



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Significado de la gestación para un grupo de mujeres primigestantes mayores de 35 años atendidas en una IPS privada en Bogotá

Alba Norys Lozano Romero

**Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Bogotá-Colombia
2012**

Significado de la gestación para un grupo de mujeres primigestantes mayores de 35 años atendidas en una IPS privada en Bogotá

Alba Norys Lozano Romero

**Tesis para optar el título de Magíster en Enfermería con énfasis
en cuidado materno perinatal**

Directora

Magíster en Enfermería Luz Mery Hernández Molina

**Línea de investigación
Cuidado y práctica de enfermería
Grupo de Investigación
Cuidado materno perinatal**

**Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Bogotá-Colombia
2012**

Nota de aceptación

Director

Jurado

Jurado

Bogotá D.C, _____

Dedicatoria

A mi familia, a las mujeres gestantes que participaron en esta investigación y a todas aquellas que eligen ser madres con convicción y conciencia, por un deseo libre y tranquilo.

Agradecimientos

La autora expresa sus agradecimientos a:

Dios por su infinita voluntad para que este propósito se cumpliera.

Mi familia y todos aquellos que me apoyaron en todo momento dándome la fuerza y compañía.

Mi sobrina Eliana por su amor, compañía, soporte y trabajo durante todo el desarrollo de este sueño.

La profesora Luz Mery por compartir sus conocimientos, ser guía, compañía constante y paciente en este propósito, tan importante en mi vida.

Las participantes de esta investigación sus hijos(as) y sus familias que las apoyaron.

Las profesoras de la maestría por sus firmes enseñanzas y compartir de conocimientos que enriquecieron este proceso de formación.

La Universidad Nacional de Colombia, División de Investigación Bogotá-DIB por el apoyo económico la investigación.

La IPS Cafam donde se captaron de las participantes.

.

Tabla de contenido

Pág

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

LISTA DE FIGURAS

1.MARCO DE REFERENCIA.....	13
1.1 TEMA	13
1.2 ÁREA PROBLEMA Y SURGIMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.3 JUSTIFICACIÓN	16
1.4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	18
1.5 OBJETIVO	18
1.6 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS	19
1.6.1 Significado.....	19
1.6.2 Significados de la gestación:.....	19
1.6.3 Primigestante mayor de 35 años.....	19
1.6.4 Período prenatal.....	19
2. MARCO CONCEPTUAL.....	20
2.1 SIGNIFICADO.....	20
2.2 ASPECTOS CUALITATIVOS DEL SIGNIFICADO	21
2.2.1 La identidad femenina y maternidad.....	22
2.3 Gestación un proceso biológico y psicológico.....	26
2.3.1 Gestación en edades extremas.....	277
3. MARCO DEL DISEÑO	30
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	30
3.2 INSTRUMENTO.....	30
3.3 POBLACIÓN	310
3.4 LUGAR DE LAS ENTREVISTAS.....	31
3.5 TIEMPO	310
3.6 MUESTRA	31

3.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	32
3.8 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	321
3.9 SELECCIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LAS PARTICIPANTES.....	32
3.9.1 Caracterización de las participantes.....	321
3.10 PAPEL DEL INVESTIGADOR.....	34
3.11 RIESGOS DEL DISEÑO	34
3.11.1 Control de sesgos del investigador.....	35
3.11.2 Control en la selección de informantes.....	34
3.11.3 Manejo y organización de la información.....	354
3.12 RIGOR METODOLÓGICO	36
3.12.1 Validez Interna	36
3.12.2 Credibilidad	36
3.12.3 Auditabilidad.....	36
3.12.4 Transferibilidad.....	36
3.13 Relación entre el marco de referencia, conceptual y de diseño.....	36
3.14 PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO.....	37
3.14.1 Consideraciones éticas	37
3.14.1.2 Principios éticos de la investigación	39
3.14.2. Recolección de Datos	39
3.14.3. Inmersión en el campo de investigación.....	41
4. MARCO DE ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS.....	41
4.1 PLANIFICACIÓN DEL ANÁLISIS DE CONTENIDO.....	41
4.2 ANÁLISIS DE TEMAS Y CATEGORIAS	43
4.2.1 TEMA 1 DESCUBRIENDO LA GESTACIÓN.....	44
4.2.1.1 Categoría Gestación un período hermoso.....	45
4.2.1.1.1 Subcategoría alegría y felicidad	45
4.2.1.1.2 Subcategoría sentirse apoyada	47
4.2.1.2 Categoría Miedo.....	51
4.2.1.2.1 Subcategoría miedo al parto.....	52
4.2.1.2.2 Subcategoría miedo a la muerte.....	54
4.2.1.2.3 Subcategoría miedo a la maternidad	57
4.2.1.2.4 Subcategoría preocupación.....	59
4.2.2 TEMA 2: LA EDAD MATERNA EN LA PRIMIGESTACION.....	62
4.2.2.1.1 Subcategoría gestación después de los 35 y riesgos	65

4.2.2.1.2 Subcategoría lo que piensan las gestantes	71
4.2.2.2 Categoría es el momento perfecto para esperar a mi bebé.....	744
4.2.2.2.1 Subcategoría desear un hijo.....	766
4.2.2.2.2 Subcategoría tener una pareja	80
4.2.2.2.3 Subcategoría quemar etapas	83
4.3 RESUMEN DE RESULTADOS	86
5. CONCLUSIONES.....	90
6. RECOMENDACIONES	93
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	95
BIBLIOGRAFÍA.....	96
ANEXO A	102
ANEXO B	103
ANEXO C:.....	109
ANEXO D.....	110
ANEXO E	111

Resumen

Esta investigación es de tipo cualitativo-descriptivo, tiene como objetivo describir el significado de la gestación para un grupo de mujeres primigestantes mayores de 35 años atendidas en una IPS privada en Bogotá, captadas en el servicio de consulta externa entre los meses de octubre de 2011 y mayo de 2012; se empleó la entrevista abierta a profundidad para la recolección de la información, el análisis se realizó con el método de análisis de contenido convencional.

Los resultados se expresan en dos grandes temas: Tema1: **Descubriendo la gestación**, compuesto por dos categorías, *Gestación, un periodo hermoso*, dividida en dos subcategorías, *Alegría y felicidad* y *Sentirse apoyada*. Una segunda categoría *Miedos*, dividida en cuatro subcategorías, *Miedo al parto*, *Miedo a la muerte*, *Miedo a la maternidad* y *Preocupación*.

