupo control y 148 en el grupo de entrenamiento) que estuviesen en las 12 semanas de gestación.

La rutina trataba de entrenamiento diario desde casa (ejercicios para el piso pélvico) y un entrenamiento a la semana de manera grupal donde se incluyen ejercicios aeróbicos y otros adicionales.

entrenamiento muscular y sus beneficios para el parto: En el estudio realizado por "Salvesen et al" participaron 301 mujeres nulíparas, que fueron partícipes de un programa de ejercicios estructurados para el piso pélvico entre la 20 y 36 semanas de gestación. Las mujeres aleatoriamente seleccionadas para el entrenamiento de la musculatura pelviana tuvieron una mejor duración en la segunda etapa del parto comparado a las mujeres que no tuvieron entrenamiento previo. Se usó el dispositivo instrumental Epi-no (facilita tanto la contracción como la relajación de los músculos de la pelvis) y fue complementado de masaje perineal. No así, en el estudio realizado por "Kok et" donde participaron 30 mujeres primíparas, acá se evaluaron 60 casos de parto natural sin el uso del dispositivo.

tratamiento fisioterapéutico durante el parto: principalmente orientado al alivio de dolor donde los métodos más seguros son el continuo apoyo a la madre durante el parto, los baños, el masaje, el movimiento y posición de la madre y bloques de agua intradérmica para el dolor de espalda.

Masaje perineal prenatal para reducir el trauma perineal: Las mujeres elegidas en este estudio eran primigestas de 34 a 36 semanas, sin complicaciones y con embarazo único, presentación cefálica. Estas fueron seleccionadas al azar para determinar si iban al grupo de intervención "A" o grupo control "B". Al grupo de intervención (A) se le pidió que realizara masaje perineal prenatal 10 minutos diarios y que se realizará un registro de este.

Medicina complementaria y alternativa para el dolor del parto: Los criterios de inclusión fueron ensayos controlados aleatorios prospectivos, que incluían mujeres embarazadas sanas a término y que contenían medidas de resultado del dolor del trabajo de parto. Se

incorporaron 18 ensayos, 6 no cumplieron con los criterios esperados para incluir en el estudio de inclusión. Los 12 ensayos restantes incluyeron acupuntura (2), biorretroalimentación (1), hipnosis (2), inyecciones intra cutáneas de agua esterilizada (4), masajes perianal (2) y entrenamiento autógeno respiratorio (1)

En los resultados del trabajo se pudo apreciar que coincidencia y similitudes existen entre aquellos artículos que fueron utilizados para los resultados, además de aquellos antecedentes que anteriormente fueron considerados, pero dado a los filtros de selección fueron eliminados con el fin de cumplir con los objetivos de este.

BIBLIOGRAFÍA

1. http://www.mauleduc.cl/2020/archivos-clases/2bc5dd_FISIOLOGIADELCOMIENZODELPARTOMDoloresRuizLeon.pdf
2. https://proyectonatal.com.ar/portfolio/rol-de-la-doula-durante-el-parto-natural-y-por-cesarea/
3. http://www.mauleduc.cl/2020/archivos-clases/262621_Clase4.ObstetricalAnalSphincterInjuriesOASIS-PreventionRecognitionandRepair.pdf
4. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15295342

DUELO PERINATAL E IMPORTANCIA DEL ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE SALUD EN EL PROCESO

PERINATAL GRIEF AND IMPORTANCE OF SUPPORT BY HEALTH PROFESSIONALS IN THE PROCESS

Grille Ulloa T.[1], Núñez Higuera T.[2], Pávez Vera J.[3], Reyes Retamal V. [4], Caba Burgos F. [5]

DOI: 10.23854/07198698.202181

RESUMEN

La pérdida de un hijo/a es una situación muy dolorosa, ya que emocionalmente se describe como un sentimiento muy devastador. La muerte en el periodo perinatal en los últimos años ha sido poco visibilizada y subestimando.

Esta perdida puede desencadenar diferentes reacciones de duelo en los padres y situaciones difíciles de manejo para los profesionales de salud.

[4] **autor de correspondencia:** ***Grille Ulloa T., Núñez Higuera T., Pávez Vera J., Reyes Retamal V., Caba Burgos F.*** Alumnas y docente de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Bernardo O'Higgins. Santiago, Chile. Mail: Christian.hernandez@ubo.cl

Métodos: Se realizo una revisión bibliográfica de la literatura científica entre el periodo 2011- 2020 se consultaron distintas plataformas de datos de relevancia en el conocimiento en salud, como Pubmed, Cochrane, Medes, Scielo, Medigraphic, Google Académico, se seleccionaron artículos de diferentes países.

Resultados: Se seleccionaron 10 artículos entre los años 2011- 2020 donde se realizaron 5 entrevista, se aplicaron 3 encuestas o cuestionarios,

un caso clínico y un análisis retrospectivo, a madres que sufrieron perdida perinatal y a profesionales de la salud.

Conclusión: Como se pudo evidenciar en la presente revisión y dado los puntos expuestos en ella se puede concluir que el duelo perinatal es un tema de carácter universal pero poco visualizado que afecta a los países tanto de Latino América como países de Europa desarrollados y no desarrollados. Que afecta tanto a padres como a profesionales debido a que no existe un buen manejo de este suceso tan difícil.

Palabras Claves: muerte perinatal, perdida perinatal, muerte fetal, acompañamientos profesionales, matronas.

ABSTRACT

The loss of a child is a very painful situation, since emotionally it is described as a very devastating feeling. Death in the perinatal period in recent years has been underestimated and underestimated.

This loss can cause different grieving reactions in parents and situations that are difficult for health professionals to handle.

Methods: A bibliographic review of the scientific literature between the 2011-2020 countries was carried out.

Results: 10 articles were selected between the years 2011-2020 where 5 interviews were carried out, 3 surveys or questionnaires, a clinical case and a retrospective analysis were applied to mothers who suffered perinatal loss and to health professionals.

Conclusion: As evidenced in this review and given the points in it, it can be concluded that perinatal bereavement is a universal but little-visualized issue that affects both Latin American countries and developed and underdeveloped European countries. That affects both parents and professionals because there is no good management of this difficult event.

Key words: perinatal death, perinatal loss, fetal death, professional support, midwives.

INTRODUCCIÓN

FIGURA 1. Proceso de selección de estudios publicados que aborden

“Duelo perinatal e importancia del acompañamiento en el proceso”.

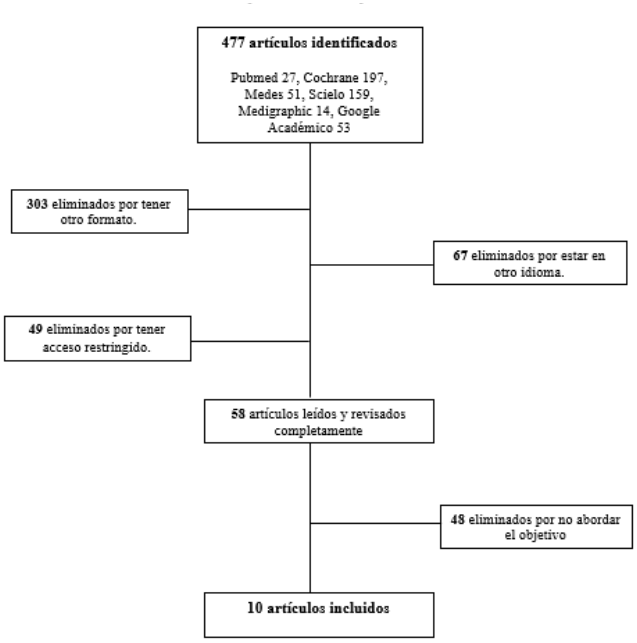


TABLA N°1: Principales aspectos metodológicos de cada artículo seleccionado para el estudio sobre: “Duelo perinatal e importancia del acompañamiento en el proceso”.

Autor	Fuente de Datos	Población de estudio	Tamaño de la muestra	Variables resultadas

1. Fernández Ordóñez E. (2020).	**Estudio observacional, descriptivo y transversal.**	**Mujeres post parto que sufrieron anteriormente una pérdida gestacional.**	**115 mujeres**	**Vivencias de mujeres y su relación con el trastorno de estrés postraumático tras una gestación posterior a una pérdida gestacional.**
2. Mota González C. (2011).	**Instrumento Escala de Duelo Perinatal, consta de 33 elementos con cinco opciones de respuesta.**	**Mujeres que han experimentado una o más pérdidas perinatales a lo largo de su vida, con estudios mínimos de educación primaria y que no estuvieran embarazadas al momento del estudio.**	**200 mujeres.**	**Evaluar a las mujeres que hayan tenido una o más pérdidas perinatales a través de una escala de Duelo Perinatal.**

3. Montesinos G. A. (2013).	**Estudio observacional cuantitativo y cualitativo.**	**Profesionales de salud de Neonatología y padres.**	**La muestra estuvo constituida por 441 RN fallecidos entre el 1 de marzo de 2000 al 31 de diciembre de 2009.**	**Estudio que demostró las distintas conductas que viven los padres y el personal de salud durante todo el proceso del duelo perinatal.**
4. Castillo-Valderrama J. (2020).	**Investigación de carácter cualitativo, descriptivo con enfoque fenomenológico.**	**Profesionales matrona/matrón que acompañan a la madre y familia.**	**La muestra se determinó con 10 entrevistas a profesionales de maternidad y 7 de UCIN.**	**Estudio que demuestran las capacidades y vivencias de los profesionales de maternidad y UCIN frente a la muerte fetal, y la importancia de una relación cercana con los padres.**
5. Hernández Garre J. (2017).	**Estudio con enfoque cualitativo y fenomenológico.**	**Profesionales sanitarios implicados en el duelo perinatal.**	**37 profesionales.**	**Estudiar las experiencias que desarrollan los profesionales**

				implicados en el duelo perinatal.
6. Pastor Montero S. (2011).	**Estudio basado en las experiencias de profesionales de salud.**	**Profesionales implicados en muerte y duelo perinatal.**	**19 profesionales.**	**Estudiar las experiencias vividas por los profesionales de la salud en situaciones de muerte y duelo perinatal y describir las estrategias de actuación ante la pérdida perinatal.**
7. Huiza L, (2003).	**Estudio retrospectivo de todos los casos de muerte fetal mayor de 20 semanas de gestación y muerte neonatal antes de los 28 días**	**Fetos mayores de 20 semanas de gestación y muertes neonatales antes de los 28 días**	**(508/30125) Muerte fetal (434/30125) Muerte neonatal**	**Identificar los factores etiopatogénicos asociados a la muerte fetal y neonatal.**

8. Martínez Dávalos C. (2018).	**Estudio observacional y cualitativo.**	**Profesionales de departamento de gineco obstetricia.**	**Se realizo una muestra de 54 profesionales.**	**Manejo del duelo en factores cognitivos, conductual y el cuidado ofrecido a la puérpera en su duelo por muerte perinatal.**
9. García Arias D. (2017).	**Estudio cualitativo de tipo descriptivo.**	**Profesionales de la salud.**	**20 mujeres.**	**Estudiar cómo las madres perciben el trato que les dan los profesionales de salud al experimentar duelo perinatal.**
10. Serrano Diana C. (2017).	**Caso Clínico.**	**Profesionales de la salud.**	**1 mujer.**	**como los profesionales de la salud y profesional médico pueden ser un apoyo para mujeres que han sufrido**

				una pérdida perinatal.

