

Una mirada de género al embarazo después de los 35 años: experiencias de mujeres atendidas por la red de salud de Bogotá D.C.

Gendered approach to pregnancy after 35 years: women's experiences at the health network in Bogotá D.C.

Abordagem geral a gravidez após de 35 anos: experiências das mulheres atendidas por a rede de saúde de Bogotá D.C.

*María Mercedes Lafaurie V.¹
Patricia Antolinez R.²*

RESUMEN

El estudio buscó explorar cuáles son los antecedentes de diez mujeres mayores de 35 años de edad, de estratos 1, 2 y 3, atendidas por la red distrital de salud en cuatro localidades de Bogotá en cuanto a sus embarazos y cómo son sus vivencias al respecto. Según los resultados, se trata ante todo de embarazos no planeados que, a pesar de implicar un “volver a empezar” incluso quince o más años después de la última gestación, son aceptados por las mujeres porque representan para ellas compañía en el hogar cuando ya los hijos están grandes, una forma de complacer a sus parejas o un hijo más por sacar adelante en el caso de las madres cabezas de hogar. Las mujeres que en su gran mayoría han tenido riesgos obstétricos en anteriores embarazos temen eventuales complicaciones y al parto, y se preocupan por la posibilidad de morir. Se recomienda atender las necesidades y preocupaciones de las gestantes, ofreciendo un acompañamiento que les permita sentir confianza, aclarar dudas, conocer signos de alarma y desarrollar su autocuidado. Se sugiere empoderarlas para el ejercicio consciente de sus derechos sexuales y reproductivos y para vivir sus embarazos en armonía y como una oportunidad de desarrollo para su vida.

Palabras clave: embarazo, edad materna, cuidado de enfermería, mujeres embarazadas, género.

ABSTRACT

The study is intended to explore the history and experiences of pregnancies of ten 35-year-old women of social stratum 1, 2 and 3, who attend the District Health Network in different areas of Bogotá. These pregnancies are generally unplanned and, despite having to “start over” -in seven cases fifteen years or more after the previous pregnancy- are accepted by women because they represent new company at home when other children are grown, or a way to satisfy their partners with another child to raise, in the case of head-of-household mothers. Most of the women have had previous obstetrical risk

RESUMO

O estudo teve o objetivo de explorar a história das gestações as experiências com a gravidez de dez mulheres com mais de 35 anos de idade, níveis 1, 2 e 3, servidas pela Rede de Saúde do Distrito em diferentes lugares de Bogotá. Isso e geralmente gravidezes não desejadas, que tem que “começar novo”, em sete casos, depois de quinze anos ou mais são aceitas por mulheres, porque elas representam a eles como fazer companhia em casa e quando as crianças são grandes, uma maneira de agradar seus parceiros ou outra criança para levar para a frente, no caso dos mães quem são chefes de família. As mulheres,

pregnancies and fear health complications and death at the time of delivery. It is recommended to note the needs and concerns expressed by the pregnant women, providing support that allows them to feel confident, receive answers, know warning signs and develop self-care. Additionally, the study suggests empowering women to exercise their sexual and reproductive rights and to live in harmony with their pregnancies and treat the pregnancy as a development opportunity in their lives.

Key words: pregnancy, maternal age, nursing care, pregnant women, gender.

que em sua maioria tiveram gestações de risco obstétricos anteriores, medo e parto complicações, quem estão preocupados com a possibilidade de morte. Recomenda-se a satisfazer as necessidades expressas pelas mulheres grávidas e as suas preocupações, fornecendo suporte que elas permite sentir confiança, responder perguntas, fazer sinais de alerta e desenvolver a se cuidar. Da mesma forma, o estudo capacitá-las para o exercício consciente de seus direitos sexuais e reprodutivos e viver em harmonia e sua gravidez como uma oportunidade de desenvolvimento para suas vidas.

Palavras-chave: gravidez, idade materna, enfermagem, mulheres grávidas, gênero.

Recibido: 2014-05-8; aprobado: 2014-06-30

1. Psicóloga, magister en Equidad y Género. Profesora Asociada Universidad El Bosque, Facultades de Enfermería y Odontología, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: lafauriemaria@unbosque.edu.co
2. Enfermera, especialista en Salud Ocupacional, magíster en Enfermería. Instructora Asociada Universidad El Bosque, Facultad de Enfermería, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN

En países desarrollados, se presenta una tendencia cada vez mayor a posponer la edad del primer embarazo en las mujeres (1). Con el avance tecnológico, han aumentado las posibilidades de gestación para mujeres mayores, al igual que el número de mujeres posmenopáusicas que quedan en embarazo mediante fecundación asistida (2). En contraposición con esta realidad, propia de contextos donde las condiciones sociales son más favorables, en los países de mayor pobreza, la falta de acceso a los métodos de planificación familiar expone con frecuencia a las mujeres a embarazos no deseados en edades extremas. En los países con poco desarrollo, las mujeres por lo general no tienen poder para tomar decisiones y actuar con libertad para cuidar su salud porque culturalmente no es aceptado o porque existe subordinación a la voluntad de sus compañeros (3).

El embarazo en mujeres mayores de 35 años genera especial preocupación debido al aumento de complicaciones tanto maternas como fetales. Según

estudios analíticos realizados en Cuba (4), Venezuela (5) y Chile (6), la edad se comporta como un factor de riesgo progresivo en el embarazo; los riesgos perinatales y maternos se incrementan a medida que la edad aumenta; los riesgos maternos suelen predominar sobre los fetales, siendo las hemorragias el caso más habitual (7). En comparación con las mujeres más jóvenes, en el grupo de las mujeres mayores de 35 suelen ser más frecuentes los riesgos en el parto (8) y se presenta más casos de hipertensión arterial crónica, hospitalización durante el embarazo, diabetes, preeclampsia, hemorragia del tercer trimestre, parto por cesárea, hemorragia puerperal, menor peso del recién nacido y defectos congénitos (6).