Tema 2: **La edad materna en la primigestación**, compuesto por la categoría *Comentarios de la gente sobre la edad materna*, dividida en dos subcategorías: *Gestación después de los 35*, *Riesgos* y *Lo que piensan las gestantes*. Una segunda categoría, *Es el momento perfecto para esperar a mí bebe*, dividida en tres subcategorías: *Desear un hijo*, *Tener una pareja*, y *Quemar etapas*.

Se concluye de esta investigación que la maternidad para la mujer mayor de 35 años constituye una elección, que surge a partir de una serie de factores determinantes, mezclados entre patrones tradicionales y las ideas innovadoras de la sociedad respecto a la maternidad y el desarrollo de la mujer en la sociedad. Esto implica para la enfermería, actuar en el contexto de la educación y promoción de la salud preconcepcional.

Palabras clave: significado, primigestantes, edad materna avanzada, alto riesgo obstétrico

Abstract

This research is a qualitative descriptive, aims to describe the meaning of pregnancy for a group of women over 35 years old, pregnant with her first child, attending a private IPS in Bogota; captured in the outpatient service between the months of October 2011 and May 2012. Open interview was used to collect in-depth information; analysis was performed using the method of conventional content analysis.

Results are expressed in two main themes: Theme 1: **Discovering pregnancy**, comprising two categories, *Pregnancy, a beautiful period*, divided into two subcategories,

Joy and happiness, and Feel supported. A second category, Fears, divided into four subcategories, Fear of childbirth, Fear of death, Fear of motherhood and Concern.

Theme 2: **Maternal age in pregnant for first time**, the category comprising *People comments on maternal age*, divided into two subcategories: *Pregnancy after 35, Risks* and, *what pregnant women think*. A second category *Is the perfect time to wait for my baby*, divided into three subcategories: *Wanting a child, Having a partner, and Leapfrogging*.

The conclusion of this research is that motherhood for women older than 35 years, is a choice, and arises from a number of factors, mixing traditional patterns and innovative ideas of society, about motherhood and development of women in society. This implies for nursing, acting in the context of education and preconception health promotion.

Keywords: meaning, first pregnancy, older maternal age, high risk obstetric.

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Estado civil de las participantes.....	34
Figura 2. Planeación de su hijo.....	34
Figura 3. Ocupación.....	35
Figura 4. Nivel de Formación.....	35
Figura 5. Edad.....	35
Figura 6. Proceso análisis de contenido.....	45
Figura 7. Esquema de categoría- subcategoría- códigos.....	47
Figura 8. Gestación un periodo hermoso.....	48
Figura 9. Categoría Miedos.....	55
Figura 10. Comentarios de la gente sobre la edad materna.....	69
Figura 11. Es el momento perfecto para esperar a mi bebé.....	79
Figura 12. Diagrama de árbol de resultados.....	91

Introducción

Los cambios en el desarrollo de la sociedad contemporánea a nivel mundial, originan que cada día la mujer postergue la maternidad por motivos laborales y profesionales, aumentando las estadísticas de mujeres primigestantes mayores de 35 años, con los consecuentes riesgos que supone la gestación en edades extremas.

La salud materna y perinatal ha sido estudiada desde el enfoque biólogo por parte de la medicina; enfermería ha avanzado en la investigación fenomenológica y etnográfica sobre experiencias de madres y familias frente al proceso de la gestación en algunos estudios cualitativos, pero no se encuentra suficiente evidencia científica sobre estudios de significado en este sentido, de ahí surgió la necesidad de realizar un estudio cualitativo con el objetivo de describir el significado de la gestación para mujeres primigestantes mayores de 35 años.

La morbilidad materna se da con mayor frecuencia en edades extremas y en países en vía de desarrollo. Las estadísticas muestran datos relevantes y las investigaciones encontradas responden básicamente a la investigación sobre riesgos físicos, fisiológicos en la madre y el neonato, que pueden ser relacionados con la edad materna y otros factores asociados¹

Esta investigación es importante para enfermería ya que a partir de los resultados se podría proponer una atención diferenciada a las primigestantes mayores de 35 años, y gestantes con diagnóstico de alto riesgo secundario a la edad materna y acorde con las necesidades de cuidado encontradas en la práctica diaria, también pueden ser aplicados por profesionales de la salud en atención materna perinatal, a gestantes durante todo el proceso de la gestación y mujeres en cualquier periodo de la edad reproductiva como beneficio preconcepcional, dado que conocer los significados es información valiosa para brindar cuidado conveniente con las necesidades de cada gestante, también diseñar una guía de intervención para gestantes diagnosticadas en alto riesgo aplicando una teoría de rango medio.

¹ BREGON YANEZ, Luisa E. Primigesta de edad avanzada. *Rev. Obstetra Ginecol Venez.* [online]. sep. 2007, vol.67, no.3 p.152-166. [Consultado 26 Marzo 2010]. Disponible en Wide Web: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?S0048-7732200703&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0048-7732.

1. Marco de referencia

1.1 Tema

Significado que tiene para la mujer mayor de 35 años su primera gestación

1.2 Área problema y surgimiento del problema

Los mayores niveles de fecundidad en Colombia se observan en la población en condición de pobreza y en población adolescente que inicia temprano la vida sexual, sin la adecuada orientación y acceso a métodos anticonceptivos, por ello los índices de morbimortalidad materna y perinatal se incrementan².

Por otro lado están las mujeres gestantes mayores de 35 años, quienes tienen mejor acceso a la atención en salud como beneficiarias o cotizantes de un sistema de seguridad social, su riesgo es inherente a la edad, lo que supone otras complicaciones que no son predecibles pero si evitables. No se evidencia en Colombia avances en la investigación sobre lo que significa para la mujer colombiana la gestación en edades avanzadas, pese a que el incremento de este fenómeno en salud en Latinoamérica es cada vez mayor, en la realidad está poco explorado.

Investigaciones muestran que en Chile entre 2001 y 2006 hubo 16.338 partos, 10,9% fueron en mujeres entre 35 y 39 años y 3,6% en embarazadas de 40 años más, 7,2% de los embarazos fue en primigestantes³. En Colombia algunas estadísticas reportan incremento de la gestación en mujeres mayores de 35 años.