INTRODUCCIÓN

La gestación es un proceso fisiológico, en el cual se crea un ser humano, y como todo proceso este no está libre de riesgos ya sea tanto maternos como fetales. (1) Desde el periodo que va desde el inicio del embarazo hasta el parto, los padres generan un vínculo temprano con sus bebés y ciertos sentimientos de esperanza, ilusión y alegría por el futuro que viene. (2)

El nacimiento de un bebé es un momento clave en la vida de las familias, en donde se espera un hijo vivo y sano. Pero no todos los embarazos terminan de forma satisfactoria, por lo cual todos esos anhelos, ilusiones y esperanzas se verán desechas por la muerte perinatal o también llamada pérdida perinatal. (1) Esta situación afecta a las familias de manera negativa, quebrando todas las expectativas, llevándolos a vivir una situación de duelo. (3)

La palabra duelo proviene del latín y tiene dos raíces, dolus, que significa dolor, pena, aflicción o sentimiento, y duellum, que acude al combate entre dos o desafío. En el concepto psicológico del duelo, ambos conceptos se unen, tanto el dolor como el sufrimiento y el desafío que esto supone a quien lo vive. (4)

Se estima que una de cada cuatro parejas vive este duelo en alguna de sus gestaciones, aunque los antecedentes sobre incidencia no están claros, estaría vinculada a esa pérdida. (3)

El duelo perinatal es el que acontece después de una muerte producida en el período perinatal. (1) Según la Organización Mundial de la Salud considera que la muerte perinatal es la que tiene lugar desde las 22 semanas de gestación hasta los 7 días después del nacimiento. (5)

Aunque algunas definiciones varían, debido a que la tasa de mortalidad perinatal incluye las muertes neonatales hasta los 28 días. (5)

En Chile de acuerdo con las cifras oficiales, ocurren aproximadamente, 2.066 muertes perinatales cada año, según el Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS (2016), lo que equivale a 5 o 6 muertes cada día. (6)

Las causas de la pérdida perinatal se categorizan de acuerdo con su origen: fetales que representan el 25-40%, de origen placentario 25-35 %, de origen materno que son de un 5 a 10% y causas de origen desconocido que representan entre un 25-35%. (7)

La pérdida de un hijo/a es una situación particularmente muy dolorosa, ya que emocionalmente se describe como un sentimiento muy devastador, para las personas que viven esta experiencia, independiente de la edad que tenga su hijo. (8)

Las reacciones que experimentan los padres frente a esta pérdida son: shock, negación, ira, depresión, pérdida de control, aturdimiento, sentimientos de culpa y dificultades para funcionar con normalidad (3,7). Algunos testimonios de madres incluso refieren oír el llanto del bebe o sentir sus movimientos en el vientre. (1)

Además, las parejas que vivieron la pérdida de hijos manifiestan tener miedo de volver a embarazarse debido a las consecuencias, y todo esto puede aumentar la ansiedad y depresión. (9)

El trastorno de estrés post traumático después de haber vivido una pérdida tiene un riesgo de por vida de un 29%, y una prevalencia de un 21% en una gestación en tercer trimestre de un nuevo embarazo posterior a la muerte fetal. Por lo tanto, sino es tratado en una primera instancia este puede traer consecuencias como depresión materna, mal control prenatal, conductas de riesgo, problemas de apego y lactancia, entre otros más. (10)

En la actualidad las perdidas perinatales siguen siendo un tema poco visibilizado y se ha identificado que esta área esta un tanto abandonada en comparación con las otras, ya que la atención que reciben las usuarias que han vivido esta experiencia refieren que no es la mejor y es un tanto traumática. (11)

En Chile no todos los centros asistenciales cuentan con un protocolo o norma para el manejo de este acontecimiento. (12) Por lo demás los profesionales no tienen una capacitación o preparación de pregrado suficiente para afrontar esta situación da la mejor manera por lo cual les resulta difícil. (3)

Además, en varios recintos de salud estas usuarias no tienen un lugar íntimo y con privacidad para poder vivir su proceso de duelo tranquilamente,

puesto que son llevadas a sala de recuperación junto con las puérperas que, si tienen a sus hijos, lo cual es una situación muy dolorosa y la describen como algo horrible. (7)

Con todo lo anteriormente mencionado se ha visto que en una primera instancia una atención empática y de apoyo es fundamental para las parejas ya que esto tiene un enorme efecto en la evolución del duelo, por tanto, se requiere un enfoque más cercano y de confianza. (1)

La presente revisión, tiene como objetivo estudiar cómo se ven afectadas las mujeres que pasan por una perdida perinatal y la importancia del acompañamiento y de una atención empática.

MATERIAL Y MÉTODOS

La siguiente revisión integró artículos académicos relacionados con el duelo perinatal y la importancia del acompañamiento de profesionales en el proceso.

Para alcanzar el objetivo propuesto en este estudio, se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos como método de investigación en el cual se consultaron distintas plataformas de datos de relevancia en el conocimiento en salud, como Pubmed, Cochrane, Medes, Scielo, Medigraphic, Google Académico, en donde se obtuvo como resultado, revistas, documentos, estudios científicos, tesis, guías clínicas, entre otros, de diferentes países e idiomas sobre el duelo perinatal, acompañamiento y la perspectiva de los profesionales de la salud. Para la recopilación de datos se utilizaron las siguientes palabras claves; “duelo perinatal”, “muerte perinatal”, “muerte fetal”, “perdida perinatal”, “duelo, matronas”, “muerte neonatal”, “profesionales de salud”, “duelo materno”, “muerte gestacional”, “acompañamiento”. Se seleccionaron todos los artículos publicados durante los últimos 10 años (2011- 2021). En cuanto al idioma se seleccionaron publicaciones en inglés y español en primera instancia.

Para la selección de los artículos se establecieron criterios de inclusión

como: artículos que hablaran del tema principal, que mencionaran al menos una de las palabras claves seleccionadas, que estuvieran entre los años 2011 y 2021, además que fueran documentos de carácter académico (artículos de investigación), también que todos los artículos seleccionados incluyeran resumen y que estén escritos en español. Los resultados obtenidos de la búsqueda bibliográfica en las diferentes plataformas anteriormente mencionadas fueron 477 artículos en total.

Como criterios de exclusión se establecieron los siguientes, del total de artículos encontrados se excluyeron en primera instancia 303 por no cumplir con el formato deseado, además se eliminaron 67 por estar en otro idioma, luego se analizaron los artículos restantes de los cuales 49 se descartaron por tener acceso restringido, quedando con 58 artículos, los cuales fueron leídos y revisados completamente, por lo cual en esta revisión final se descartaron 48 artículos por no abordar el objetivo profundamente, finalizando con un total de 10 artículos para nuestro estudio bibliográfico.

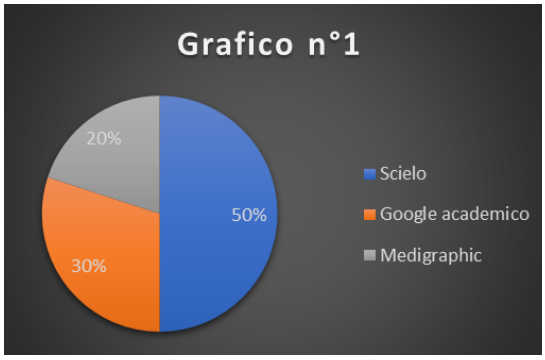
RESULTADOS

Esta revisión tiene como objetivo dar a conocer el duelo perinatal y lo importante que es el acompañamiento que puedan brindar los profesionales de salud, a los padres y familiares de los mortinato en este proceso de perdida perinatal.

Lo primero que se realizó para poder lograr con el objetivo, fue una búsqueda en la plataforma pubmed, cochrame, medes, scielo, medigraphic, de 477 artículos los cuales fueron seleccionados se descartaron 303(64%) por tener otro formato al solicitado para el estudio, 67(14%) por estar en otro idioma, 49(10%) por tener acceso restringido, 58(12%) por no abordar con el objetivo, finalmente se seleccionaron 10 (2%) artículos que cumplían con lo solicitado para nuestro estudio bibliográfico. En donde se observa un mayor porcentaje en scielo (50%)

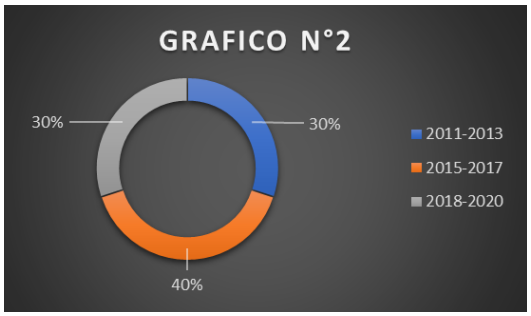
medigraphic (20%), Google académico (30%). (grafico N °1).

GRÁFICO N °1: Distribución porcentual de los artículos seleccionados según base de datos de estudios sobre "Duelo perinatal e importancia del acompañamiento de los profesionales de salud en el proceso"



En cuanto a los artículos que finalmente se seleccionaron para nuestro estudio se analizaron aquellos que fueron publicados entre los años 2011-2020 para poder tener una información de los últimos 10 años, en el grafico numero 2 podremos observar la cantidad de porcentajes de los artículos por año de publicación.

GRÁFICO N°2: Distribución porcentual de los artículos seleccionados para nuestro estudio según año de publicación sobre el estudio de "Duelo perinatal y la importancia del acompañamiento de los profesionales de salud en el proceso".

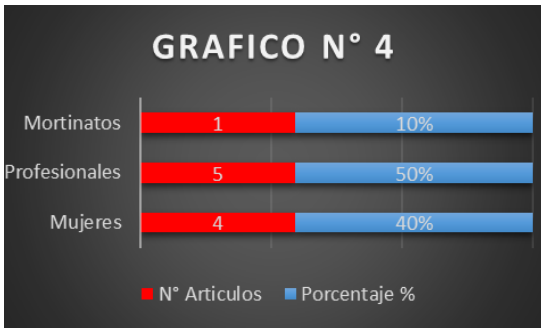


Con respecto a la información recopilada en el grafico N° 2 se puede visualizar que la mayoría de los artículos seleccionados se encuentran entre los años 2015-2017.

GRÁFICO N°3: Distribución porcentual según el país de origen de cada artículo seleccionado para nuestro estudio sobre " Duelo perinatal y la importancia del acompañamiento de los profesionales de salud en el proceso".

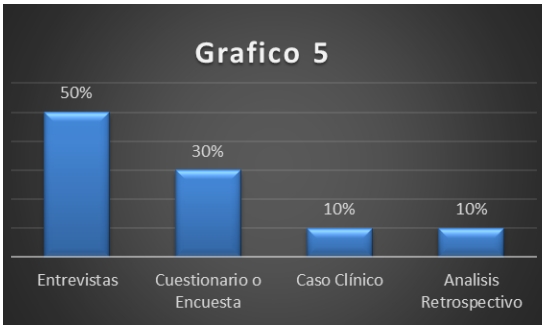
Se puede apreciar en el grafico N° 3 con respecto al país de origen de las publicaciones, estos se dieron mayoritariamente en países de Latinoamérica, liderando Chile y México con el mismo porcentaje de artículos (20%), seguido de Brasil, Perú, Cuba, Venezuela con un porcentaje (10%) artículos por cada país. En cuanto a los países europeos principalmente se analizaron artículos provenientes de España con un porcentaje de (30%) artículos seleccionados.