El embarazo a edad avanzada afecta significativamente a las mujeres cuando interactúa con la multiparidad; en Perú, se estableció que el número de partos anteriores resulta estadísticamente significativo e impacta de manera positiva la probabilidad de muerte (9). Se observa una rela-

ción estrecha entre la multiparidad y los procesos morbosos del puerperio, según un estudio sobre los factores obstétricos asociados a la morbilidad en mujeres cubanas (4).

En Colombia, es escasa la investigación sobre el embarazo a edad avanzada. Entre los trabajos sobre el tema figura el realizado en Popayán por Caicedo y colaboradores, quienes buscaron determinar complicaciones maternas y neonatales en mujeres de edades extremas, tanto adolescentes como mayores de 35 años. Si bien en su estudio el embarazo adolescente resulta ser de mayor nivel de morbilidad, los autores hallaron una incidencia global de complicaciones del 68,8% en mujeres añosas (10).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2010, en Colombia el promedio de hijos nacidos vivos se relaciona con el nivel de educación de las mujeres (11). La 1ª Encuesta Distrital de Demografía y Salud reporta una tasa global de fecundidad en Bogotá de 4,1 hijos nacidos vivos para las mujeres sin educación que disminuye a 1,4 en mujeres con educación superior; igualmente, el número de hijos de las mujeres de mayor edad (40-49 años) se incrementa a menor nivel educativo (12).

Se requiere que las gestantes mayores de 35 años conozcan el riesgo al que se exponen, dado que ello incide en el cuidado preventivo (13). Este puede prevenirse mediante el control adecuado y frecuente para la detección oportuna de las complicaciones y “una conducta más intervencionista en la resolución de los casos” (5). Se sugiere informarles sobre las posibles complicaciones asociadas a su estado (14). Es fundamental una consejería preconcepcional correcta e informada cuando mujeres que superan los 35 años de edad desean quedar en embarazo (15).

De acuerdo con Laza y Cárdenas, las y los profesionales de enfermería deben comprender las particularidades de los sujetos de cuidado, en este caso, de las mujeres gestantes (16). Pinho y colaboradores destacan la importancia de profundizar en las realidades inherentes a las experiencias de las mujeres gestantes de alto riesgo desde el contexto de enfermería. En su investigación abordaron, mediante entrevistas a profundidad, los significados frente a la morbilidad materna grave y obtuvieron datos

importantes para encaminar procesos de acompañamiento prenatal. De acuerdo con las autoras, la investigación cualitativa genera nuevas y diferentes formas de comprender la experiencia humana, así como producir conocimiento en enfermería. Ahondar en las experiencias humanas con la salud permite construir teoría en Enfermería; profundizar en la salud materna a su vez fortalece la calidad del cuidado a la gestante (17).

La gestación a en mujeres que superan los 35 años, dadas las complicaciones que se asocian al proceso, implica la vivencia de situaciones de especial complejidad. Resulta de vital importancia para los proveedores de cuidados maternos, profundizar en los sentimientos y experiencias de las mujeres con embarazos a edad avanzada con el fin de establecer sus necesidades. Estas mujeres tienen dudas y preocupaciones que es importante conocer con el fin de ofrecerles información acertada; el “vivir un embarazo en riesgo” les causa especial preocupación (18).

Son relativamente insuficientes los estudios de tipo cualitativo que han abordado el embarazo en mujeres mayores de 35 años. Entre estos, se encuentra el trabajo de Carolan en Australia, quien buscó evaluar experiencias de un grupo de 22 mujeres mayores de 35 años en su primer embarazo mediante entrevistas durante la gestación y en el posparto. Para estas mujeres con un alto nivel de calidad de vida, el embarazo representa el proyecto más significativo de su existencia y lo desarrollan en etapas claramente definidas por ellas: recopilación de información, planificación y preparación, y ejecución de tareas antes del nacimiento. Reconocer aspectos relativos a la perspectiva de las mujeres sobre su embarazo representa una oportunidad para que los proveedores de cuidados maternos ofrezcan un apoyo significativo y humanizado a las mujeres que superan los 35 años de edad (13).

Otro estudio cualitativo fue desarrollado en Winnipeg, Canadá, por Bayrampour y colaboradores con el fin de explorar la percepción de riesgo que tienen mujeres de edad materna avanzada. De quince mujeres entrevistadas, catorce afirmaron que su embarazo fue planeado; tres de ellas se sometieron a tratamiento de fertilidad para lograrlo. Las mujeres de este grupo mencionaron que conocen los riesgos de su embarazo y se sienten preparadas

para enfrentarlos. De igual modo, expresaron que no perciben desequilibrios relacionados con sus cuerpos ni con su estado (19).

En Colombia, Lozano llevó a cabo un estudio cualitativo orientado a describir lo que significa la gestación para un grupo de nueve mujeres primigestantes mayores de 35 años, atendidas en una institución prestadora de servicios (IPS) privada de Bogotá. Los resultados se organizaron en dos categorías de análisis: “Descubriendo la gestación” y “La edad materna en la primigestación”. Si bien las gestantes se refirieron a la hermosa experiencia del embarazo y a sentirse apoyadas, también mencionaron temores sobre el parto, el miedo a morir y preocupaciones sobre su capacidad para enfrentarse a la maternidad. Su vida laboral ocupó un lugar importante dentro de sus aprehensiones (20).

El estudio que se describe a continuación buscó explorar cuáles son los antecedentes de mujeres mayores de 35 años de edad, atendidas por la red distrital de salud, en cuanto a su embarazo y sus vivencias al respecto. Las construcciones de género están ampliamente implicadas en la forma como las mujeres experimentan su salud sexual y reproductiva (21). Así, el estudio se fundamenta en la importancia de conocer y comprender la perspectiva de las mujeres.