² CARRILLO, Abelardo. Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la política durante la última década. Revista Ciencias de la Salud, julio-septiembre año 2007. Vol. 5 N° 002 Universidad del Rosario. Págs. 72-85

³ CHAMY P, Verónica et al. Riesgo Obstétrico y Perinatal en Embarazadas Mayores de 35 Años. En: Rev. chil. obstet. ginecol. [online]. Vol. 74, n.6. 2009. P 331-338. [consultado abril 2010] Disponible en: <<http://www.scielo.cl/scielo.php? ISSN 0717-7526>>

Según la ENDS de 2010⁴, la fecundidad de las mujeres de 35 a 44 años, en la zona urbana se observa un pequeño aumento con relación al 2005, mientras en la zona rural el aumento se observa entre las mayores de 40 años.

La morbimortalidad materna se da con mayor frecuencia en edades extremas más en países en vía de desarrollo; las estadísticas muestran datos relevantes y las investigaciones encontradas responden básicamente a la investigación sobre riesgos físicos, fisiológicos en la madre y el neonato, que pueden ser relacionados con la edad materna y otros factores asociados como se enuncian a continuación:

Luisa E. Obregón Yáñez (2007)⁵, realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y comparativo de las historias médicas de 98 y 89 primigestantes de edad avanzada, localizadas mediante la revisión de los libros de admisiones desde 1º de enero al 31 de diciembre de 1993 y 2003, la autora encontró respectivamente un aumento importante de la morbilidad materna con predominio de trastornos hipertensivos del embarazo, del ingreso de pacientes multirreferidas, de la incidencia de cesáreas, de la morbimortalidad perinatal y de la mortalidad materna. Evidenciaron también que en Venezuela no existían estudios previos sobre la gestación en edad avanzada.

Guiomar Peña⁶ concluyó en su estudio que La embarazada añosa nulípara tiene incremento del riesgo de prematuridad (OR = 4,5; IC95 % = 1,3 a 15,5 P = 0,01). Por el contrario, en la añosa múltipara, la asociación no es estadísticamente significativa (OR = 1,3; IC95 % = 0,8 a 2,1 P = 0,1). Un estudio de caso y control no pareado prospectivo entre los años 2004/2005 en Venezuela, coinciden en los hallazgos en cuanto a edad materna factor de riesgo para prematuridad, se concluye también que en Venezuela no hay muchos estudios que revelen este fenómeno edad materna avanzada y morbimortalidad materna perinatal, la investigación tiene el aval de los comités de ética de la institución donde se realizó la investigación.

⁴PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2010. [Consultado 25-05-11] Disponible en:<http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.&Itemid=59>.

⁵ OBREGON YANEZ, Luisa E. Primigesta de edad avanzada. En: *Rev. Obstetra Ginecol Venez.* [online]. sep. 2007, vol.67, no.3 p.152-166. [Consultado 05-10] Disponible: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?S0048-7732200703&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0048-7732

⁶ PENA-MARTI, Guiomar, BARBATO Jennifer, BETANCOURT Chuymar et al. Asociación entre prematuridad y embarazadas en edad avanzada. En: *Rev. Obstet Ginecol Venez.* [online]. enero 2007, vol.67, no.1 p.15-22. [Consultado mayo 2010]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?008-7732200005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0048-7732.

Vélez y Herrera (2004)⁷ revelan en un estudio de correlación entre diagnóstico ecografía y clínico con 81 pacientes con presunción diagnóstica de malformaciones fetales, malformaciones encontradas en el examen postnatal, clasificadas por sistema comprometido. La investigación incluyó mujeres con hallazgo ecografía anormal y edad materna mayor de 35 años. La investigación encontró que no hay en Caldas un registro adecuado de casos con malformaciones congénitas y el factor de riesgo más comúnmente identificado, previo al embarazo para anomalías cromosómicas ha sido la edad materna mayor de 35 años.

Vélez-Gómez, Barros, Echavarría-Restrepo, Patricia Hormaza (2006)⁸, en un estudio transversal se identifica la relación de bajo peso al nacer con factores maternos asociados. En el análisis de las asociaciones entre exposición y desenlace encuentran cómo el *control prenatal* (CPN) inadecuado, la edad materna mayor de 34 años, la presencia de alguna patología durante la gestación y el hábito de fumar presentaron una asociación significativa con el *bajo peso al nacer* (BPN)⁹

Según la ENDS 2010, solo se dispone de información sobre el peso del niño en el 76% de los nacimientos; 69% de estos tienen peso adecuado y 7% tienen bajo peso, siendo este un alto subregistro que impide el conocimiento exacto de la realidad del país¹⁰

“De acuerdo con UNICEF, cada año en el mundo nacen aproximadamente 20 millones de niños con bajo peso (menos de 2,5 kg), lo que corresponde al 14% de todos los nacidos vivos, generalmente como consecuencia de una deficiente salud y nutrición de la madre, siendo éste uno de los principales factores de riesgo de muerte neonatal. Más del 96% de los casos de bajo peso al nacer ocurren en los países en desarrollo”.

⁷ VELEZ, J. HERRERA, Luis Edilberto; ARANGO, Fernando y LÓPEZ Guillermo. Malformaciones congénitas: correlación, diagnóstico ecográfico y clínico. En: Rev. Colombo Obstet Ginecol [online]. [Consultado mayo 2010] 2004, vol.55, n.3, págs. 201-208. ISSN 0034-7434. Disponible <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v55n3/v55n3a04.pdf>

⁸ VÉLEZ María del pilar, BARROS Fernando, ECHAVARRÍA Luis Guillermo, HORMAZA María Patricia. Prevalencia de bajo peso al nacer y factores maternos asociados: Unidad de Atención y Protección Materno Infantil de la Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín, Colombia. En: Rev. Colombo Obstet Ginecol [online]. 2006. vol. 57, no.4. pp. 264-270. ISSN 0034-7434. [Consultado junio 2010] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v57n4/v57n4a05.pdf>

⁹BPN sigla para expresar el concepto Bajo Peso al Nacer.

¹⁰ PROFAMILIA. Óp. cit

1.3 Justificación

Los cambios en el desarrollo de la sociedad contemporánea a nivel mundial, originan que cada día la mujer aplaze la maternidad principalmente por motivos laborales y profesionales, aumentando las estadísticas de mujeres primigestantes mayores de 35 años como lo muestra la ENDS de 2010¹¹, con los consecuentes riesgos que supone la gestación en edades extremas.