GRÁFICO N° 4: Distribución de la población estudiada en los artículos seleccionados para el estudio de "Duelo perinatal y la importancia del acompañamiento de los profesionales de salud en el proceso"



Con respecto a la población estudiada la búsqueda evidencio que, del total de los 10 artículos seleccionados, 5 de ellos correspondiente al (50%) hacen referencia a profesionales de la salud y su experiencia en el duelo perinatal, seguido de 4 artículos correspondiente al (40%) relatan las experiencias de mujeres afectadas por la pérdida perinatal y por último 1 artículo correspondiente al (10%) realizo un estudio en recién nacidos fallecidos.

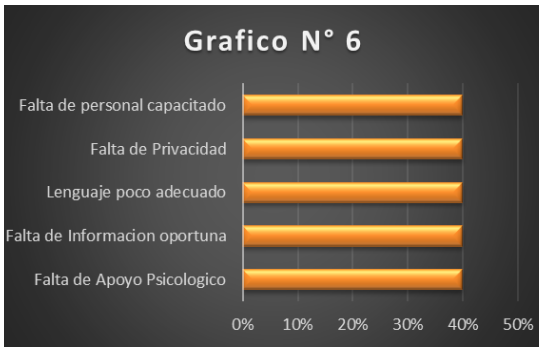
GRÁFICO N°5: Distribución del porcentaje de artículos según la metodología utilizada en cada estudio para "Duelo perinatal y la importancia del acompañamiento de los profesionales de salud en el proceso"



En relación con la metodología empleada en cada artículo en el grafico N° 5 se puede observar que en un

50% de los artículos se utilizaron entrevistas, en un 30% se aplicaron encuestas o cuestionarios, un 10% corresponde a un caso clínico y el otro 10% restante realizó un análisis retrospectivo. Quedando con un total de 10 artículos para su respectivo análisis.

GRÁFICO N° 6: Recopilación porcentual de perspectiva de madres que sufrieron perdida perinatal en relación con la atención recibida durante el proceso, para el estudio "Duelo perinatal y la importancia del acompañamiento de los profesionales de salud en el proceso"



Con respecto a la perspectiva de la mujeres en la atención recibida durante el proceso de perdida, de un total de 10 artículos correspondiente al 100%, en el 40% de ellos se relatan las experiencias de mujeres afectadas por la pérdida perinatal, donde se evidencio grandes deficiencias en la atención entregada las madres.

Para hacer más evidente el impacto que tiene el duelo perinatal o perdida perinatal en mujeres y profesionales de la salud a continuación se describe un breve resumen de los 10 artículos:

ARTICULO N°1: "Trastorno de estrés postraumático después del parto posterior a una pérdida gestacional: un estudio observacional". Año 2020. Scielo.

Esta investigación se enfocó en investigar la prevalencia de trastorno por estrés entre puérperas que dan a luz tras haber sufrido una pérdida gestacional. Se identificaron diferentes variables que afectan en este estrés, entre ellas se encuentran la edad de la mujer, número de embarazos y el número de pérdidas gestacionales y se concluyó que la probabilidad de padecer estrés postraumático aumenta

cuanto mayor sea el número de pérdidas gestacionales sufridas.

ARTICULO N°2 "Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional". Año 2010. Scielo

El objetivo de este estudio fue que la pérdida de un hijo en la vida de la mujer constituye uno de los momentos emocionales más intensos y esta investigación se basa en determinar las características psicométricas de la Perinatal Grief Scale (Escala de Duelo Perinatal, EDP) para aplicarla en mujeres que habían experimentado el duelo perinatal. La EDP quedó conformada por cuatro subescalas: duelo activo, depresión, culpa y aceptación y se discute su utilización en la investigación y en la práctica clínica.

ARTICULO N°3 "Asistencia al duelo neonatal: diez años de experiencia en una Unidad de Neonatología". Año 2013. Scielo

La unidad de neonatología de Temuco se propuso mejorar la atención a los padres que han sufrido la pérdida de un recién nacido. Se constituyó un Comité de Manejo del Duelo Neonatal, además de un manual de procedimientos. A los padres se les avisaba con anticipación para que ellos pudieran despedirse, pudieran abrazar o tan solo observar a su hijo que estaba a punto de fallecer, y se concluye que este programa mejoró la calidad de atención de los padres del recién nacido fallecido.

ARTICULO N°4 "Duelo perinatal: experiencias del profesional matrona/matrón ante la muerte". Año 2020. Google Académico.

El duelo perinatal afecta tanto a los padres como a los profesionales de la salud. Este artículo tiene como objetivo explorar vivencias del profesional matrón/a ante usuarias con pérdidas reproductivas. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas con 4 categorías: A: Experiencias: en donde se describen vivencias positivas y negativas de los

profesionales, destacándose emociones como culpa y tristeza; B: Adquisición de competencias de afrontamiento: durante la formación profesional no se desarrollan estrategias personales ante el duelo. C: Estrategias de afrontamiento: es frecuente la evasión de sentimientos provocados por el duelo D) Requerimientos: existe necesidad de formación especializada y la creación de protocolos de intervención ante duelo perinatal; en el contexto intrahospitalario no es visibilizado con acciones específicas el duelo ante la pérdida reproductiva, quedando la atención al azar del profesional.

ARTICULO N°5 "Alumbrando la muerte. Profesionales de la vida gestionando el duelo" Año 2017. Google Académico.

Este artículo tiene como objetivo investigar las experiencias y modelos de afrontamiento que utilizan los profesionales en la atención del duelo perinatal. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas a los distintos entrevistados de tres hospitales públicos de la región de Murcia y se pudo concluir que existe una falta de formación institucional ante este tipo de momentos en donde los profesionales reaccionan recurriendo a la experiencia, la empatía o la formación autodidacta.

ARTICULO N°6 "La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales". Año 2011.Scielo.

El objetivo de este estudio fue realizar 19 entrevistas a profesionales de salud para saber sus experiencias y estrategias para enfrentar la muerte y duelo perinatal, para así poder desarrollar una mejora en el protocolo y acompañamiento que brindan los matrones, enfermeras y médicos para enfrentar la pérdida perinatal.

ARTICULO N°7 "La muerte fetal y la muerte neonatal tienen origen multifactorial". Año 2016. Scielo.

Poder identificar y determinar las causas de la muerte perinatal y neonatal a través de estudios realizados con autopsia a todos los

casos mayores a 20 semanas de gestación y muerte neonatal antes de los 28 días de vida.

ARTICULO N°8 "El profesional de enfermería ante el duelo por muerte perinatal" Año 2018. Google Académico.

Estrategias de apoyo y contención para el manejo del duelo que los profesionales de enfermería brindan a la puérpera que está enfrentando un proceso de muerte perinatal.

ARTÍCULO N°9 "Repercusión de las muertes perinatales en las madres". Año 2017. Medigraphic.

Se realizó entrevista a las madres que sufrieron pérdida perinatal, para lograr identificar cómo se sienten ante la ocurrencia de muerte perinatal y el acompañamiento que brindan los profesionales de salud.

ARTÍCULO N°10: "Muerte fetal ante parto. duelo perinatal". Año 2015. Medigraphic.

A través de este caso clínico se busca estudiar e identificar las etapas de duelo que vive la gestante, cómo lograr un apoyo y consuelo a través del uso de protocolos para los profesionales de salud en este proceso.

DISCUSIÓN

Los 10 artículos seleccionados para nuestra investigación indagan sobre un tema de gran interés en la actualidad que es la muerte perinatal o también llamada perdida perinatal, cuya importancia está comenzando a reconocerse durante los últimos años, debido a que tanto padres como profesionales de la salud se ven afectados emocionalmente tras vivir este difícil momento.

De acuerdo con nuestra revisión bibliográfica se puede destacar que la mayoría de los artículos estudiados coinciden que la perdida perinatal es un suceso devastador para los padres ya que en el proceso de gestación crean un vínculo afectivo e incluso expectativas que se habían formado en torno a la llegada del bebé. Además,

no solo afecta enormemente lo emocional, sino que también trasciende a otros ámbitos como lo social, lo laboral y el entorno familiar, repercutiendo en las relaciones interpersonales e incluso en la relación de pareja. (12)

Los artículos estudiados exponen que gran porcentaje de los padres experimentan diversas reacciones frente a esta perdida, especialmente las mujeres, las cuales presentan estado de shock, negación, ira, depresión, pérdida de control, aturdimiento, sentimientos de culpa y dificultades para funcionar con normalidad (3,7). De hecho, algunas madres mencionan incluso oír el llanto del bebe o sentir sus movimientos en el vientre. (1). En el caso de los hombres aparecen sentimientos de shock, rabia, vacío y soledad. (12)

Además, se evidencio que los padres tienen miedo de volver a embarazarse nuevamente y pasar por una situación similar, lo cual genera mucha ansiedad y depresión. (9) Por lo cual es importante que el trastorno del estrés post traumático generado por la pérdida sea tratado en primera instancia, si no puede traer consecuencias en el próximo embarazo como la depresión materna, mal control prenatal, conductas de riesgos, problemas de apego, entre otros. (10)

En relación a lo anteriormente mencionados, los estudios obtenidos revelan que la muerte perinatal y la atención que viven las familias es un tema que ha sido poco visibilizado y subestimado, ya que el apoyo psicológico para vivir este proceso tiene grandes deficiencias, tales como la preparación de una habitación separada de las puérperas que si tuvieron a su bebé, además del cuidado en el lenguaje utilizado por parte de los profesionales que a veces no es el más adecuado, también la falta de información antes, durante y después del nacimiento del hijo fallecido o simplemente del acompañamiento de un profesional de la salud capacitado en esta materia.(1)(11)

El mal manejo de esta situación puede generar un trauma complejo para los

padres, por esta razón es importante mejorar la atención. Puesto que varios estudios concuerdan en que debería haber un seguimiento de estas usuarias por un profesional capacitado que le otorgue apoyo psicológico y derivación a otros profesionales si es necesario, también se recomienda implementar talleres o grupos de autoayuda, para que las madres que vivieron están perdidas puedan hablar sobre sus experiencias. (3)

Lamentablemente se refleja que existen problemas de comunicación entre personal de salud y los padres, debido a que el lenguaje utilizado o la información en el momento de entregar la noticia sobre el motivo o causa del fallecimiento del bebe no es la más apta y oportuna refieren los padres. Por ello resulta evidente que los profesionales poseen conocimientos teóricos insuficientes sobre el abordaje, el manejo del duelo y el cuidado que se le debe entregar a una puérpera que pierde un hijo. (1) (13) Pero para el personal de salud también resulta difícil ser testigos de la muerte de un bebé, ya que, al no tener la preparación adecuada, esto les genera sensación de ansiedad, importancia, frustración y tristeza.

Por lo tanto, es fundamental incorporar en ellos una formación especializada sobre el duelo, sus diferentes etapas, el abordar de la mejor forma las necesidades de las mujeres que sufrirán está perdida, con los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias, porque es un momento muy delicado y es importante saber que decir y que hacer, ya que son los profesionales quienes juegan un papel importante en la construcción de la confianza. (13)

Destacar que todos los estudios enfatizan en que el apoyo emocional de un profesional de la salud capacitado en el acompañamiento de la perdida desde el periodo de nacimiento del bebé fallecido hasta varios meses después de lo sucedido es de suma importancia para las parejas, es crucial tener un trato respetuoso y empático, considerando también las peticiones de los padres

frente a la elaboración de recuerdos como la huella del pie o mano, o un mechón de pelo, una fotografía o simplemente vestir a su bebe, lo que es muy significativo para ellos puesto que mejora la experiencia y favorece a tener un duelo más sano. (1)

En Chile los centros asistenciales no cuentan con un protocolo o norma ministerial universal a cumplir en situaciones de perdida perinatal por lo cual resulta difícil el manejo para quienes trabajan en las maternidades y para los padres quienes se ven directamente afectados tanto por la pérdida de su hijo como por la falta de capacitación del equipo de salud, aunque hay algunos hospitales que han visibilizado esta situación y han crearon su propio manejo para poder sobrellevarla de la mejor manera.(12)(3)

Los estudios demostraron que este es un tema de carácter transversal que afecta a todos los países tanto de Latino Americana como países de Europa, desarrollados y no desarrollados, pero que con los años ha empezado a tomar más fuerza y ha generado preocupación por lo cual es de gran importancia realizar un protocolo universal, guías clínicas o alguna política pública para regularizar el manejo de la perdida perinatal, basada en la experiencias de los profesionales de salud como de las familias afectadas.