Se parte del respeto por su autodeterminación reproductiva y se busca contar con elementos para fortalecer el cuidado de enfermería destinado a las mujeres que experimentan un embarazo pasados los 35 años de edad, con base en una visión humanizada de la atención a la gestante.

METODOLOGÍA

Diseño

Este es un estudio cualitativo con orientación fenomenológica. El análisis se realizó con apoyo del software Atlas.ti 7.0.

Participantes

Participaron diez mujeres entre los 35 y los 45 años de edad, pertenecientes a los estratos 0, 1 y 2, atendidas por hospitales de la red distrital de salud en las localidades de Bosa, Kennedy, Engativá y Usaquén.

Instrumento

Se utilizó una entrevista semiestructurada a profundidad, orientada por un guion elaborado con base en el marco teórico. Este fue validado por expertos y mediante una aplicación piloto. La entrevista, con una duración aproximada de dos horas, se grabó y luego se transcribió para su codificación y análisis.

Consideraciones éticas

De acuerdo con el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, este es un estudio de bajo riesgo. Se obtuvo consentimiento informado escrito. Dada la sensibilidad del tema, en el abordaje se consideró una perspectiva de género, además de un lenguaje adecuado al contexto. Los nombres de las participantes fueron cambiados para preservar su identidad.

PRINCIPALES HALLAZGOS

Caracterización del grupo de participantes

De acuerdo con las características sociodemográficas de las participantes, ocho de las diez mujeres ya habían sido madres; dos son primigestantes, siendo una de ellas de 41 y la otra de 36 años de edad (véase Tabla 1).

Concepto	Valores	Número de casos
Edad	35-37 años	5
	38-40 años	3
	41-45 años	2
Estrato	1	2
	2	5
	3	3
Vive en pareja	Sí	4
	No	6
Relaciones de pareja	Estables	7
	Esporádicas	0
	No tiene pareja	3
Tienen hijos	Sí	8
	No	2

Concepto	Valores	Número de casos
Crianza de los hijos	Ellas solas los crían	3
	Los crían otras personas	1
	Crianza compartida con la pareja	4
	No tienen hijos	2
Relaciones con su familia de origen	Tienen contacto	8
	No tienen contacto	2

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica del grupo de participantes

A pesar de que siete mujeres expresaron que sus relaciones de pareja son estables, siendo el padre del hijo por nacer también el progenitor de sus demás hijos, únicamente cuatro de ellas conviven con su pareja y cuentan con su apoyo para la crianza de los hijos. Tres de las participantes afrontan su embarazo a solas, sin contar en ningún aspecto con el padre de su hijo. Claudia, de 37 años y con un embarazo de alto riesgo por diabetes gestacional, espera su cuarto hijo sin recibir ningún tipo de apoyo de parte de su pareja:

Lo conocí donde estaba trabajando y tuvimos una relación y, cuando supo que estaba embarazada, pues inmediatamente cambió hasta la sim card [risa]. Aquí, en esta casa, debo dos meses de arriendo, tengo el recibo del agua pa' pagar; no sé qué hacer. Estoy sola.

Casos como el de Claudia, en que las dificultades económicas y la multiparidad se cruzan con condiciones de vulnerabilidad psicosocial relacionadas con el abandono a que se ven abocadas, requieren cuidados especialmente sensibles y de procesos educativos que empoderen a las mujeres para el ejercicio de sus derechos.

Antecedentes de salud sexual y reproductiva

Para contextualizar el análisis, se abordaron aspectos relacionados con los antecedentes de salud sexual y reproductiva de las participantes y se dio especial importancia a las experiencias en anteriores partos. En la Tabla 2, se describen estas generalidades. Según los datos aportados por las participantes, el método anticonceptivo que más han utilizado es el dispositivo intrauterino (DIU).

Tres de las mujeres informaron que nunca habían usado anticonceptivos. Así lo expresa Catalina, quien a los 41 años experimenta su primer embarazo: “No he planificado en mi vida. Nunca utilicé nada”.

Concepto	Valor	Número de casos
Número de embarazos (incluye actual)	1	2
	2	3
	3 o más	5
Aborto previo	Reporta abortos	1
	No reporta abortos	9
Método anticonceptivo moderno utilizado alguna vez	Ninguno	3
	DIU	3
	Preservativo	1
	Inyección	2
	Orales	1

Tabla 2. Historia sexual y reproductiva

En la Tabla 3 se describen las situaciones de riesgo en embarazos previos.

Situación de riesgo descrita	Número de casos
Riesgos obstétricos	6
No asistencia a controles	6
Embarazos no planeados	6
Partos no institucionalizados	3

Tabla 3. Situaciones de riesgo en embarazos previos

Seis de las mujeres relatan que tuvieron partos producto de embarazos no planeados y, como se observa en la tabla, en seis de los diez casos se han presentado riesgos obstétricos en anteriores embarazos: aborto, hemorragias y anemia, además de antecedentes como presencia de papiloma humano, miomatosis –con amenaza de aborto– e infecciones de vías urinarias. Este fue el caso de Claudia en su

anterior embarazo: “Con la niña estuve hospitalizada porque era embarazo riesgoso; ella sí era a venirse, a venirse cada ratito; me metían droga para maduración de pulmón y todo eso; ella completó los ocho meses y de una vez se vino”.

En seis de los casos, las mujeres no acudieron a controles médicos. Como lo menciona Lozano, los cambios que se dan en la gestación son una respuesta del organismo materno a una adaptación y mayor demanda metabólica impuesta por el feto; cualquier modificación en esa respuesta crea una descompensación que requiere ser detectada y atendida oportunamente pues puede implicar una complicación asociada a la gestación (20). Esto narró Marilyn, quien en su último embarazo presentó amenaza de aborto: “Yo a ese embarazo no le puse ni bolas, no fui ni al médico ni nada; y fui al médico ya cuando tenía la barriga grande y cuando tenía como siete meses”.