Alrededor del mundo la salud materna y perinatal, ha sido objeto de muchos estudios, la mayoría con un abordaje cuantitativo y por parte de profesionales de la medicina, pocos por profesionales de la enfermería. La gestación es abordada normalmente desde el enfoque biológico, fisiológico, los estudios se orientan a la descripción de la morbimortalidad maternoinfantil asociado a factores de riesgo preexistentes o coexistentes en el proceso de la gestación en edades extremas (adolescentes o mayor de 35 años); más no han estudiado el significado para las mujeres gestantes y su familias de este proceso que aunque natural afecta en el aspecto psicológico, emocional, sentimental, reconociendo todas las dimensiones humanas la vida de la mujer y la familia.

En Colombia no se evidencia material bibliográfico de investigación realizada por enfermeras(os), en este sentido. Desde una mirada de cuidado de enfermería, es importante conocer el significado que tiene para la mujer mayor de 35 años su primera gestación independientemente del riesgo.

Esta investigación es importante para enfermería ya que a partir de los resultados se podría proponer una atención diferenciada a las primigestantes mayores de 35 años, acorde con las necesidades de cuidado por los cambios constantes en el desarrollo de la sociedad.

Teniendo en cuenta la capacidad que tiene la Enfermera (o) para intervenir en políticas de atención en salud en un país, se reseña la investigación de Barros, Magalhães y Ferreira (2007)¹² que muestra la autonomía de la enfermera en la práctica obstétrica; propone temáticas para nuevas investigaciones y deja ver los vacíos de conocimiento en esta área del rol de enfermería, en el cuidado obstétrico en Brasil.

¹¹ PROFAMILIA. p cit

¹² BARROS, Lena María, MAGALHAES DA SILVA, Raimunda and FERREIRA MOURA, Escolástica Rejane. Nurse's autonomy in the delivery of normal births in Brazil. *En: Invest. educ. enferm.* [online]. . [consultado abril 2010] July/Dec. 2007 vol.25, no.2 págs. .44-51. Disponible: <<http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php? ISSN 0120-5307>

Desde una perspectiva teórica Salazar, Molina y Valenzuela Suazola¹³, considera importante la aplicación de la Teoría de Orem en intervenciones durante embarazo y climaterio desde el enfoque de Autocuidado. El autocuidado está influenciado por la cultura, el contexto en el que se desarrollan las personas y eso da la significancia a los procesos.

Por otra parte Helena Eri Shimizu; María Goretti de Lima¹⁴, en un estudio cualitativo analizaron la representación social que tienen las mujeres embarazadas de la consulta de enfermería, encontrando que en la mayoría de los casos esa percepción es positiva y está enmarcada por la escucha, expresión de sentimientos y la relación empática enfermera-mujer facilita la comprensión del proceso del embarazo. Existe un imaginario social de la práctica de enfermería que puede y debe ser modificado desde la práctica misma, por cada profesional de enfermería.

Desde la experiencia personal en servicios de consulta externa es común encontrar, que cada vez es mayor el número de mujeres mayores de 35 años, que deciden gestar por primera vez porque en sus proyectos de vida han optado por otras prioridades, aplazando la maternidad, pero cuando las gestaciones son deseadas y planeadas las expectativas por parte de la gestante y su familia son mayores.

El cuidado es interacción humana y social en esencia, por ello los profesionales de enfermería deben estar prestos a responder con calidad a estas demandas de cuidado, que para cada mujer son diferentes dada su cultura y contexto, razón por la que enfermería debe conocer su significancia para brindar cuidado congruente¹⁵, conveniente y humanizado.

Para la práctica profesional de enfermería conocer los significados que mujeres primigestantes añosas le asignan a su primera gestación, permiten al profesional procurar el cuidado diferenciado en salud materno perinatal en estos grupos considerados de alto

¹³ SALAZAR, Alide, VALENZUELA, Sandra. Teoría de Orem aplicada a intervenciones durante embarazo y climaterio. *En: Rev. bras. enferm.* [online]. 2009, vol.62, n.4.p. 613-619. [consultado abril 2010] Disponible: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/21.pdf>

¹⁴ SHIMIZU, Helena, LIMA, María Goretti de. Las dimensiones del cuidado prenatal en la consulta de enfermería. *En: Rev. bras. enferm.* [online]. . [consultado abril 2010] 2009. Vol. 62, n.3 p. 387-392. Disponible: <http://www.scielo.br/scielo.php? ISSN 0034-7167>

¹⁵ Leininger M. Transcultural nursing: perspectives: basic concepts, principles and culture care incidents. En: Transcultural nursing. New York: Mc Graw-Hill; 1995.

riesgo (gestación en edad extrema¹⁶) y que puede hacerse extensivo a otros grupos étnicos y en diversos contextos.

El cuidado diferenciado permite promover los derechos sexuales y reproductivos de la mujer y como consecuencia de la familia, lo que constituye un aporte importante a la calidad de atención en salud materna perinatal tendiente a disminuir las estadísticas de morbilidad materna perinatal por causas evitables.

Describir el significado que tiene la gestación para mujeres primigestantes mayores de 35 años, proporciona al enfermero(a) información valiosa para decidir sobre las intervenciones al brindar cuidado congruente con las necesidades detectadas, facilita integrar los resultados de las investigaciones a la academia, y estar a la vanguardia en el cuidado humano en una sociedad cambiante y demandante de cuidados más cualificados.

El desarrollo de esta investigación permitió descubrir dimensiones de cuidado materno perinatal poco exploradas, lo que constituye una contribución al conocimiento disciplinar-profesional no abordado en otras investigaciones.

1.4 Pregunta de investigación

¿Cuál es el significado de la gestación en mujeres primigestantes mayores de 35 años que asisten a control prenatal en una IPS privada de Bogotá?

1.5 Objetivo

Describir el significado de la gestación para un grupo de mujeres primigestantes mayores de 35 años atendidas en una IPS privada de Bogotá.

¹⁶ El concepto gestación en edad extrema hace referencia al grupo de mujeres gestantes mayores de 35 años.

1.6 Definición de conceptos

1.6.1 Significado: concepto que evoca un fenómeno susceptible de interpretarse representado por un elemento lingüístico.

1.6.2 Significados de la gestación: es la representación, mediada por el conocimiento y la interpretación de expresiones de la cultura, mitos, creencias, valores, pensamientos, sentimientos, actitudes y prácticas, referentes a la gestación, que definen y expresan mujeres primigestantes a partir de una situación especial y en su contexto.

1.6.3 Primigestantes Mayores de 35 Años: son aquellas mujeres que tienen su primera gestación a los 35 años o más.

1.6.4 Período prenatal: se refiere a la etapa de gestación de la mujer, comprendida desde la fecundación, que se extiende durante toda la gestación y termina con el nacimiento del hijo.