En consecuencia, en la presente revisión se resumieron los hallazgos de los estudios en relación con la perdida perinatal y la importancia del acompañamiento profesional, abarcando las diferentes problemáticas expuestas.

CONCLUSIÓN

Como se pudo evidenciar en la presente revisión y dado los puntos expuestos en ella se puede concluir que el duelo perinatal es un tema de carácter universal pero poco visualizado que afecta a los países tanto de Latino América como países de Europa desarrollados y no desarrollados.

Del total de los artículos presentes un 40% corresponde a madres puérperas que han sufrido la pérdida de la gestación, existiendo un déficit de

apoyo en el ámbito psicólogo al momento de la perdida como post perdida gestacional.

Entre los diferentes factores que determinan como la mujer sobrellevara dicho proceso se encuentra la edad, números de embarazos previos y numero de perdidas gestacionales. Gran parte de las mujeres estudiadas dice experimentar sentimientos de negatividad, depresión, ansiedad y estrés post traumático teniendo repercusión en sus relaciones interpersonales y sobre todo en la relación de pareja.

Existe un alto porcentaje de parejas que vivieron la perdida de hijo y que dicen manifestar sentimientos de miedo de volver a embarazarse debido a las consecuencias que esto conlleva, aumentando así síntomas de miedo, depresión, ansiedad y/o la ruptura definitiva de la relación de pareja. Cabe destacar que la repercusión de este proceso también afecta al padre, en ellos se ven sentimientos parecidos a los de la madre.

Por otro parte existe falta de comunicación entre las mujeres afectadas por la mortalidad perinatal y el personal de salud que está directamente relacionado con su atención en el parto, así como la disparidad en el manejo de las madres para la comunicación de la muerte del bebé debido a que los profesionales de salud que llevan a cabo este proceso no cuentan con un protocolo de atención hacia los padres. Solo dependerá de la empatía del profesional como este se desenvuelva con la paciente y su entorno, en este caso con los padres y su entorno familiar con respecto a la pérdida.

En gran parte de los recintos de salud no se observa un lugar íntimo y con privacidad para que la pareja pueda llevar a cabo su duelo en la intimidad. En nuestro país Chile los centros de salud no cuentan con normas ministeriales ante la pérdida perinatal por tanto resulta complejo el manejo, además de existir una deficiencia del apoyo psicólogo que se le debería

brindar a la mujer y pareja post proceso de duelo perinatal.

Se debe destacar que todos los estudios enfatizan en que el apoyo emocional de un profesional de la salud capacitado en el acompañamiento de la perdida desde el periodo de nacimiento del bebé fallecido hasta varios meses después de lo sucedido es de suma importancia para las parejas, es crucial tener un trato respetuoso y empático, considerando también las peticiones de los padres frente a la elaboración de recuerdos en el momento del fallecimiento del neonato. Se requiere de una formación especial, que permita desarrollar los recursos personales y relacionales que habitan en el interior de cada una de las personas; además de normas o protocolos que delimiten las conductas a adoptar al momento de la atención, estandarizando así los cuidados, ofreciendo apoyo multidisciplinario ante la pérdida perinatal y procurando el seguimiento necesario; todo con actitud de servicio y respeto por el dolor compartido.

Frente a estas problemáticas anteriormente mencionadas en Chile se promulgo el 29 de Septiembre del 2021 la Ley 21.371 también llamada Ley Dominga, que establecerá un estándar especial en relación con el manejo clínico y acompañamiento a madres y padres que hayan sufrido una muerte gestacional o perinatal de un hijo o hija, El objetivo es que todas las instituciones de salud cuenten con un protocolo en caso de muerte perinatal, con manejo clínico y acompañamiento psico-emocional para contener a la madre, al padre y al núcleo más cercano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martos I, Sánchez M, Guedes Ch. Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. e-revistas.uc3m.es. [Internet]. 2016 [consultado 03 de Julio de 2021]. Recuperado a partir de: https://e-

revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3454

2. Oviedo S, Urdaneta E, Parra F, Marquina M. Duelo materno por muerte perinatal. Medigraphic.com. [Internet]. 2009 [consultado 03 de Julio de 2021]. Recuperado a partir de: https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2009/sp095e.pdf

3. Castillo J, Rey A, Cabello P, Núñez C, Villagrán M. Duelo perinatal: experiencias del profesional matrona/matrón ante la muerte. Enfermeria21.com. [Internet]. 2020 [consultado 02 de Julio de 2021]. Recuperado a partir de: https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/188/duelo-perinatal-experiencias-del-profesional-matrona-matron-ante-la-muerte/

4. Morer B, Alonso R, Oblanca M. Duelo y la pérdida en la familia. revisión de una perspectiva relacional. Revista REDES. [Internet]. 2020 [consultado 02 de Julio de 2021]. Recuperado a partir de: http://www.redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/196

5. OMS, Para que cada bebé cuente: auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales. Who.int. [Internet]. 2017 [consultado 02 de Julio de 2021]. Recuperado a partir de: https://www.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258931/9789243511221-spa.pdf?sequence=1

6. Ministerio de Salud, Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Indicadores básicos de salud Chile 2016. [Internet]. 2016 [consultado 02 de Julio de 2021]. Recuperado a partir de: www.deis.cl

7. Martos I, Sánchez M, Guedes Ch. Atención a la pérdida perinatal, una asignatura pendiente. Scholar.google.es [Internet]. 2015 [consultado 02 de Julio de 2021]. Recuperado a partir de: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Atenci%C3%B3n+a+la+p%C3%A9rdida+perinatal%2C+una+asignatura+pendiente+para+enfermer%C3%ADa&btnG=

8. Bautista P. Duelo ante la muerte de un recién nacido. Fundasamin.org.ar. [Internet]. 2013 [consultado 02 de Julio de 2021]. Recuperado a partir de: https://www.fundasamin.org.ar/web/wp-content/uploads/2014/01/El_duelo-ante-la-muerte-de-un-reci%C3%A9n-nacido.pdf

9. González S, Suarez I, Polanco F, Ledo MJ, Rodríguez E. Papel de la Matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. Agamfec.com. [Internet]. 2013 [consultado 02 de Julio de 2021]. Recuperado a partir de: https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_2/ParaSaberDe_vol19_n2_2.pdf

10. Fernández E, Rengel C, Morales I, Labajos M. Trastornos de estrés postraumático tras una gestación posterior a una pérdida gestacional: Un estudio observacional. scielo.org.mx. [Internet]. 2020 [consultado 02 de Julio de 2021]. Recuperado a partir de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252020000300129&lang=es

11. Calderer A, Obregón N, Cobo JV, Goberna J. Muerte perinatal: acompañamiento a mujeres y parejas. Medes.com. [Internet]. 2018 [consultado 02 de Julio de

2021]. Recuperado a partir de: https://medes.com/Public/ResumePublication.aspx?idmedes=140262

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE

RISK FACTORS ASSOCIATED WITH ADOLESCENT PREGNANCY

Javiera Araya[1], Javiera Alvarado[2], Dayane Barahona[3], Tania

Manzanares[4]*, Fabian Oyarce*[5]*,*
Escarlet Venegas[6]
DOI: 10.23854/07198698.202181

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia se define como el periodo comprendido entre los 10 y 19 años, es una etapa compleja de la vida, marca la transición de la infancia al estado adulto, con ella se producen cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales. Se clasifica en primera adolescencia, precoz o temprana de 10 a 14 años y la segunda tardía que comprende entre 15 y 19 años (1).

En 1992, Sebald precisa que el significado del término de adolescencia es complicado, las definiciones de este periodo evolutivo son múltiples y responden a distintos enfoques disciplinarios. Existen distintas definiciones de esta fase evolutiva del ser humano: sociología, psicología, fisiología, legislativa, económica, tradicional, cognitiva, cronológica, entre otras. (1).

En el informe "The State of the World 's Children 2011" se expresa que resulta difícil definir a la adolescencia por diversas razones. Primero, porque las experiencias individuales en este periodo son diferentes, en relación con las variaciones físicas, la maduración emocional y cognitiva, entre otras eventualidades. A la pubertad no es posible considerarla como la línea de demarcación entre la niñez y la adolescencia pues se suceden cambios a diferentes edades en mujeres y hombres, incluso existen diferencias individuales en el mismo sexo. El segundo factor que complica la definición de adolescencia es la gran

[5] **autor de correspondencia:** ***Javiera Araya, Javiera Alvarado, Dayane Barahona, Tania Manzanares, Fabian Oyarce, Escarlet Venegas.*** Alumnas de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Bernardo O'Higgins. Santiago, Chile. Mail: Christian.hernandez@ubo.cl

variación en relación con las leyes en distintas naciones relacionadas con la minoría y la mayoría de edad, incluyendo actividades como: contraer matrimonio y el comienzo del consumo de bebidas alcohólicas. El tercer factor se refiere a que no se respeta lo establecido legalmente para los niños, los adolescentes, los adultos y se permite que los primeros asuman actividades que no les corresponden (2).

Es realmente un periodo vulnerable para la aparición de conductas de riesgo, las cuales pueden encontrarse por sí solas o concurrir y traer consecuencias para la salud, económicas y sociales. Se requiere de programas que garanticen información y servicios, además de, potenciar los factores protectores para reducir las mencionadas conductas (2).

Con el fin de entender la conducta de los adolescentes y ejercer influencia en ella, es importante comprender el entorno en que viven y cómo afecta dicho entorno el desarrollo, la conducta y las relaciones sociales. Estos entornos, entre ellos: la familia, los grupos de pares, la escuela, el trabajo y las actividades de ocio, están al mismo tiempo en un estado de cambio constante. Todo ello implica que las intervenciones deben tener en cuenta estas dimensiones y además incluir de forma obligada a los propios adolescentes, sin olvidar el rol que pueden tener los profesionales de salud (2).

Por otra parte, el embarazo adolescente se define como la gestación de mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente es decir entre los 14 y 19 años, independiente de su edad ginecológica. Ruoti considera que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por todas las complicaciones que acarrea. Dicha

situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasa de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregando el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social (1).

Según investigaciones el 60% de los embarazos adolescentes ocurren dentro de los primeros 6 meses de inicio de las relaciones sexuales, por lo que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas, el 60% de estas primigestas vuelven a embarazarse dentro de los 2 años siguientes (3).

En América Latina en un 15-20% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años. En Chile, el embarazo adolescente es considerado un problema de Salud Pública grave, ya que cada año nacen aproximadamente 40.355 recién nacidos vivos hijos de madres adolescentes y 1.175 hijos de madres menores de 15 años. La incidencia anual de embarazo adolescente en nuestro país es de 16,16% (3).

Dentro de los factores de riesgo individuales encontramos: menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas omnipotentes y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar (3).

Dentro de los factores familiares se encuentran: disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.

Los factores de riesgo social: bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes (1).