En tres de los casos se presentaron partos no institucionalizados. Lorena relata así su experiencia de parto en el hogar, en el que se vio comprometida su integridad física: “Pues yo tuve el primer hijo con mi mamá. Yo una vez vine al pueblo a hacerme una citología, entonces el médico me dijo: “¿Usted por qué está tan rasgada?” Entonces yo le dije que yo tuve mi hijo con mi mamá y pues no me cogieron puntos ni nada”.

Atendiendo a que los partos no institucionalizados causan un sinnúmero de riesgos para la salud materna, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio la atención al parto en instituciones de salud constituye uno de los principales compromisos de los estados a favor de la vida y la salud de las mujeres gestantes (22).

Circunstancias del actual embarazo

El embarazo es un evento circundado por aspectos estrechamente asociados a la capacidad de decisión de las mujeres y a su relación con los procesos anticonceptivos. En contextos donde las mujeres no ejercen sus derechos sexuales y reproductivos, los embarazos llegan con frecuencia a su vida sin que haya mediado su voluntad (21). En la Tabla 4, se describen algunos aspectos relativos al actual embarazo de las mujeres. Al revisar los datos,

se observan tres aspectos relevantes: dos embarazos fueron planeados, en siete de los diez casos el periodo intergenésico supera los cinco años y tres participantes presentan complicaciones del embarazo (diabetes gestacional, sobrepeso y amenaza de aborto).

Concepto	Valores	Número de casos
Edad gestacional	Primer trimestre	2
	Segundo trimestre	5
	Tercer trimestre	3
Circunstancias del embarazo actual	Sí fue planeado	2
	No fue planeado	8
Intervalo intergenésico	Menor de 5 años	7
Complicaciones y riesgos del embarazo	Diabetes gestacional	1
	Amenaza de aborto	1
	Sobrepeso	1

Tabla 4. Caracterización del embarazo actual

Como ya se ha mencionado, en tres de los casos las mujeres jamás han utilizado anticonceptivos. Otras tres entrevistadas hacían uso del método del ritmo cuando quedaron embarazadas y dos relatan que tuvieron problemas relativos a la anticoncepción. Por ejemplo, Luisa Fernanda, de 42 años, relata lo siguiente: “Ellos [los proveedores] me suspendieron las inyecciones que porque ya tenía la premenopausia, después de los 35. Con la inyección, me dolía mucho la cabeza. Entonces me dijeron: “ya usted no queda embarazada”.

Lorena, de 37 años, con dos hijos (el menor tiene 18 años) es una de las participantes que buscó el embarazo para complacer a su pareja: “Este yo sí no lo quería y yo decía que “no más y no más”; pero él sí quería más hijos, y pues estamos más solos. Me mandé retirar el dispositivo para ver si quedaba embarazada”.

La experiencia de embarazo de alto riesgo se repite en el caso de Yolanda: “A los cuatro meses yo sangré dos veces por amenaza de aborto y miomatosis y durante todo el embarazo, me ha dado muy duro; lo uno eso y que hace veinte días estuve hospitalizada”. Ella explica que estaba haciendo uso

del método del ritmo porque no tenía relaciones sexuales regulares. Esto relata sobre su vida anti-conceptiva: “Nosotros luchamos harto para que me operaran y los médicos me decían que no me operaban porque estaba muy joven. Con el dispositivo duré ocho años, a los ocho años no me lo resistía; eso empezó a chuzarme, a punzarme”.

Aspectos como la percepción negativa de los métodos anticonceptivos modernos y el uso incorrecto de los métodos inciden en el embarazo no deseado (23). A lo anterior, se le añade la falta de acceso a consejería en anticoncepción de calidad y a una orientación efectiva que ayude a las mujeres a comprender sus procesos y que las informe con suficiencia, de tal modo que puedan tomar decisiones sobre este particular con autonomía y basadas en un criterio acertado. La orientación-consejería requiere considerar las características circunstanciales de las personas y las parejas. De igual modo, es necesario constatar que la información otorgada sea comprendida, enfatizando en aspectos como las características, la efectividad, el modo de empleo, los riesgos y los beneficios de cada método así como la responsabilidad en el uso adecuado de estos (24).

Significado del embarazo: “Volver a empezar”

En este sentido, las construcciones subjetivas en torno a la maternidad interactúan con los procesos reproductivos en contextos sociales y culturales particulares. La revisión de las circunstancias que llevan a las participantes a experimentar un embarazo después de un tiempo considerable y a reiniciar su papel como cuidadoras de un nuevo hijo, nos conduce a situaciones diversas. A pesar de que las condiciones económicas de las participantes en este estudio sean similares, lo que su nueva maternidad representa para cada una de ellas está relacionado con sus circunstancias personales, donde sus relaciones de pareja ocupan un lugar central.

Se revisó cada uno de los siete casos en que el intervalo intergenésico superaba los cinco años y se observó que en seis de ellos ese periodo está entre los 15 y los 20 años. Buena parte de esos embarazos son inesperados. Luisa Fernanda, cuya hija menor tiene 19 años y está también embarazada, expresa: “Yo me mandé tomar la ecografía, cuando el examen salió positivo. ¡Uy! Yo sentí una cosa fría

desde los pies a la cabeza [risas]. ¡Uy, no!, ¡Volver a empezar! ¡Cómo será eso! ¡El sobrino más grande que la tía!” En el caso de Marilyn, a pesar de sus serios problemas de salud, motivaciones relativas a su vida en pareja la han llevado a buscar nuevamente la maternidad. Con su único hijo ya de veinte años y con siete años en su nueva relación relata lo siguiente:

He perdido dos antes de este embarazo, en Barranquilla hace como cuatro años y el del año pasado [...] Yo no esperaba a los cuarenta años estar embarazada. Decía yo: “Si Dios no quiso que yo tuviera más bebés pues ni modos”. Él tiene a su bebé pero lo tiene la mamá y se lo llevó hace mucho, entonces él me dice que nunca ha acariciado a un bebé pequeñito en sus brazos ni nada de eso [...] Me siento contenta de estar nuevamente embarazada [...] Él está feliz.