2. Marco Conceptual

2.1 Significado

Desde la filosofía el significado es entendido, como aquello a que el hablante debe estar refiriéndose al expresarse; este no es una propiedad intrínseca de las palabras, también es una actividad proyectada hacia un objeto (símbolo), el efecto mnémico de un estímulo, de emociones suscitadas por algo y producto de asociaciones adquiridas, es esencia y es evento¹⁷.

El significado tiene componentes tales como la connotación que se traduce en la propiedad utilizada para determinar la utilidad del símbolo, que implica una denotación que determina su comprensión. Así un nombre propio no significa lo mismo que podría significar una frase descriptiva o connotativa. En este orden de ideas lo importante de una expresión es su propiedad especial primero de sentido (aquel en que esta usada), luego de significado (intención de quien la usa) y la de mayor importancia y alcance de implicación (significación esencial).

Para el psicoanálisis el ser humano es ante todo un cuerpo atravesado por símbolos constituidos en universo de significaciones, no hay orden humano por fuera de lo simbólico y el mundo humano no escapa a la simbología y la necesidad de definir condición de ser hombre o mujer. Por ello la realidad es adquirida por el sujeto en las interacciones con otros en los que se apropia de símbolos que le permiten acceder a esa realidad y aprehenderla en todo su complejidad.

Aquí nos referimos a lo imaginario como el reino de las imágenes, a la apariencia, la creencia, la cultura, y desde lo simbólico se ubica el imaginario en el lugar del significado.

Desde la epistemología el significado es entendido como uno de los conceptos del dominio de la práctica de enfermería¹⁸, desde esta perspectiva describir los significados

¹⁷C.K. Odgen, I.A. Richards. Significado del significado. Biblioteca del hombre contemporáneo, 2da, Edición, Argentina 1964, pág. 198-210

¹⁸ PARRADO, L., CARO, C. Significado, un conocimiento para la práctica de enfermería. En: Rev. Av. Enfermería, 2008. Volumen XXVI no.2 p.116-125, en línea. [consultado mayo de 2010] Disponible: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi2_13.pdf

que mujeres gestantes mayores de 35 años le atribuyen a su primera gestación es importante para precisar cuidado de enfermería coherente y humanizado.

Esclarecer el significado de una palabra o una expresión es saber cómo se la puede o no se la puede usar, entendiendo que ese significado representa una relación existente entre la connotación y el imaginario de quien se expresa en determinado contexto y frente a un fenómeno o referente de interés, en esta investigación el contexto es el que vive la mujer que experimenta la gestación con clasificación de alto riesgo en relación con su edad mayor de 35 años.

Por otra parte dado que el hombre no solo puede pensar, sentir, hablar consigo mismo sino que necesita comunicarse, las expresiones humanas establecen una relación directa con las componentes individuales que definen, caracterizan y hacen de cada persona un ente particular y diverso uno de otro, naturalmente interesado y dispuesto a cultivar y proponer sus propias manifestaciones a través de la palabra y movimientos corporales.

En el lenguaje verbal es posible distinguir un qué y un cómo. Por un lado lo que se dice y por otro, las palabras usadas, el modo de hablar. De manera que el lenguaje implica no sólo un pensamiento sino un pensamiento entretelado por emociones y sentimientos.

En este contexto las expresiones de mujeres primigestantes suscitadas por las expectativas y conocimiento frente a la gestación constituyen información valiosa para esta investigación, por lo que representa conocer el fenómeno de primigestación en mujeres mayores de 35 años, para brindar cuidado de enfermería diferenciado.

2.2 Aspectos cualitativos del significado

Desde la fenomenología se aprende las significaciones en cuanto son dadas y tal como son dadas, es así como el método consiste en dar un nuevo signo a la actitud natural, atenerse a lo dado y describirlo en su pureza¹⁹

Según la Hermenéutica: entendida como la interpretación de los textos y su significado tiene tres momentos la comprensión, la interpretación y la aplicación²⁰.

¹⁹ Ibíd. Pág 122-125

En este orden de ideas puede decirse que la fenomenología eidética tiene por objetivo describir el significado de una experiencia a partir de la visión de quienes han tenido dicha experiencia. Aquí el investigador pone entre paréntesis sus presuposiciones, se reflejan en las experiencias e intuyen o describen las estructuras de las experiencias y la fenomenología hermenéutica, tiene como objetivo comprender una vivencia. Esta fenomenología entiende que la vivencia es en sí misma un proceso interpretativo y que la interpretación ocurre en el contexto donde el investigador es partícipe, dicho de otra manera esta presencia del investigador es una de las diferencias más destacadas que tiene con la fenomenología descriptiva²¹.

La expresión del significado permite comprender e interpretar a las personas en su contexto. Watson refiere en su teoría que “los seres humanos no se pueden tratar como objetos, que no pueden ser separados de sí mismos, de otros de la naturaleza y del universo más grande”²². Ello justifica que aproximarse a la realidad que viven las mujeres primigestantes en edad extrema permita al profesional de enfermería entender y comprender sus expectativas, sentimientos, pensamientos y necesidades propias de cuidado y atención por el equipo de salud y en especial del profesional del cuidado.

2.2.1 La identidad femenina y maternidad

La identidad de la mujer es entendida como el conjunto de características sociales corporales y subjetivas que la identifican de manera real y simbólica de acuerdo con la vida vivida²³. La identidad femenina tradicional colocaba la maternidad como eje articulador de la feminidad, por tanto su rol como mujer era reproductora y socializadora en la mayoría de culturas así durante siglos el deseo de procrear fue el único posible y

²⁰ DE SOUZA, María C. El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Lugar editorial S. A, Buenos aires 2004. Pág. 183 a 18

²¹ DE LA CUESTA BENJUMEA, Carmen. Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. En: Nure Investigación, N° 25, Noviembre-Diciembre 2006. [consultado marzo de 2010] Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/ficheros_administrador/f_metodologica/pdf

²² FAWCETT, J. Analysis and evaluation of contemporary nursing knowlege: nursing models and theories. Philadelphia: F. A. Davis Compañy; 2000

²³ LEGARDE, M. Identidad femenina. [consultado abril 2010] Disponible en: <http://www.hegoa.ehu.es/congreso/bilbo/doku/lau/IdentidadFemeninadeMarcelaLagarde.pdf>

legítimo para una mujer. Su anatomía era su destino y, con muy pocas excepciones, su único destino²⁴.