Se ha visto un mayor riesgo de embarazo adolescente no parece estar

relacionado por las condiciones fisiológicas, sino influenciado por variables socioculturales y las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. Este se presenta como un evento no deseado, determinando una condición de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, provocando un control prenatal tardío e insuficiente (3).

La tendencia habla de que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad, aumentando así el riesgo de embarazos. Se ha observado que gran parte de la información es aportada por sus padres, sin embargo, el tipo de familia no constituye un factor que incidiera en este nivel de conocimientos. Es más, la funcionalidad de las familias de las embarazadas se encuentra alterada en un 33% de los casos, lo que hace que las adolescentes no tengan una adecuada madurez emocional, no reciban el apoyo y ni el cariño necesario por parte de su familia (3).

Dados los antecedentes, especialmente por el impacto que tiene en la salud tanto de la madre como del hijo, es necesario conocer que informa la literatura científica en relación con una adecuada educación sexual que incluya medidas de prevención y promoción de conductas sexuales responsables entre los adolescentes, para sugerir estrategias adecuadas.

DESARROLLO FISIOLÓGICO

Durante la pubertad (9 a 14 años) se desencadenan secreciones hormonales. El comienzo de esta etapa está bajo la influencia de factores como el sexo, la herencia genética, el tipo corporal, la nutrición y la salud. Los cambios corporales pueden hacer que los adolescentes se sientan tímidos y raros. En esta etapa, se desarrollan las características sexuales secundarias (vello púbico, crecimiento de las mamás, cambio del tono de voz), que tienen efecto en la imagen corporal y las características sexuales primarias

(maduración de ovarios y testículos), que llevan a la madurez para la reproducción. La maduración de los ovarios y los testículos está marcada por la aparición de la menarquia en las niñas y la 1º eyaculación en los varones (OMS).

DESARROLLO COGNOSCITIVO

De acuerdo con la OMS, en esta etapa los adolescentes se vuelven más introspectivos y egocéntricos, creen que sus experiencias son únicas. Crean una ausencia imaginaria y piensan que todas las personas los están mirando. En general, algunos adolescentes no dominan el pensamiento operacional normal. El razonamiento lógico y abstracto les permite especular, formar hipótesis e imaginar posibilidades. Piaget (1969), sostiene que la maduración del cerebro y el cuerpo crean condiciones para la aparición del pensamiento operacional formal, pero muchos jóvenes permanecen fijos en el pensamiento operacional concreto y no pueden educación son factores esenciales para fomentar el desarrollo del pensamiento operacional formal.

DESARROLLO MORAL

Según la OMS, el desarrollo cognoscitivo y psicosocial permite a los adolescentes un pensamiento más abstracto y un cuestionamiento de las opiniones morales de los padres. El desarrollo social los expone a una variedad de valores éticos. La mayoría de los adolescentes siguen reglas para obtener la aprobación de los otros. A medida que maduran y ganan experiencia, desarrollan su propio código moral y personal.

DESARROLLO PSICOSOCIAL

La tarea principal es la búsqueda de la identidad como persona y como miembro de la comunidad. La OMS nos hace alusión que estos jóvenes luchan por mantener su individualidad, aunque, al mismo tiempo dudan sobre sí mismos y buscan la aceptación de sus iguales. Además, dependen de sus padres en el plano económico y emocional.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio y sus resultados darán razón de la realidad que viven un grupo de adolescentes, que pertenecen a los países de: Chile, Cuba, Colombia, México, Venezuela y España. Ocurriendo en la etapa de la adolescencia, en donde se comienza a materializar y a visualizar el proyecto de vida de la adultez, está etapa en donde los adolescentes comienzan a desarrollar su identidad.

Los resultados de esta investigación no son generalizables a otro tipo de realidades, debido a que este estudio rescatará el sentido de los proyectos de vida desde la subjetividad de las participantes.

La educación sexual escolar resulta controversial en la medida que el tema está atravesado tanto por prejuicios de las familias y de los educadores como por diferentes posturas políticas y religiosas. Por este motivo, se consideró relevante realizar una investigación para intentar comprender razones y significados que le otorgan a la sexualidad. En el presente trabajo se reflexiona en torno a algunos conceptos relativos a la sexualidad y a la educación sexual. Asimismo, se muestra el diseño de la investigación y se entregan algunos resultados de la misma, la cual puede proporcionar datos relevantes tanto para padres como para profesores y autoridades públicas de salud.

Palabras clave: adolescencia, embarazos adolescentes, factores de riesgo, sexualidad y educación sexual, cambios, valores morales y éticos, aceptación, familia, apoyo.

METODOLOGÍA

Para la preparación de este estudio Se realizó una revisión bibliográfica utilizando la metodología de *Scoping Review* que consiste en observar los conocimientos similares, las diferencias y vacíos en relación con la educación sexual en los adolescentes como métodos de prevención para el embarazo adolescente.

Para el logro de este objetivo se consultaron las bases de páginas web con evidencia científica como Medline, Scielo y Medes, de los años 2003 al 2021, estos artículos son hispano-América los que incluyen Chile, Cuba, Colombia, México, Perú, Venezuela y España. Para el inicio de la búsqueda se identificaron 60 artículos, de los cuales 33.3% Medes, 41.6% Scielo y 25% Medline. De ellos se eliminan 5 por no tener resumen, del mismo modo se excluyeron 5 artículos por no abordar el objetivo. Por otro lado, se revisaron 25 artículos completos, en la cual se eliminaron 12 por no tener criterios de inclusión del tema abordado. En conclusión, de un total de 60 artículos, se seleccionaron 13 (Fig. N°1) para la realización del presente estudio.

Se elaboró con los 13 artículos seleccionados una tabla con un protocolo adecuado para la recogida de información para los estudios cuantitativos y cualitativos en el que incluyeron las siguientes variables: a) Características generales de los estudios: autor, año de publicación, título, página web, y nombre de la revista. b) Aspectos Metodológicos según apartados del estudio: objeto principal del estudio, tamaño de la muestra, y variables del resultado. (Tabla N°1)

Para mayor comprensión de los artículos se reportan los principales aspectos metodológicos de cada estudio incluido y se resumen sus resultados para visibilizar aquellos aspectos de los que existe evidencia consistente. A continuación, se describe un breve resumen de cada uno de los artículos:

1. **Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes (Castañeda Paredes, 2021)**

En este artículo se evalúan diferentes factores de riesgo que pueden tener como resultado un embarazo adolescente, algunos factores de riesgo se estudiaron y consideraron fueron; exposición a la violencia, funcionalidad familiar, entre otros. Según la OMS, el periodo de adolescencia es desde los 10 años hasta los 19 años. Este

estudio realiza un seguimiento y control de embarazo adolescente en la localidad de Perú, con el objetivo de identificar los factores de riesgo que son favorables para un embarazo adolescente. En los resultados, el porcentaje más elevado fue para las que estaban expuestas a violencia, funcionalidad familiar, por otro lado, el porcentaje más bajo, fue el nivel educacional del padre.

2. **Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y ETS en adolescentes de la ciudad de Toledo (Sonsoles Callejas Pérez, 2004)**

El objetivo de este artículo es evaluar el resultado de una intervención educativa basada en charlas, exposiciones y entrega de documentos sobre prevención de embarazo y de enfermedades de transmisión sexual. Se realizó un cuestionario antes y después de la intervención para valorar conocimiento y actitudes a los alumnos de 4º Enseñanza Secundaria Obligatoria de cinco centros educativos de Toledo. El cuestionario lo contestaron 238 alumnos de un total de 268 donde se abordaban temas como métodos anticonceptivos, actividad sexual, enfermedades de transmisión sexual, uso correcto de preservativo, entre otros. Después de la intervención hubo una mejora en conocimientos y una mayor tolerancia hacia las personas con una ETS.

3. **Factores asociados al inicio sexual en adolescentes de ambos sexos de nivel socioeconómico medio-bajo de la región metropolitana (Electra González, 2013)**

En Chile, los adolescentes están iniciando actividad sexual más temprano que en el pasado, sin embargo, hay una escasa evidencia acerca del inicio de la actividad sexual. Este estudio tiene como objetivo examinar cuales son las variables que están asociadas al inicio de la actividad sexual. El estudio comparó adolescentes que ya habían iniciado actividad sexual y aquellos que no entre los 12 y los 19 años, las

variables asociadas al inicio sexual fueron ser hombre, mayor de edad, mayor escolaridad, desempeño escolar bajo, entre otros. Esto llevó a la conclusión de que se necesitan programas de educación sexual en establecimientos educacionales para que así los adolescentes se sientan con la confianza y los conocimientos para establecer una conversación con la familia acerca de la sexualidad y que esta sea de forma expedita y amigable y confidencial.

4. **Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas (Winkler María Inés, 2005)**

El embarazo en la adolescencia también acarrea desventajas expresadas por las alumnas: pérdida de la libertad, asumir responsabilidades parentales, exclusión del grupo de pares, dedicando la madre adolescente al cuidado del bebé. Se dará a conocer los factores de riesgo que inciden sobre la ocurrencia de embarazos adolescentes desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. Con un estudio cualitativo, a 6 estudiantes embarazadas entre 16 y 19 años provenientes de un sector rural de Chile.

5. **Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región (Bernardita Baeza, 2007)**

Este artículo comprende los factores relacionados con el embarazo no planificado en adolescentes desde la perspectiva de las escolares que nunca se han embarazado. Se realizó un estudio en mujeres entre 15 y 19 años pertenecientes a dos establecimientos educacionales con altos índices de embarazo. El principal objetivo es identificar los factores de riesgo y los factores protectores de las dimensiones individuales, familiares y sociales. Los resultados más relevantes sobre los factores de riesgo son el no uso de métodos anticonceptivos, la baja autoestima y la falta de educación sexual, mientras que los resultados

más relevantes de los factores protectores son el tener un proyecto de vida y una familia “cuidadora”.

6. **Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia (Rodolfo Alarcón Argota, 2009)**

La adolescencia, etapa que sucede a la niñez y que se extiende hasta la edad adulta, es un período que se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales donde es difícil establecer límites cronológicos precisos para este período vital que abarca desde los 10 hasta los 19 años. Se realizó un estudio observacional y analítico de casos y control a partir de todas las adolescentes que se embarazaron y parieron (casos) y otro grupo de féminas adolescentes que no se embarazaron (controles), pertenecientes todas al Policlínico José Martí Pérez durante el periodo 2007. Se demostró que existe asociación causal entre los factores dependientes de la vida familiar y personal de las adolescentes y la incidencia de gestaciones precoces. El no tener relaciones adecuadas con los padres, no recibir apoyo espiritual y económico de la pareja, no mantener relaciones estables de pareja y no conversar con los padres aspectos de sexualidad y reproducción fueron factores que al actuar sobre ellos lograríamos un mayor impacto sobre la población expuesta.

7. **Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes en un área de salud (Amado Antonio García Odio, 2018)**

Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes, estudio descriptivo de 23 embarazadas adolescentes correspondientes al período estudiantil. Se aplicó un muestreo sistemático en fases, según se diagnostica estado de gestación y decidieron continuar con la maternidad. Fuente primaria de obtención de datos: encuesta. Los datos fueron procesados de forma computarizada, se aplicaron medidas estadísticas de distribuciones de frecuencia y porcentaje.