Diferente es el caso de María Rosa. Ella espera una niña de una pareja reciente y ve con buenos ojos contar con un bebé en casa, ya que su hijo de quince años pronto ingresará a la universidad, pero no contó con el beneplácito de su pareja y relató lo siguiente acerca de su reacción al conocer sobre el embarazo: “Eso, él me armó el señor *show*, ojo aguado, que él no quería tener hijos”.

Para Yolanda, de 39 años, con unos cuantos años de educación primaria y tres hijos, el embarazo llegó sin buscarlo y ha representado una experiencia difícil. Su narración muestra una realidad que suele ser frecuente entre un sinnúmero de mujeres colombianas, quienes teniendo una relación de pareja, experimentan la pesada tarea de la maternidad a solas:

La idea mía era no tener más hijos. Entonces yo dije: “¡No puede ser, Dios mío!”, cuando allá me dijo una doctora: “Mamita está embarazada” [...] Fueron dos meses que no pude dormir, pero terrible, terrible [...] Fue tan terrible, porque yo llevo mucho tiempo que no vivo con el papá de mis hijas [...] A mí me ha tocado sola con mis hijas [...] Yo ya no quiero más hijos. Él sí, hace más de un rato, me venía peleando, que le diera otro hijo. Entonces, yo “que no”, y él “que sí y así”. Y ya cuando yo llegué a pensar burradas de ir abortar, entonces yo dije: “Es que yo he podido con tres ¿por qué no he de poder con uno más? y ahora me ayudan las chinas”. He permanecido más en hospitales que bien; entonces mi hija es la que por ahí me está colaborando.

Por su parte, Catalina, de 41 años, intentó abortar utilizando ruda una vez se enteró de su estado,

pero más adelante sus reflexiones la llevaron a esta conclusión: “Yo pensé que ya estar uno sola y vieja, no sé, entonces hace falta un hijo y ya superando eso, voy adelante con esto”.

Danna, de 36 años, cuenta con el apoyo de su familia y está dispuesta a asumir su hijo como madre soltera, dado que su pareja se desentendió de la situación. Así recibió la noticia de su embarazo: “Me asombré; pero me dio alegría de todas maneras; no me puse a lamentarme ni nada de eso, no, a mí me dio alegría [...] Yo considero que es una bendición de Dios; pues ya, que no tenga el apoyo del papá, es diferente”.

Impacto del embarazo en la vida laboral de las mujeres

De acuerdo con lo mencionado por las mujeres entrevistadas, el embarazo ha incidido en su vida económica y laboral. Tres de las participantes relataron que el embarazo las llevó a perder su trabajo, lo que causó grandes complicaciones económicas. Lorena, por su parte, se siente afectada con el embarazo por la dificultad para poder realizar actividades que implican esfuerzo físico, las cuales se llevan a cabo en su trabajo: “No he podido trabajar bien y, pues, ya no es lo mismo porque ya no tengo que cuidarme los primeros meses sino hasta lo último y el trabajo mío siempre es duro porque ¡que se mueva!, ¡que alce las olla de los tamales!’, y todo eso”.

La falta de protección laboral representa una realidad con la que se enfrentan un sinnúmero de gestantes, en especial quienes trabajan en actividades informales. La literatura científica del campo de la salud muestra efectos negativos de las regulares condiciones laborales de las mujeres sobre la salud materno-perinatal (26).

Temores y preocupaciones: el parto y el riesgo de morir

Los temores que manifiestan las participantes en este estudio se refieren principalmente al momento del parto por la posibilidad de verse enfrentadas a una intervención quirúrgica, por el hecho de sentir dolor o por ver comprometida de alguna manera su salud. Estos hallazgos coinciden en buena parte con los del estudio de Lozano, realizado con primigestantes atendidas por una IPS de Bogotá (20).

Los temores y preocupaciones de las gestantes participantes en este estudio se organizaron en seis categorías: “Temor a la cesárea”; “Temor a la muerte”; “Temor al dolor”; “Temor a complicaciones del embarazo”; “Temor a enfrentar la crianza en el mundo de hoy” y “Temor al parto no humanizado”. Claudia expresa temor a la muerte, asociado al uso de la anestesia en una posible intervención quirúrgica, y le preocupa la idea de que sus hijos puedan quedar solos si ella fallece en el parto:

Lo primero que yo le pregunté a la doctora, era que si me iban a dormir total para tener el bebé, entonces me dijo que si quería así, sí y sí no, no; y yo le dije ‘no doctora es que yo no quiero que me duerman total, porque pues a mí me da miedo no volverme a despertar’. ¿Qué tal no me vuelva a despertar? ¿Y mis hijitos? Dejo solitos a mis chinitos ¿y yo qué?

Al preguntarle si tiene alguna preocupación en este momento en relación con el embarazo, María Rosa piensa en el momento del parto y en el dolor que pueda llegar a experimentar: “¡Ay!, el dolor. [...] Lo que más me asusta es la parida, el dolor. Es así: siendo realista, eso es lo que más me asusta”.

Danna, quien se encuentra en el segundo trimestre de su embarazo, teme el posible desarrollo de patologías relacionadas con su embarazo: “De pronto, que como dicen, que la preeclampsia, que de pronto empiece a tener problemas de hipertensión, de azúcar”.

Lorena le teme a la idea de enfrentar su vida como madre en medio de un mundo en conflicto: “He estado muy contrariada, con muchos pensamientos pues siempre me pongo a pensar en que este mundo esta tan al revés y yo traer otro niño”.