La división sexual del trabajo segrega la participación de la mujer en la dinámica social, según Ortner en (1981) citado por Santos²⁵, la representación de género no se refleja con exactitud en las relaciones hombre y mujer, por tanto el dominio patriarcal es un mito; ya no se concibe la identidad femenina en relación a la maternidad según el dominio patriarcal; para aclarar esta apreciación se expone lo siguiente: “la maternidad era concebida como única función de carácter instintivo arraigada a la naturaleza biológica de la mujer, así un sistema de representaciones basadas en la ilusión de naturalidad niega el corte de lo humano por ser esta una producción cultural”²⁶. Desde la medicina hipocrática se identifica a la mujer como símbolo de fecundidad, y procreación con el objeto de la conservación de la especie humana.

El concepto de maternidad tiene importantes antecedentes históricos, así desde la época antigua y en la cultura griega época que según hallazgos arqueológicos parece haberse caracterizado por sociedades organizadas, de paz y prosperidad con una evolución social, tecnológica y cultural en ascenso, donde las deidades femeninas eran preponderantes dando identidad a la mujer, la maternidad en relación a la reproducción era valorada para la mujer y el hombre era ignorado²⁷.

En la edad media el discurso en torno a la maternidad está dominado por los aspectos más fisiológicos de la función: procreación, gestación, parto y amamantamiento, reafirmando para la madre la función puramente nutritiva, que la naturaleza le ha asignado visiblemente.

²⁴ THOMAS, Florence. Resignificando la maternidad a la luz de los derechos sexuales y reproductivos. a En Otras Palabras Mujeres, Salud y Sociedad, No. 1, julio-diciembre, 1996. [consultado 20 agosto de 2012]. Disponible en <http://www.bdigital.unal.edu.co/1539/23/22CAPI21.pdf>,

²⁵ SANTOS, Luis. Masculino y Femenino en la intersección entre el psicoanálisis y los estudios de género. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas/ Escuela de Estudios en Psicoanálisis y Cultura, 2009. 148 p. – (Biblioteca Abierta, Psicoanálisis). ISBN: 978-958-719-176-9.

²⁶ *Ibíd.* Pág. 143

²⁷ MOLINA, María Elisa. Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. *Psykhé* [online]. 2006, vol.15, n.2 [citado 2012-10-05], pp. 93-103 . Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071822282006000200009&script=sci_arttext>

La obligación primera de la mujer respecto a la prole es la de traerla al mundo: "engendrar hijos de modo continuado y hasta la muerte" (expresión del dominico Nicolás de Gorran)²⁸, La esterilidad es vivida como condenación y como punto de ruptura de la unión de la pareja. Más adelante los cambios surgidos a partir de la revolución industrial señalan a la mujer su rol de madre cuidadora y se ve la maternidad como instintiva. Los cambios sociales cuando empieza la industrialización favorecen más el dominio patriarcal y la mujer es destinada básicamente a labores reproductivas y del hogar.²⁹

Ya en la era moderna las mujeres defienden la crianza de los hijos y demandan educación para ello, más adelante en la era posmoderna la crianza símbolo de maternidad se vuelve colectiva, los patrones autoritarios cambian por ser de algún modo contrarios a la realización personal del niño, entonces la mujer tiene menos hijos y las actividades fuera del hogar aumentan, la maternidad empieza a ser postergada y marca brechas generacionales³⁰.

La maternidad se identifica con la capacidad reproductiva base de una construcción cultural del deseo materno, la expresión: mujer- madre- naturaleza, de fácil acogida, era un pensamiento existencialista en occidente, hasta que aparecieron las teorías del psicoanálisis que cuestionan el carácter natural de cualquier fenómeno y develan las condiciones subjetivas de su producción.

Si la capacidad reproductiva de la mujer se asocia a maternidad, la edad de la mujer induce una alteración en la representación de la maternidad, entonces ser joven o ser mayor para la mujer es condicionante y no refleja la identidad femenina, o esta se ve truncada por el paso del tiempo.

En la actualidad estas concepciones han cambiado debido a logros en igualdad de género, que introducen a la mujer en todos la esferas del desarrollo social, que modifican la concepción frente a sus roles como mujer y a fenómenos relacionados con su feminidad.

El programa de las naciones unidas para el desarrollo (PNUD) promueve la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer en todas las áreas de desarrollo social no sólo como derechos humanos, como parte de los objetivos de reducción de la pobreza,

²⁸ DUBY, G. & Perrot, M. Historia de las mujeres en Occidente. Ed. Taurus Madrid 1992 pág. 150

²⁹ MOLINA, Opt.cit. 95-103

³⁰ MOLINA, Opt cit 96-103

governabilidad democrática, prevención de crisis y recuperación, medio ambiente y el desarrollo sostenible³¹. Desde esta perspectiva la mujer puede tomar decisiones y acciones que impacten en su desarrollo personal y familiar, en igualdad de condiciones frente al varón, decidir sobre, su cuerpo, tener sus propios pensamientos y tomar la decisión respecto a la reproducción.

Actualmente, las mujeres tienen menos hijos y viven más tiempo, de otra parte el tiempo dedicado a la maternidad es menor en su vida cotidiana, porque los hijos van a la escuela buena parte de su tiempo y las tareas domésticas han disminuido por la expansión del mercado de consumo. En consecuencia el trabajo, la participación política, la relación de pareja y la búsqueda personal cobran importancia creciente y compiten con la maternidad, pero se busca siempre dar mejor calidad de vida a las mujeres y madres³².

En las representaciones sociales de los colombianos la maternidad ha gozado de un alto reconocimiento aun cuando la forma de asumirla varía según estrato social y región cultural. A la madre, como imagen y con frecuencia, en la práctica se le rinde culto; a ella se le encargan las principales funciones de socialización y crianza de los hijos y el forjar hombres y mujeres íntegros, productivos y funcionales a la sociedad³³.

Los cambios físicos, emocionales y psicológicos que le ocurren a la mujer por la gestación bien sea planeada o no, deseada o no, originan sentimientos encontrados temor, angustia felicidad, alegría que modifican la experiencia y significancia de la maternidad.

Visto desde la realidad y cotidianidad de los servicios de salud cada mujer y cada hombre tiene su propio significado de la gestación, lo común es encontrar en la particularidad de cada uno que es una situación especial, natural que afecta la familia en todos los aspectos de su dinámica social.