8. **Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién**

nacidos de madre adolescentes (Isabel Cluet de Rodríguez, 2013)

En la actualidad se observa un incremento en el número de embarazos en las adolescentes debido entre otros factores a la falta de orientación y conocimientos, situación que causa un impacto negativo desde el punto de vista médico debido a la inmadurez biológica de la joven madre. Este estudio determina cuáles son los factores de riesgo asociados a la prematuridad en neonatos hijos de 205 madres adolescentes en la maternidad del hospital Dr. Armando Castillo Plaza, Maracaibo. Se realizó entrevista y revisión de historias clínicas de la madre y del neonato donde se recopiló los siguientes datos: factores personales, socioeconómicos, demográficos, gineco-obstétricos y del nacimiento. Según estos datos y según los resultados del estudio quedó demostrado que en adolescentes con nivel socioeconómico bajo y con factores de riesgo familiares se relaciona la prematuridad en el embarazo.

9. **Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas (Venegas M,2019)**

En este estudio se realizó una entrevista a 6 estudiantes embarazadas entre los 16 y 19 años de un sector rural de Chile. Este se realizó para dar a conocer los factores de riesgo que inciden sobre la ocurrencia de embarazos adolescentes desde la perspectiva de estudiantes, también acarrea desventajas expresadas por las alumnas: pérdida de la libertad, asumir responsabilidades parentales, exclusión del grupo de pares, dedicándose la madre adolescente al cuidado del bebé.

10. **Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto (Núñez Rosa, 2003)**

Este artículo, tiene como finalidad, describir la proporción de embarazos no deseados en adolescentes, buscando su asociación con

características demográficas y la utilización de anticonceptivos post parto. Este estudio se realizó en México, en zonas semiurbanas, en mujeres que fueron entrevistadas a las seis a doce semanas post parto, preguntándoles principalmente si su embarazo fue o no deseado, además se indaga el conocimiento sobre y uso de métodos anticonceptivos. En el resultado de este estudió un 22.7% declaró que su embarazo fue no deseado, incluyendo el difícil acceso a la salud en esa localidad de México, por otro lado, hubo un gran porcentaje de conocimiento de métodos anticonceptivos, pero solo el 35% de ellas, estaba utilizando algún método efectivo a las seis semanas postparto. En conclusión, debido al difícil acceso de planificación familiar en el área de salud en esta zona de México, hay un mayor porcentaje de embarazo adolescente por falta de información en cuanto a métodos anticonceptivos, y, además, del uso de este post parto, dependiente del centro de atención.

11. Prevención del embarazo reiterado en adolescentes: una experiencia clínica exitosa (Andrea Von Hoveling, 2020)

El embarazo adolescente tiene consecuencias para la madre y su hijo/a, además, predice la ocurrencia de otras gestaciones antes de cumplir 20 años. La evidencia actual señala que el inicio postparto inmediato, de un método anticonceptivo de larga duración es la intervención más efectiva para prevenir el embarazo reiterado en adolescentes. El objetivo de este estudio es evaluar la estrategia de iniciar un método anticonceptivo de larga duración inmediato post parto en un hospital público de la región metropolitana. En el estudio se realizó consejería a las usuarias sobre métodos anticonceptivos de larga duración, así mismo ofreciendo iniciar MAC. Los resultados muestran que los LARC en el post parto inmediato son una herramienta exitosa para reducir la tasa de embarazos repetidos en la adolescencia.

12. **Embarazo no deseado en adolescente en un área de salud (M.C. Alonso García 2011)**

Detección de los casos atendidos, debidamente codificados en atención primaria de interrupción voluntaria del embarazo, embarazo no deseado y anticoncepción de emergencia en adolescentes entre 13 y 18 años, atendidas en consulta a demanda en el Área de Salud de Cartagena. Con un estudio cuantitativo en la atención secundaria en adolescentes atendidas en consulta entre 13 y 18 años, estudiando las variables edad y origen de procedencia.

13. **Factores asociados al embarazo en adolescentes entre 13 y 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia. (Rocío Carvajal, 2017)**

El estudio realizado en esta investigación es para pesquisar los factores de riesgo asociados a un embarazo en adolescentes entre 13 y 19 años, en Buenaventura, Colombia. El estudio se realizó en adolescentes entre 13 y 19 años, en colegios públicos y privados, entre los años 2006 y 2007, y en la primera medición las adolescentes no debían estar cursando embarazo. El promedio de edad fue de 15.9 años, dónde el 10% de las adolescentes se embarazaron durante el seguimiento, considerando que el promedio de edad de inicio de actividades sexuales fue de 14.5 años, en el cual un 67.7% especificó no haber utilizado ningún método de planificación familiar preventivo en su primera relación sexual. Durante el seguimiento, las adolescentes que tenían un mayor riesgo de un embarazo eran las que no podían evitar tener relaciones sin algún uso de método para cuidarse, tener la experiencia de amigas que abortaron, entre otras.

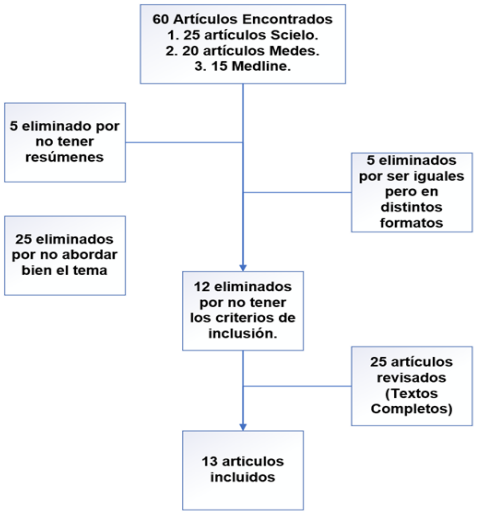


FIGURA 1: Proceso de selección de estudios publicados que abordan los factores de riesgo asociados en el embarazo adolescente (2003- 2021).

Tabla de artículos seleccionados

Tabla N°1: Principales aspectos metodológicos de cada artículo seleccionado para el estudio sobre: "Factores de riesgo asociados en embarazo adolescentes".

Página web	Autor año	Nombre de la revista	Nombre del artículo	Objetivo del artículo seleccionado	Tamaño muestra	Variables del resultado
Scielo	Castañeda Paredes J (2021)	Revista de Murcia, Perú	Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes	Evaluar factores de riesgo para el embarazo en adolescente	180 adolescentes, 60 gestantes corresponde al 33%, 120 no gestantes corresponde al 66%.	% de adolescentes con o sin embarazadas o MAC.% de uso de MAC, % de adolescentes embarazadas con y sin uso de MAC
Scielo	Sonsoles Callejas (2004)	Revista española de salud pública	Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo	Alumnos de 4° Enseñanza secundaria obligatoria de cinco centros educativos de Toledo.	238 alumnos	Evaluar el resultado de una intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión

Scielo	González Electra A. (2013)	Revista chilena de obstetricia y ginecología	Factores asociados al inicio sexual en adolescentes de ambos sexos de nivel socioeconómico medio-bajo de la región Metropolitana	Adolescentes entre 15 y 18 años de ambos sexos	5.854 adolescentes	Examinar variables de iniciación sexual en adolescentes pertenecientes a nivel socioeconómico medio-bajo en atención en salud sexual y reproductiva
Medes	Winkler María Inés (2005)	Revista pediatría atención primaria, Chile.	factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas	Adolescentes entre 15 y 18 años de ambos sexos	44 personas, entre madres adolescentes, adolescentes embarazadas, futuros padres adolescentes y adolescentes de ambos sexos sin hijos.	Evaluar Antecedentes contextuales sobre el embarazo no deseado y deseado, tipo de embarazo adolescente, reacciones, consecuencias y valoración del embarazo adolescente
Scielo	Bernardita Baeza (2007)	Revista Chilena de obstetricia y ginecología	identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región	Mujeres adolescentes entre 15 y 19 años.	Cuatro grupos focales constituidos por 14 adolescentes no embarazadas. (56 adolescentes)	Identifica factores de riesgo y factores protectores en las dimensiones individuales, familiares y sociales
Scielo	Alarcón Rodolfo A. (2009)	Revista cubana de enfermería	Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia	Adolescentes de sexo femenino entre 12 y 19 años	25 adolescentes femeninas	Inferir en resultados de adolescentes que recibieron educación inadecuada que tienen más probabilidades de concebir un embarazo a una edad temprana
Scielo	García Amado A. (2018)	Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río (Cuba)	Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes en un área de salud	Embarazadas entre 10 y 19 años	23 adolescentes embarazadas	Caracterizar factores de riesgo asociados al embarazo en adolescente en Cuba
Scielo	Isabel Cluet de Rodríguez (2013)	Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela	Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes	Adolescentes de sexo femenino entre 10 y 19 años	205 madres adolescentes	Determinar factores de riesgo asociados a prematuridad en neonatos en madres adolescentes

Scielo	Venegas M (2019)	Revista pediatría atención primaria, Chile	Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas	adolescentes mujeres entre 16 y 19 años.	6 estudiantes embarazadas provenientes del sector rural de Chile.	Dar a conocer factores de riesgo que inciden sobre la ocurrencia de embarazos adolescentes desde la perspectiva de estudiantes
Scielo	Núñez Rosa M. (2003)	Revista de salud pública de México	Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto	Adolescentes entre 13 y 19 años	220 mujeres adolescentes	Describir proporción de embarazo no deseado en adolescentes, asociado a características sociodemográficas y utilización de MAC postparto
Scielo	Von Hoveling A. (2020)	Revista chilena de obstetricia y ginecología	Prevención del Embarazo Reiterado en Adolescentes: una Experiencia Clínica Exitosa	Evaluar estrategia de un método anticonceptivo de larga duración post parto en un hospital público de Chile	Se evaluaron 92 pacientes, 90,3% utilizando implanon y un 7% de gestaciones reiteradas	Conocer las repercusiones que tiene el embarazo adolescente en la esfera social y en la salud
Mede s	García Alonso M (2011)	Revista SEMERGEN, España	Embarazo no deseado en adolescente en un área de salud	Adolescentes entre 13 y 18 años	227 casos de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) ,235 casos de embarazo no deseado (END), 127 casos de anticonce pción de emergencia (AE). Un total de 589 Adolescentes	Estudio de pacientes adolescentes en el área de atención primaria de salud de Murcia, que consultan por IVE, AE y END
Mede s	Carvajal Rocío B (2017)	Revista de la Universidad Industrial de Santander (Colombia)	factores asociados al embarazo en adolescentes entre 13 y 19 años en el municipio de buenaventura, Colombia	Adolescentes entre 13 y 19 años	316 adolescentes entre 13 y 19 años en escuelas privadas y públicas	Identificar factores asociados a embarazo en adolescentes entre 13 y 19 años

RESULTADOS

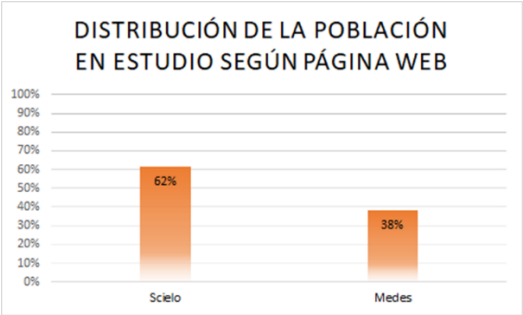


GRÁFICO N°1:" Factores de riesgo asociados en el embarazo adolescente "según revisión bibliográfica de Chile y algunos países de Hispano-América, en el gráfico se muestran las dos páginas webs que se seleccionaron para este estudio, que corresponden a Scielo y Medes, donde un 62% corresponde a Scielo, y el 38% restante a Medes.

GRÁFICO N°2: En este gráfico se aprecian dos periodos de publicación de los artículos, que van desde el año 2003-2010 y 2011-2021, en el cual el periodo 2011-2021 tiene una mayor cantidad de artículos para este estudio.