Para Yolanda, esta es su primera experiencia de atención en el medio institucional, ya que sus partos anteriores han sido atendidos en casa. Sus principales temores están relacionados con el momento del parto y el contacto con el equipo de salud que, desde su visión, no presta una atención humanizada. A ella le preocupa que no le permitan caminar para avanzar en el trabajo de parto:

Mis preocupaciones han sido desde el principio porque yo no había contado con médicos. Ahorita, dándome cuenta, en los hospitales llegan y meten una persona a esos cuartos; les cuelgan ahí ese bendito suero y las acuestan en esa cama y

quéjense, revuélquense y lloren; hagan lo que quieran, no les dan un calmante [...] Al menos lo dejaran caminar que uno haciendo ejercicio para que llegue rápido una creatura; lo que tiene uno es que caminar.

En enfermería, atender las preocupaciones y temores de las gestantes permite ofrecer un cuidado humanizado, que las prepara para enfrentarse con el parto, minimizando sus aprehensiones y sus temores, con lo que su experiencia puede llegar a ser más tranquila y satisfactoria. El movimiento por el parto humanizado adquiere cada vez mayor fuerza en el mundo; busca promover el máximo respeto por los procesos biológicos y fisiológicos propios del parto y por los derechos de la embarazada como el de contar con un acompañante, sentir miedo, elegir la posición que le resulte más cómoda, sentirse dueña de su cuerpo, no verse obligada a replegarse a la rutina médica, recibir buen trato, vivir un parto placentero y sin dolor y tener vínculo inmediato con su hijo. En este orden de ideas, la inducción del parto debe reservarse para circunstancias médicas específicas; se debe recomendar caminar durante la dilatación; no se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo y no se recomienda la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina (27). En Colombia, se encuentra en debate la legislación relacionada con la protección de la maternidad y el parto digno (28).

Tener más de 35 años y estar embarazada

Como se ha visto, para algunas de las entrevistadas el parto y las posibles complicaciones de salud y el enfrentamiento de la maternidad en un mundo como el de hoy son motivo de preocupación. Además de esto, ser mayores de 35 años ha llevado a algunas mujeres a enfrentarse con el cuestionamiento de su decisión, tanto en el entorno familiar como en el medio institucional. María Rosa, cuya pareja ha sido reacia a la paternidad, comparte la siguiente situación:

Pues es que yo miro a las viejas de los Estados Unidos y esas son de cuarenta y todavía pueden [...]. Sergio cuando supo que estaba embarazada me dijo: “lo vas a tener de 37”. Y yo: “Pero ¿por qué no lo voy a tener? Dos años no hace la diferencia”.

Me dijo que lo abortara, ¡ay!, con ideas locas, y entonces ya así como para variar le dije: “Es que yo quiero tener un hijo”.

De otra parte, en dos de los diez casos se observan que miembros de personal de salud generan situaciones de violencia obstétrica relacionadas con la edad de las gestantes, tal como lo relata Luisa Fernanda:

Cuando fui al ginecólogo salí con la tensión en 170/140. Una doctora, ginecóloga, me dijo: “Ay, ¿usted no sabe que eso después de los 35 es de alto riesgo?”. Entonces me dijo: “Mire tómese esta ecografía para ver cómo viene; porque si viene mongólico o especial tiene que abortarlo”. Me hizo doler la cabeza ese día, no volví a sacar cita con ella; no lo revisa a uno, no lo pesa, nada, solo me dio los papeles.

Liliana, de 38 años, relató por su parte, esta experiencia: “Con la única que me sentí mal fue con la nutricionista porque ella fue la que me dijo ‘Usted está muy vieja para estar embarazada’, y pues yo le dije ‘Yo no me siento así’ ”.

Si bien es importante que las mujeres mayores de 35 años conozcan que algunos riesgos de los embarazos se incrementan con la edad y que requieren tener muy en cuenta posibles signos de alarma, la intervención del personal de salud no debe superar el ámbito educativo y del cuidado, cuestionando las decisiones de las mujeres con comentarios que se salen de lo que es pertinente en el desempeño de sus roles. Como lo propone Magnone, “tanto la violencia de género como la violencia institucional en salud son posibles porque las sostienen sistemas de poder jerárquicos de género y de salud, respectiva e interconectadamente” (29). Monroy, quien ha analizado la violencia que ejercen miembros del personal de salud contra las gestantes atendidas por la red de salud de Bogotá, se refiere a la frecuencia con que se da “la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos y sexuales de las mujeres por el personal y el sistema de salud” (30).

Es necesario construir desde enfermería estrategias para generar cambios de paradigmas en las relaciones entre los equipos de salud y las gestantes. Es deseable aprovechar los espacios de formación a las gestantes que se ofrecen dentro de los procesos de preparación para la maternidad y la paternidad con el fin de fortalecer en ellas la apropiación de sus derechos sexuales y reproductivos.

Necesidades de cuidado de enfermería

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), “la participación de los profesionales de enfermería en la atención prenatal a las mujeres embarazadas puede constituirse en uno de los factores clave para una atención de calidad” (31). De acuerdo a las experiencias vividas, para las entrevistadas, sus principales necesidades en la prestación de los servicios de salud por parte de enfermería son: buen trato, buena asesoría, tranquilidad y confianza, información sobre aspectos administrativos y orientación para el autocuidado. Es de recordar que tras conocer los temores que se destacan en este grupo de gestantes, es necesario realizar procesos de acompañamiento que les ayuden a despejar inquietudes y sobre todo minimizar sus preocupaciones acerca del parto. Danna, quien es primigestante, se refiere de este modo a sus necesidades de cuidado de enfermería: “En el momento del parto yo digo que le den a uno tranquilidad y confianza”.

Según Laza y Cárdenas, con la indagación realizada en el control prenatal se logra un acercamiento al entorno cultural y social de la gestante, incluidas su familia y su comunidad, lo que permite “reconocer las necesidades y prioridades desde una óptica cultural, más allá de lo biológico”. La comprensión de los factores de riesgo, las acciones de cuidado y autocuidado para la promoción de la salud, así como la preparación para el parto, la crianza y la aceptación del nuevo rol, hacen parte importante del cuidado de enfermería a la gestante (16).