³¹ ONU. Programa de las naciones unidas para el desarrollo PNUD, informe empoderamiento de la mujer. [Consultado 09- 25-2012]. Disponible en: http://www.undp.org/content/undp/es/home/ourwork/womenempowerment/about_womens_empowerment/

³² ONU. Opt cit

³³ LAMUS, Doris. Representaciones sociales de maternidad y paternidad en cinco ciudades colombianas. En: Reflexión Política, universidad autónoma de Bucaramanga 1999 N° 2. [consultado abril 2010] Disponible en: http://editorial.unab.edu.co/revistas/reflexion/pdfs/ana_12_1_c.htm

2.3. Gestación un proceso biológico y psicológico

La gestación se considera un proceso natural y biológico, que trae consigo cambios físicos, emocionales, psicológicos y sociales. Estos cambios representan la respuesta del organismo materno a una adaptación y mayor demanda metabólica impuesta por el feto, cualquier modificación en esa respuesta metabólica es entendida como una descompensación que requiere ser conocida, y atendida oportunamente pues supone una complicación asociada al estado de gestación.

Los cambios morfofisiológicos durante la gestación influyen en el comportamiento normal de la mujer y alteran el desenvolvimiento de la pareja y grupo familiar, según las expectativas que se tengan frente al hijo.

Cuando se enfatiza en los cuidados a la gestante no solo se debe tener en cuenta los hábitos de alimentación, higiene, sueño y ejercicio también se ha de incluir los aspectos emocionales y las circunstancias que la rodean y que la pueden afectar (relación de pareja, aspectos económicos, planificación de la gestación, apoyo situacionales, entre otros). El aspecto psicológico de la gestante no se puede analizar en forma individual aislada sino que se debe tener en cuenta la pareja y grupo familiar que pueden afectarla positiva o negativamente, así el cuidado ofrecido debe tener características de humanización, tales como el afecto, dedicación, comprensión y una efectiva comunicación³⁴

El estado emocional de la madre tiene efectos directos sobre el feto por el incremento hormonal que se produce durante la gestación, así las tensiones emocionales, alteran el patrón de crecimiento intrauterino lo que incide en la prematuridad. Calesso Moreira cita a (*Östbarg, Hegekull y Wsttergren* 1997) con un estudio realizado con mujeres entre 17 y 47 años que evaluaba los niveles de estrés durante la gestación, donde encontraron que el stress es uno de los factores que afectan el proceso gestacional, en las mujeres en edad avanzada y más alto nivel educativo es más alto el nivel³⁵

³⁴ MUÑOZ, Hernández y col. Significado del cuidado humanizado en egresadas de la facultad de enfermería. Repertorio de Medicina y Cirugía. Vol. 18 N° 4 . 2009 Pág 246 – 249

³⁵ CALESSO, M. Vínculo afectivo y estrés en la maternidad adolescente: un estudio con metodología combinada. Tesis doctoral en sicopatología infantil, del adolescente y de adultos. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona 2007

2.3.1 Gestación en edades extremas

La edades extremas para la gestación según la ciencia médica está determinada a mujeres menores de 19 años y mayores de 35 años, fundada en aspectos biológicos y metabólicos propios de estas edades, que afectan la fertilidad de la mujer y suponen un alto riesgo materno y perinatal. Gestación de alto riesgo está definida como aquella en que la madre el feto o el recién nacido tienen o pueden tener un mayor riesgo de morbilidad o mortalidad, antes durante o después del parto³⁶.

Hay muchos factores implicados incluyendo la salud materna, edad antecedentes obstétricos, enfermedad fetal. Los trastornos obstétricos imponen un riesgo adicional para la madre y el feto, como el desprendimiento de placenta, prematuridad, preeclampsia, eclampsia, retardo en el crecimiento intra-uterino, malformaciones congénitas, entre otros de aspecto sicosocial no menos importantes. La paridad reduce el riesgo de cáncer de mama en mujeres jóvenes pero también hay un aumento del riesgo de cáncer mama en mujeres que tienen su primer embarazo después de los 28 años³⁷. Esta situación especial (alto riesgo) en gestantes mayores de 35 años, produce reacciones y expresiones frente a la gestación que deben ser conocidas por los profesionales de enfermería para enfocar el cuidado de forma integral y humanizada.

Las motivaciones para la gestación son complejas y no se limitan los sentimientos de una relación específica, algunas de esas motivaciones son: el deseo real de iniciar una familia, fundado en una relación de pareja estable, garantizar afecto a través del hijo, deseo de proyectarse o continuarse a través del hijo, así en el caso de una adolescente puede servir para afirmar su identidad o probar madurez a sus progenitores. No ocurre lo mismo en el caso de las mujeres mayores de 35 años que deciden tener un primer hijo porque aplazaron la maternidad por diversas razones, su gestación es más consciente y puede obedecer a un deseo real de ser madre³⁸.

³⁶ CORTES, José. Diez principales causas de embarazo de alto riesgo en el hospital general de zona N° 1 de la ciudad de Colima en el año 2004. Tesis para optar el título de especialista en medicina familiar. Universidad de Colima facultad de enfermería. Colima febrero de 2006. P.81

³⁷ TORRES, Gabriela, Ángeles, Angélica. Factores reproductivos y cáncer de mama: principales hallazgos en América Latina y el mundo. *En: Salud Pública Méx.* 2009.Vol. 51 No.2.p.165-171. Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2009/suplemento%202/4-factores.pdf [consultado abril 2010]

³⁸ OBREGON YANEZ, Luisa E. Primigesta de edad avanzada. *Rev Obstet Ginecol Venez*[online]. 2007, vol.67, n.3 [citado 2012-10-09], pp. 152-166. consultado abril 2010.Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322007000300003&script=sci_arttext

Las expectativas reproductivas de hombres y mujeres están influenciadas por la cultura, la ideología, la economía y difieren según el grupo social y el contexto histórico. El papel que se les asigna a las mujeres en la sociedad está íntimamente relacionado con las expectativas reproductivas varía dentro de una amplia gama que va desde el papel exclusivo de madre y cuidadora de los hijos hasta su desempeño pleno como trabajadora o profesional, todos estos cambios sociales llevan a la mujer a aplazar su reproducción y por ende todo lo que implica el proceso de maternidad que se vuelve una opción en su vida³⁹.