GRÁFICO N°3: En este gráfico podemos ver los países que conforman este estudio, divididos en tres colores con su respectivo porcentaje por país individual. Como se puede apreciar a simple vista el mayor predominio lo

posee Chile con el 38% de los artículos y revistas, seguido por España con 15% al igual que Cuba con otro 15% y finalizando con países que limitan con Chile, de centro y norte América (Colombia 8%, Venezuela 8% y México 8%).

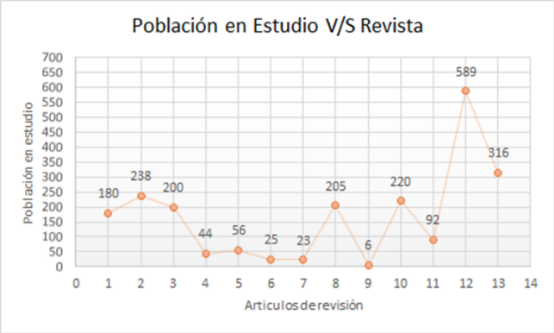


GRÁFICO N°4: Este gráfico muestra un estudio de la población versus las revistas, en donde se puede ver que el artículo No. 12 que corresponde a la Revista SEMERGEN, España (2011), en donde hubo una significativa cantidad de población estudiada (589 adolescentes).

GRÁFICO N°5: En este gráfico podemos observar la prevalencia de los artículos que tratan sobre los riesgos asociados al embarazo adolescente (evaluación, identificación y determinación) versus educación sexual (promoción y prevención), donde un 85% de estos artículos son de factores de riesgo. La diferencia es muy notoria, incluso alarmante, por eso la importancia de nuestra profesión en ayuda y apoyo a la educación sexual y reproductiva a todos aquellos jóvenes quienes lo necesiten y quieran orientarse independiente de su situación socioeconómica.

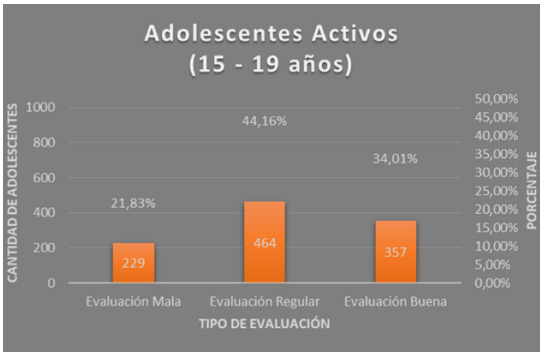


GRÁFICO N°6: La muestra correspondió a adolescentes de ambos sexos de 15 a 19 años, se obtuvo de una base de datos con representación

nacional (Chile). Se evaluó la calidad de la educación sexual recibida en el contexto escolar como buena, regular y mala. La muestra correspondió a 1.049 adolescentes sexualmente activos, de estos el 21,83% correspondió al grupo con evaluación mala, 44,16% con evaluación regular y 34,01% con evaluación buena. donde predominaría una educación sexual REGULAR de parte de los establecimientos educacionales.

DISCUSIÓN

Los 13 artículos revisados, indagan y exponen diversos factores de riesgos asociados al embarazo no deseado en adolescentes. El promedio de edad de los embarazos adolescentes es entre 12 a 19 años, en donde se puede apreciar que en esta edad no solo se cambia físicamente sino que también psicológica, social y emocionalmente dado que se busca tener una aceptación no solo por parte de la misma persona sino también por parte de su entorno social el cual en muchas ocasiones no es el más adecuado para estos jóvenes ya que se dejan llevar por consejos o argumentos sin peso en base a la crítica de los demás y, por otra parte, sin una persona o investigación científica que los respalde produciendo un sin fin de en ocasiones malas experiencias, conflictos y embarazos no deseados por esta falta de información.

La sexualidad es una importante dimensión en la vida humana, fuente permanente en la gestión de comunicación, afecto y satisfacción, que influye de manera diferente en el modo y estado de salud de cada persona. Pero para lograr una sexualidad placentera y enriquecedora es preciso diferenciar de manera consciente la función sexual y la reproductiva; la primera es la más importante en el ejercicio pleno del derecho a la felicidad y la segunda es objeto de interés específico en muy pocas ocasiones lo que repercute negativamente en la educación integral del ser humano.

Los padres deben preparar a sus hijos para el encuentro con el otro sexo

mediante el ejemplo, el diálogo y una buena educación general y específica en lo particular. La mayoría de los padres no cuentan con una buena preparación en cuanto a la información sobre este tema y su educación arrastra mitos o creencias de la vieja sociedad que deben superar. Tampoco es raro en su actitud hacia la relación familiar y el sexo que predomine la respuesta irracional e incluso contradicciones con la sociedad en que viven al no existir diálogo entre los progenitores y adolescentes. Estos últimos buscarán informantes menos idóneos, menos maduros y quizás menos interesados, comúnmente encuentran el diálogo con sus mismos pares, siendo este un problema, ya que la mayoría de los adolescentes pasan por lo mismo (la poca información dada por sus padres y recintos educacionales), y tienen las mismas dudas, teniendo como respuesta muchas veces información incorrecta.

Si la anticoncepción en la adolescencia se acompaña de una adecuada educación sexual los beneficios son mayores que los riesgos por lo tanto deben de considerarse la anticoncepción como un pilar fundamental en la batalla por la reducción de la incidencia del embarazo en la adolescencia y sus negativas consecuencias.

Una sólida educación, el concepto de respeto mutuo, el principio de la responsabilidad compartida y de que la pareja ha de hacer frente sólidamente a las consecuencias de sus relaciones es una forma más racional de proteger a nuestros jóvenes y a su futura descendencia, como principio pedagógico es claro que la información correcta debe de ser ofrecida a la persona antes de que tenga necesidad de ella.

Cabe mencionar, los diversos factores de riesgos que existen, como:

- Factor social, el entorno ejerce una presión en los propios adolescentes ya sea amigos, familia, entre otros.

- Factor económico, esto se refiere a que la mayoría de las casas son monoparentales, por ende, los adolescentes pasan el mayor tiempo solos en sus casas, sin tener un control.

- Factor familiar, ya que existen familias divididas, donde los adolescentes quedan en el centro de los problemas de los padres, por ende, ellos buscan la atención o recibir las carencias en terceras personas siendo esto una problemática ya que son más vulnerables a diversas influencias tanto emocionales y psicológicas.

Es importante, reiteramos, la labor del matrón/a en la familia en cuanto a orientar a los padres hacia una educación sexual correcta y terminar con el tabú que representa el medio genital, que constituye en el joven causa de trastornos sexuales posteriores los cuales a menudo podrán ser superados en la edad adulta por medio de medidas psicoterapéuticas, como también la labor de lograr pesquisar uno o más factores de riesgo a tiempo para presentar la ayuda y derivar a los profesionales necesarios.

Es necesario mencionar los daños que conlleva el embarazo en adolescentes, como:

- Deserción escolar, ya que muchas jóvenes se les hace difícil seguir con sus estudios muchas veces eligen dejarlos de lado y dedicarse a la maternidad por falta de apoyo familiar o el padre del hijo.

- Quiebre del núcleo familiar, ya que muchos padres comienzan a cuestionarse, o algunos sienten “decepción” de los hijos.

- Problemas psicológicos, escasez de contacto con grupos de pares ya que están viviendo realidades muy distintas, bajo autoestima y faltas de vivencias

ya que al ser madres tan jóvenes se saltan etapas que deberían vivir todos los adolescentes.

CONCLUSIÓN

Por todo lo antes expuesto podemos demostrar que existió asociación entre los factores dependientes de la vida familiar y personal de las adolescentes y la incidencia de gestaciones precoces en nuestro medio, el no tener relaciones adecuadas con los padres, no recibir apoyo espiritual y económico de la pareja, no mantener relaciones estables de pareja y no conversar con los padres aspectos de sexualidad y reproducción, como tampoco recibir una educación completa por los centros institucionales, fueron factores que al actuar sobre ellos lograríamos un mayor impacto sobre la población expuesta.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS, Adolescencia [internet][citado 5 de Diciembre 2021] https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia

2. Borrás Santisteban T. (2014). Adolescencia: Definición, vulnerabilidad y oportunidad. Vol.18 no 1 ene.-mar. 2014 Scielo. [Internet] [Citado 2 de Julio,2021]. Recuperado a partir de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002

3. Chacón O'Farril D. Cortes Alfaro A. Alvarez Garcia A. Sotonavarro Gómez Y. (2015). Embarazo en la adolescencia, su repercusión familiar y en la sociedad. Rev. Cubana Obstetricia y Puericultura 2015. Scielo [Internet] [Citado 2 de Julio,2021]. Recuperado a partir de: http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v41n1/gin06115.pdf

4. Dides C. Fernandez C. (2016). Primer informe Salud Sexual, Salud Reproductiva y Derechos

Humanos en Chile. Miles Chile 2015. [Internet] [Citado 2 de Julio,2021]. Recuperado a partir de: http://mileschile.cl/cms/wp-content/uploads/2019/01/Informe-DDSSRR-2016-Cap%C3%ADtulo-II.pdf

5. Castañeda Paredes, J. y Santa-Cruz-Espinoza, H. (2021). Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. Enfermería Global. 20, 2 (abr. 2021), 109-128. Scielo [Internet] [citado 2 de diciembre ,2021]. Recuperado a partir de :https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000200004

6. Callejas Perez S. Fernandez Martinez B. (2005) Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. Rev. Esp. Salud Publica vol.79 no.5 Madrid sep./oct. 2005. Scielo [internet] [citado 2 diciembre,2021]. Recuperado a partir de :https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000500008

7. Gonzalez Electra A. (2013) Factores asociados al inicio sexual en adolescentes de ambos sexos de nivel socioeconómico medio-bajo de la Región Metropolitana Rev. chil. obstet. ginecol. vol.78 no.1 Santiago 2013.Scielo [internet] [Citado 2 diciembre ,2021] https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000100002

8. Lowdermilk, Perry, Bobak. Versión española de la 6º edición Maternity & Women`s Health Care

9. Aravena A, Fritz H, Barreto M, Alt C, Argote L, Cáceres D, Ferreiro J, Prowldell R. Sexta

Encuesta Nacional de Juventud. Santiago: Instituto Nacional de la Juventud; 2009 [Links]

10. Barreto M, Lobos F, Bustos G, Rojas M, Urzúa M. Octava Encuesta Nacional de Juventud. Santiago: Instituto Nacional de la Juventud; 2015 [Links]

11. Winkler Ma. Ines. (2005). Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas Revista pediatría atención primaria, Chile. Medes. [internet] [citado 4 diciembre ,2021]. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78523203

12. Baeza B.(2007).Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región de Chile. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología ,vol. 72 n.2 Santiago 2007.Scielo.[internet] [citado 4 diciembre,2021] https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000200002

13. Alarcón R. (2009). Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Rev. cubana de enfermería v.25 n.1-2 Ciudad de la Habana ene.-jun.2009. Scielo.[internet][citado 4 diciembre ,2021] http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100007

14. Garcia Amado. (2018). Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes en un área de salud.Rev ciencias médicas vol.22 no.3 Pinar del Rio, Cuba mayo.-jun.2018 .Scielo. [internet][citado 4 diciembre,2021] http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942018000300002

15. Cluet de Rodriguez I(2013).Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes. Rev obstetricia ginecol Venez vol.73 no 3 Caracas Set .2013.Scielo .[internet][citado 4 Diciembre 2021] http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300003