La humanización de los servicios deber ser una de las estrategias de mejoramiento de la calidad en las entidades de salud, donde es necesario depurar los procesos de atención a las gestantes. Liliana, quien es atendida en un hospital de cuarto nivel del sur de la capital, describe una situación que lleva no solo a la necesidad de refinar la información otorgada en el campo administrativo, sino sobre todo a la búsqueda de soluciones con miras a dignificar las condiciones en que se brinda atención a las mujeres embarazadas: “Yo les recomiendo dar más información en la parte administrativa (...) Para pedir una cita, le toca llegar a uno a las cuatro de la mañana y hay mamitas que no se van preparadas y en la fila les da la pálida, no hay filas preferenciales”.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Del recorrido realizado en torno a los embarazos del grupo de mujeres mayores de 35 años que participaron en este estudio surgen algunas reflexiones. 1) No se evidencia mayor autonomía por parte de ellas en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, toda vez que sus embarazos, en escasas ocasiones, han sido planeados. 2) El embarazo –en varios casos cuando ya los hijos han superado los quince años de edad– significa para buena parte de las mujeres entrevistadas un “empezar de nuevo”, lo que implica cambios en su vida y una ventana abierta a nuevas experiencias maternas. No queda duda de que, más allá de sus circunstancias, ellas están dispuestas a enfrentarlo todo por ese nuevo hijo o hija. El profesional de enfermería debe comprender esta situación y tenerla en cuenta en las acciones de cuidado que ofrece las gestantes mayores de 35 años atendidas en las entidades distritales de salud.

Se presentan antecedentes de riesgos obstétricos, riesgos psicosociales en algunos casos y complicaciones de salud que llevan a pensar en la importancia de un monitoreo especial de estos embarazos, en los que resulta imperioso orientar a las gestantes sobre signos de alerta y prácticas de autocuidado, así como realizar un acompañamiento que les aporte seguridad. La confianza de las mujeres en el personal de salud y el vivir su parto en intimidad y tranquilidad redundan en la posibilidad de minimizar el dolor y de que este evento sea visto como una experiencia, lo que disminuye las posibilidades de complicaciones (32). Resulta imperioso reconocer las necesidades de información, educación y buen trato que expresan las gestantes que superan los 35 años de edad participantes en este estudio. Por tanto, se requiere que el personal de salud se enfoque en eliminar situaciones de violencia obstétrica como las descritas por ellas y fortalezca el respeto a la autonomía reproductiva. La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca la necesidad de mejorar el modo la atención a las mujeres embarazadas para disminuir la mortalidad materna (33).

Educar a las gestantes para el reconocimiento y ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos es una necesidad que requiere ser asumida como

estrategia para el desarrollo de procesos sostenibles que lleven al cambio cultural en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Tal cual lo propone Lozano, “mientras las mujeres no tengan la posibilidad de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, las políticas de planificación familiar deberán ser sometidas a revisión crítica de manera continua. Se requiere un modelo de atención a la mujer, vista como persona, como un ser para sí, autónoma y solidaria” (34). Para lograr este propósito, se hace necesario formar para una mayor sensibilidad hacia el género en los entornos institucionales de salud y para lograr cambios en el modo como se relacionan los profesionales de la salud con las mujeres, superando el asistencialismo durante la gestación, para dar cabida a una nueva mirada a los procesos reproductivos, que requieren ser asumidos como instancias de desarrollo humano y de nuevos aprendizajes para la vida.

Según lo propone la OPS, “la humanización debe contemplar actitudes que respeten la gestación como experiencia personal y familiar, preservando la privacidad y autonomía de la mujer” (31). En ese orden de ideas, la enfermería debe liderar procesos donde se pongan en práctica cuidados culturalmente competentes y sensibles, que preparen a las gestantes para enfrentar su embarazo y maternidad de manera armónica y saludable, partiendo de la comprensión de sus contextos y de sus circunstancias, porque el embarazo y el parto deben ser posicionados como acontecimientos felices para todas las mujeres, sin distinción de clase, de situación social ni de edad.

AGRADECIMIENTOS

A las gestantes que participaron en el estudio narrando sus experiencias, con lo que aportaron elementos importantes para la comprensión de sus realidades. A las y los estudiantes de las promociones 2013-II y 2014-I de la Facultad de Enfermería de la Universidad El Bosque que apoyaron el desarrollo de este trabajo. A la doctora Laura Escamilla por su apoyo a este proceso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medina M, Do Carmo M. Reflexiones sobre los paradigmas que explican la fecundidad. [Tesis Doctoral] Universidad Autónoma de Barcelona [Internet] 2003 [consultado 15 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.ced.uab.cat/publicacions/paperspdf/text223.pdf>
2. Jacobsson B, Lardfors L, Milsom I. Advanced maternal age and adverse perinatal outcome. *Obstet Gynecol.* 2004; 104(4):727-33.
3. Vélez L, Vélez G, Agudelo B. Panorama de la mortalidad materna. En: Modelos para el análisis de la mortalidad materna y perinatal. Medellín: Secretaría de Salud [Internet] 2005 [consultado 10 de agosto de 2013] 15-31. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadAcademicas/FacultadMedicina/Departamentos/ObstetriciaGinecologia/disenio/documentos/panoramadelaMortalidadmaterna.pdf>
4. Suárez González JA, Gutiérrez Machado M, Corrales Gutiérrez A, Benavides Casal, Tempo DC. Algunos factores asociados a la morbilidad obstétrica extremadamente grave. *Obstetricia* [Internet] 2010 [consultado 7 de febrero de 2012]; 36(2): 4-12 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n2/gino2210.pdf>
5. Schuller A, Benítez-Guerra G, Andrade L, Soto O, Schuller M. Estudio de las gestantes de edad avanzada en el Hospital Universitario de Caracas. *RFM.* 2007; 30(1): 24-37.
6. Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Ríos M, Leighton V. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 Años. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2009; 74(6): 331-38.
7. Bustillos-Villavicencio J, Giacomini-Carmiol L. Morbimortalidad maternofetal en embarazos de mujeres mayores de 35 Años. *Rev. Costarric. Cienc. Méd.* 2004; 25(1-2): 59-66.
8. Delpisheh A, Brabin J, Attia E, Brabin B. Pregnancy late in life: a hospital-based study of birth outcomes. *J Womens Health* [Internet] 2008 julio-agosto [consultado 5 de febrero de 2012]; 17(6): 965-70. Disponible en: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jwh.2007.0511>
9. Arrieta-Herrera A, Riesco de la Vega G. Factores de riesgo de mortalidad perinatal en hospitales de la seguridad social peruana. *An Fac med.* 2009; 70(4): 241-46.
10. Caicedo F, Ahumada FE, Bolaños MA, Ortega OJ, Tejada CD. Complicaciones maternas y neonatales en pacientes embarazadas adolescentes y mayores de 35 años durante julio a septiembre de 2008. Hospital Universitario San José de Popayán, Colombia. *Revista Facultad Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca* [Internet] 2010 septiembre [consultado 25 de febrero de 2013]; 12(2): 14-20. Disponible en: <http://facultadsalud.unicauca.edu.co/Revista/PDF/2010/120206201002.pdf>

11. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS); 2010.
12. Profamilia. 1ª Encuesta Distrital de Demografía y Salud; 2011.
13. Carolan MC. Towards understanding the concept of risk for pregnant women: some nursing and midwifery implications. *J Clin Nurs*. 2009; 18(5): 652-58
14. Al-Turki H, Abu-Heija A, Al-Sibai M. The outcome of pregnancy in elderly Primigravidas. *Saudi Med J*. 2003; 24 (11): 1230-33.
15. Naqvi MM, Naseem A. Obstetrical risks in the older primigravida. *J Coll Physicians Surg Pak*, 2004; 14(5): 278-81.
16. Laza C, Cárdenas F. Una mirada al cuidado en la gestación desde la enfermería transcultural. *Rev. Cubana Enfermer*. 2008; 24: 3-4.
17. Pinho Carvalheira AP, Pamplona Tonete VL, García de Lima Parada CM. Sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo embarazo-puerperio que sobrevivieron a una morbosidad materna grave. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet] 2010 [consultado 9 marzo de 2012]; 18(6): [08 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_20.pdf
18. Lampinen R, Vehviläinen-Julkunen K, Kankkunen P. A review of pregnancy in women over 35 years of age. *Open Nurs J*. 2009; 3: 33-8.
19. Bayrampour H, Heaman M, Duncan KA, Tough S. Advanced maternal age and risk perception: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet] 2012 [consultado 27 de agosto de 2013]; 12:100. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/100>
20. Lozano A. Significado de la gestación para un grupo de mujeres primigestantes mayores de 35 años atendidas en una IPS privada en Bogotá. [Trabajo de grado] Universidad Nacional de Colombia [Internet] 2012 [consultado 27 de septiembre de 2013]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8933/1/albanoryslozanoromero.2012.pdf>
21. Lafaurie MM. Los derechos sexuales y reproductivos: una mirada a la mujer en países en vías de desarrollo. *MED. UIS*. 2009; 22 (2): 191-200.
22. Organización de las Naciones Unidas [Internet] Objetivos de Desarrollo del Milenio y más allá de 2015 [consultado 13 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>
23. Lafaurie MM, Grossman D, Troncoso E, Billings D, Chávez S, Maira G. El aborto con medicamentos en América Latina. Experiencias de las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú. Fundación ESAR; 2006.
24. Secretaria de Salud de México D.F. El derecho a la libre decisión en salud reproductiva. México [Internet] 2002 [consultado 10 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7200.pdf>
25. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. *JAMA*. 2006; 295: 1809-23.
26. Russell H, Banks J, Pregnancy and employment: a literature review. Dublin: Crisis Pregnancy Programme and the Equality Authority [Internet] 2011 junio [consultado 10 de marzo de 2014]. Disponible en: http://crisispregnancy.ie/wp-content/uploads/2012/05/Pregnancy_and_Employment_A_Literature_Review.pdf
27. Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez. Curso de Actualización en Enfermería. La calidad en el servicio; mi compromiso por todos. Parto humanizado, ¿Qué es? Medellín [Internet] 2012 octubre 3-4 [consultado 10 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.hgm.gov.co/assets/archivos/varios/Parto-Humanizado-Que-es.pdf>
28. Corte Constitucional Compilación Legislativa y Jurisprudencial Informativo de Vicepresidencia No. 223 [Internet] 2013 julio [consultado 11 de abril de 2014]. Disponible en: <http://190.24.134.121/webcsj/Documentos/VicepresidenciaCorte/2013/JULIO.pdf>
29. Magnone Alemán N. Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica. [Trabajo presentado en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República] Montevideo [Internet] 2011 septiembre 13-14 [consultado 15 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.fcs.edu.uy/archivos/Magnone.pdf>
30. Monroy S A. El continuo ginecobstétrico. Experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá. [Tesis de grado] Universidad Nacional de Colombia [Internet] 2012 septiembre [consultado 9 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/7805/1/soniaandreamonroymu%C3%B1oz.2012.pdf>
31. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Lineamientos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe; 2004.

32. García L. El miedo al dolor en el parto y cómo afecta a su desarrollo. Importancia del parto natural [Internet] 2010 [consultado 10 de marzo de 2014]. Disponible en: http://www.sarajort.es/imagenes/upload/File/el_miedo_y_dolor_en_el_parto.pdf
33. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estado de la salud en el mundo; 2005.
34. Lozano M. La construcción del imaginario de la maternidad en Occidente. [Tesis doctoral] Universidad Autónoma de Barcelona [Internet] 2001 [consultado 20 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4171/mle1de2.pdf?sequence>