16. Venegas M.(2019).Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas.Rev Pediatr Aten Primaria vol.21 no.83 Madrid jul/. sep.2019.Scielo.[internet][citado 4 Diciembre 2021] https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300006

17. Nuñez-Urquiza. (2003) Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. Salud pública Mex vol.45 supl.1 Cuernavaca ene.2003.Scielo.[internet][Citado 4 de Diciembre 2021] http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700012

18. Von Hoveling A. (2020). Prevención del embarazo reiterado en adolescentes una experiencia clínica exitosa.Rev. chil. obstet. ginecol. vol.85 no 6 Santiago dic 2020.Scielo[internet][citado 4 de Diciembre ,2020] https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000600631&lng=es&nrm=iso

19. Garcia A.(2011).Embarazo no deseado en adolescentes en un área de salud.Revista SEMERGEN,España.Medes.[inter

net][Citado 4 de Diciembre 2021] https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-embarazo-no-deseado-adolescente-un-S1138359311000098

20. Carvajal R.(2017).Factores asociados al embarazo en adolescentes entre 13 y 19 años en el municipio de Buenaventura,Colombia .[internet][citado 4 de Diciembre 2021] http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072017000200290

21. Pedersoli, C., y Zemaitis, S. (2018). Hacia una pedagogía de la sexualidad socialmente relevante. Mapeos sobre discriminación y orientaciones pedagógicas para educar en la diversidad de género. Archivos de Ciencias de la Educación, 12(14). https://doi.org/10.24215/23468866e054

22. Rivas, A. (2017). Prevenir y educar: sobre la historia de la educación sexual en Colombia. Praxis & Saber, 8(17), 85-101. https://doi. org/10.19053/22160159.v8.n17.2018.7202

23. Roa, P. A. (2017). Salud, cuerpo y vida: una genealogía de la educación sexual en la escuela colombiana. Diversitas: Praxis y Saber, 8(17), 67-84. https://doi.org/10.19053/22160159.v8.n17.2018.4714

24. Jhones Cabrales HA. Embarazo en la adolescencia: modificación de conocimientos en un grupo de adolescentes (Tesis). Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en MGI. Santiago de Cuba, 2003.

Alcance y política editorial

La Revista UBO Salud (UBO Health Journal) es la revista científica de la Facultad de Salud de la Universidad Bernardo O'Higgins y tiene como interés la publicación de trabajos científicos de las ciencias de la salud y de las ciencias biomédicas, así como las ciencias fundamentales biológicas y químicas aplicadas al área de la salud. Cuando sea necesario, la abreviación utilizada por esta revista será UBO Health J. El formato de publicación de la Revista UBO Salud será electrónico, de libre acceso. Los manuscritos enviados a la Revista UBO Salud deben ceñirse a las normas que aparecen en la sección Forma y Preparación de Manuscritos. La revista se reserva el derecho de hacer modificaciones de forma al texto original enviado por los autores. Todos los manuscritos que cumplan con los requisitos formales de publicación y calidad serán sometidos a arbitraje por expertos en el área.

Forma y preparación de manuscritos

DOI: 10.23854/07198698.201961

Instrucciones a los Autores

Los manuscritos enviados a la Revista UBO Salud deberán ajustarse a las siguientes instrucciones, preparadas considerando el estilo y naturaleza de dicha Revista. Estas instrucciones se basan en los recomendados por el International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE): http://www.icmje.org/recommendations/browse/manuscriptpreparation/preparing-for-submission.html#g

Antes de enviar el manuscrito, se debe preparar una carta de presentación formal (cover letter) firmada por el autor de correspondencia y dirigida al Consejo Editorial, donde se explicite que el manuscrito es original, no ha sido sometido a evaluación de publicación en otra revista y todos los autores son responsables intelectuales de las ideas y los contenidos expuestos en él. Esta carta debe ser enviada en PDF junto con el manuscrito en Word a: revistaubosalud@ubo.cl con copia a manuel.cortes@ubo.cl

1. El manuscrito debe incluirse en un archivo Word con formato carta, letra Times New Roman 12, interlineado a 1,5 líneas y justificado a la izquierda, dejando un margen de 2,54 cm en los 4 bordes. Todas las páginas deben ser numeradas en el ángulo inferior derecho, empezando por la página del título. Al final del manuscrito se incluirán las Tablas y Figuras. Los artículos pueden ser enviados en español o en inglés (si son escritos en este último idioma, usted debe optar por inglés británico o inglés norteamericano, evitando una mezcla de ambos estilos).

Los manuscritos que son recibidos por parte de la Revista son los siguientes: "Artículos Originales de Investigación", "Artículos de Revisión Bibliográfica" y "Casos Clínicos". Para cada uno de estos tipos de manuscrito hay un límite de extensión referido al número de palabras, en un recuento que se inicia en la Introducción y abarca hasta el fin de la Discusión –se excluyen para el recuento: la página de Título, el Abstract (Resumen si el artículo se publica íntegramente en inglés), los Agradecimientos, las Referencias, Tablas y Figuras. Respecto a lo anterior, es obligatorio que los "Artículos Originales de Investigación" no sobrepasen las 2 500 palabras. Los "Artículos de Revisión Bibliográfica" pueden extenderse hasta las 3 000 palabras. Los "Casos Clínicos" no deben sobrepasar las 1 500 palabras, pudiendo agregarse hasta dos Tablas y Figuras y no más de veinte referencias. Los manuscritos que no cumplan con la extensión anteriormente descrita serán inmediatamente rechazados por el comité editorial.

2. **El formato de los "Artículos Originales de Investigación"**: Debe dividirse en partes tituladas "Introducción", "Metodología", "Resultados", "Discusión" (formato IMRyD), para finalizar con una breve "Conclusión". Otros tipos de

artículos, tales como los “Casos Clínicos” y “Artículos de Revisión Bibliográfica”, se desarrollarán en un formato más libre de acuerdo con la lógica de una mejor entrega de la información expuesta por los autores.

3. **El orden de cada manuscrito será el siguiente:**

3.1. Página del Título La primera página del manuscrito debe obligatoriamente contener:

1) El título del manuscrito, que debe ser conciso, pero informativo. No emplee abreviaturas en el título. Agregue en renglón separado la traducción al inglés del título y luego un “título abreviado” de no más de 70 caracteres (incluyendo espacios), que sintetice dicho título y pueda ser utilizado como “cabezal de páginas”.

2) Los autores, identificándolos con su nombre de pila, inicial intermedia y apellido paterno.

3) Al término de cada nombre de autor debe identificarse con números en “superíndice”, el nombre de todas las Unidades Académicas e Instituciones a las que perteneció dicho autor durante la ejecución del trabajo; y su ubicación geográfica (ciudad, país).

4) Nombre y dirección del autor de correspondencia, incluyendo teléfono celular o fijo y correo electrónico formal (lo anterior, para consultas del cuerpo editorial a los autores, en el caso de requerirse).

5) Indicar la fuente de cualquier tipo de apoyo financiero para la investigación expuesta en el manuscrito.

6) El número total de Tablas y de Figuras que posee el manuscrito.

7) El conteo del total de palabras del manuscrito.

3.2. Resúmenes en inglés y español

La segunda página debe poseer un Abstract en inglés, de no más de 250 palabras, que describa una breve frase introductoria al tema, los propósitos del estudio o investigación, la metodología empleada, los resultados principales y las conclusiones más importantes. Para

el Abstract, se debe optar por inglés británico o inglés norteamericano, evitando una mezcla de ambos estilos. Un Abstract "estructurado" es obligatorio para los Artículos Originales de Investigación, pero no para las Revisiones Bibliográficas. Cuando el artículo sea escrito íntegramente en inglés, usted debe, además 4 del Abstract, proporcionar un Resumen en español. Los Editores podrán modificar la redacción del Abstract entregado por los autores si estiman que ello beneficiará su difusión, previa consulta a los autores. Al final del Abstract los autores deben 5 "Key words" ("palabras clave") elegidas en la lista de "MeSH Headings" del Index Medicus ("Medical Subjects Headings"), accesible en Google= MeSH Browser o en www.nlm.nih.gov/mesh/. El Abstract y las "Key words" aceptadas por MeSH Browser son exigidos por PubMed para la indexación del artículo.

Las Cartas al Editor deben tener títulos en español y en inglés, pero no llevan resúmenes ni "palabras clave".

3.3. Referencias

Limite las referencias (citas bibliográficas) idealmente a 45. Cada una de las referencias debe numerarse en el orden en que se las menciona por primera vez en el texto. Identifíquelas mediante numerales arábigos, colocados (entre paréntesis) al final de la frase o párrafo en que se las menciona. Al alistar las referencias, su formato debe seguir los siguientes ejemplos: a) Para Artículos en Revistas. Ejemplo: "Romero R. Aristóteles: Pionero en el estudio de la Anatomía Comparada. Int J Morphol 2015; 33 (1): 333-6." b) Para Capítulos en Libros. Ejemplo: "Santelices B. La investigación científica universitaria en Chile. En: Bernasconi A, editor. La Educación Superior de Chile: Transformación, Desarrollo y Crisis. Santiago, Chile: Ediciones UC; 2015, p. 409-45." c) Para artículos en formato electrónico. Ejemplo: UNESCO. 2400th anniversary of the birth of Aristotle, philosopher and scientist (384 BCE - 322 BCE) (with the support of Cyprus, Poland and Serbia) (2016).

Disponible en: http:// en.unesco.org/celebrations/anniversaries/ 2016/all?page=1 [Consultado el 5 03 de noviembre de 2016].

Para los formatos de otros tipos de documentos, puede consultar: http://www.icmje.org/recommendations/browse/manuscriptpreparation/preparing-for-submission.html#g.

La exactitud de las referencias es una parte esencial de todo manuscrito. Los autores son los exclusivos responsables de sus referencias.

3.4. Tablas

Presente cada Tabla en páginas al final de la sección Referencias. La separación de sus celdas debe ser de 1,5 líneas. Numere todas las Tablas en orden consecutivo y asígneles un título que explique su contenido sin necesidad de buscarlo en el texto del manuscrito (Título de la Tabla). No utilice formatos PDF ni Excel, ya que la tabla debe ser creada en Word. Cuando se requieran notas aclaratorias, agréguelas al pie de la Tabla. Al pie de las Tablas debe explicar el significado de todas las abreviaturas utilizadas en ella. Cite cada Tabla en su orden consecutivo de mención en el cuerpo principal del manuscrito.

3.5. Figuras

Toda ilustración que no sea Tabla (por ejemplo, imágenes, fotos, gráficos) debe denominarse obligatoriamente Figura. Es absoluta responsabilidad de los autores el proveer de Figuras que tengan la resolución y calidad suficiente para ser publicadas en esta Revista. Cada Figura debe ser citada en el texto principal, en orden consecutivo. Es importante mencionar que, si una Figura reproduce material ya publicado por cualquier otro medio, indique su fuente original y obtenga permiso escrito del autor de contacto y de la editorial, para reproducirla en su trabajo. Las fotografías de pacientes deben cubrir su rostro para proteger su 6 anonimato: cubrir solamente los ojos es insuficiente. Recuerde que toda Figura debe llevar un pie de figura y luego una breve leyenda que la explique.

3.6. Unidades de medida

Use unidades correspondientes al sistema métrico decimal. Todas las abreviaturas o símbolos deben ajustarse a la nomenclatura científica internacional, en especial, el Sistema Internacional de Unidades (S.I.U.), salvo excepciones muy justificadas.

UBO Health Journal

VOLUMEN 8 | Nº1 | JULIO 2021