Las reacciones de la pareja frente a la gestación dependen en gran medida de si desean o no tener un hijo, si es planeado se espera con ansia y alegría distinta cuando se da por otras situaciones no previstas ni esperadas. Con ocasión del 5º *World Congress Of Perinatal Medicine* (23-27 Septiembre 2001) en la Declaración de Barcelona se dio la Declaración de Derechos de la Madre y el recién nacido entre ellos se referencia el siguiente:

Art. 11. Toda madre tiene derecho a compartir la responsabilidad tanto de las decisiones como del trabajo reproductivo con el padre. El padre tiene derecho y el deber de ejercer su responsabilidad y a no ser marginado en el proceso de reproducción. Toda mujer tiene derecho a no ser violentada no coaccionada por su pareja en función de su maternidad. Las decisiones reproductivas, en el seno de una pareja, son un derecho que debe ser ejercido con equidad y corresponsabilidad entre hombre y mujer⁴⁰.

Cuando la gestación se da en edades mayores (mayor de 35 años) la ciencia médica lo clasifica como de alto riesgo, pero desde lo psicológico tiene mejor pronóstico dado que en la mayoría de casos es deseado esto le permite a la mujer una preparación psicológica para afrontar este periodo de transición y sus consecuentes cambios en la vida de la mujer y la pareja. Es ejercer el derecho a la maternidad en consenso con la pareja y no por simple causalidad.

Art. 1. La maternidad debe ser de libre elección. Toda mujer tiene el derecho de decidir libremente sobre el momento más adecuado para tener sus hijos, el espacio inter-genésico y cuántos hijos quiere tener⁴¹.

³⁹ LANGER, Ana. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe En: Revista Panamericana de Salud Pública. Marzo 2002. Volumen 11 No3. Washington. P.192-205. ISSN 1020-4989. consultado [mayo de 2010]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf>

⁴⁰ 5º WORLD CONGRESS OF PERINATAL MEDICINE (23-27 Septiembre 2001). Declaración de Barcelona sobre los derechos de la madre y el recién nacido. Barcelona.

⁴¹ *Ibíd.*, Pág 1.

El significado que atribuyen las mujeres a la gestación, determina en cierta forma el comportamiento y reacción frente a la misma, algunos factores influyentes pueden ser: cultura, la edad, figuras maternas previas como modelo, identidad femenina, relación de pareja, historia de vida y situación social.

3. Marco del diseño

3.1 Tipo de estudio

Investigación de tipo cualitativo descriptivo, busca describir el significado que las mujeres primigestantes de 35 años o más, tienen sobre la gestación; desarrollado con la técnica análisis de contenido convencional.

3.2 Instrumento

En la investigación cualitativa el instrumento es la investigadora, quien en esta investigación utilizó la entrevista abierta y a profundidad para la recolección de la información.

La entrevista a profundidad está definida como reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y las informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras, permite acercarse a las ideas, creencias o supuestos mantenidos por otros.

Los elementos diferenciadores de la entrevista a profundidad son la existencia de un propósito explícito, la presentación de unas explicaciones al entrevistado y la formulaciones de unas preguntas.

Pueden plantearse al menos tres tipos de preguntas, descriptivas, estructurales y de contraste. Las entrevistas en profundidad son informales, abiertas, flexibles, se utiliza como guía un cuestionario de entrada, emplea materiales de audio, video y cuaderno de notas este último con el objeto de plasmar la percepción, evasivas, lenguaje gestual no congruente con el verbal (Spradley 1979). En este caso se inició con una pregunta introductoria que permitió el desarrollo flexible de las entrevistas y se realizó grabación en audio únicamente.

3.3 Población

Participaron 9 mujeres primigestantes sanas mayores de 35 años atendidas en una IPS privada de Bogotá, captadas en el servicio de consulta externa.

3.4 Lugar de las entrevistas

Las participantes de esta investigación se entrevistaron en sus hogares, en un caso su sitio de trabajo, y en dos casos en la institución de salud donde son atendidas previa información y aclaración de dudas e inquietudes de las participantes y la obtención libre y voluntaria del consentimiento informado. La programación de las entrevistas se realizó en consenso con cada participante, acorde a su disponibilidad en tiempo y espacios.

3.5 Tiempo

Esta investigación se desarrolló en un tiempo de 15 meses, de los cuales tres se destinaron a tramites de aprobación ante la institución de salud para la captación de las participantes siete a la captación de las informantes y la recolección de datos, el tiempo restante se destinó para análisis y presentación de resultados al comité asesor.

3.6 Muestra

La muestra se obtuvo a través de la saturación de la información, luego de realizar entre dos y tres entrevistas con cada participante, estuvo constituida por 21 entrevistas duración aproximada de 50 minutos por entrevista que fueron transcritas en formato office Word.

Se realizaron cuadros de códigos y descriptores para organizar la información.

Códigos	Descriptores	Memos
Interpretación conceptual de la información	Fragmentos del texto transcrito de las entrevistas.	Registro de un primer análisis de los descriptores y códigos.

3.7 Criterios de inclusión

Mujeres primigestantes mayores de 35 años de edad, sin patología asociada, que se encontraban en segundo y tercer trimestre de la gestación residentes en Bogotá.

3.8 Criterios de exclusión

No participaron en la investigación mujeres primigestantes mayores de 35 años con diagnóstico de patología asociada. Ni aquellas captadas que no Las patologías asociadas preexistentes en la gestante podrían alterar en gran parte su estado de salud y por ende el significado que tiene la primigestante sobre el proceso de gestación.

3.9 Selección y caracterización de las participantes

La Captación de las participantes se realizó en el servicio de consulta externa con gestantes que asistían a talleres de educación prenatal en una IPS privada, que cumplieran con los criterios de inclusión antes descritos donde se tomaron los datos de contacto de la primigestante, previa información sobre la investigación a la que se le invito.

Se programó la entrevista con cada primigestante, se explicó nuevamente en qué consistía la investigación, y se firmó y se entregó una copia del consentimiento informado. Se programaron varios encuentros con cada participante.

3.9.1 Caracterización de las participantes⁴²

A continuación se realiza una caracterización de las participantes la investigación para contextualizar al lector de esta investigación. Se muestra en las siguientes figuras con su respectiva descripción. (Figura 1)

⁴² Fuente: significado de la gestación para un grupo de mujeres primigestantes atendidas en una IPS privada en Bogotá.

Figura 1. Estado civil

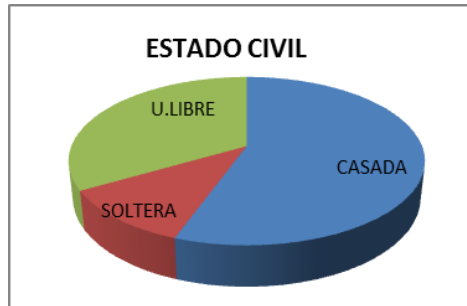
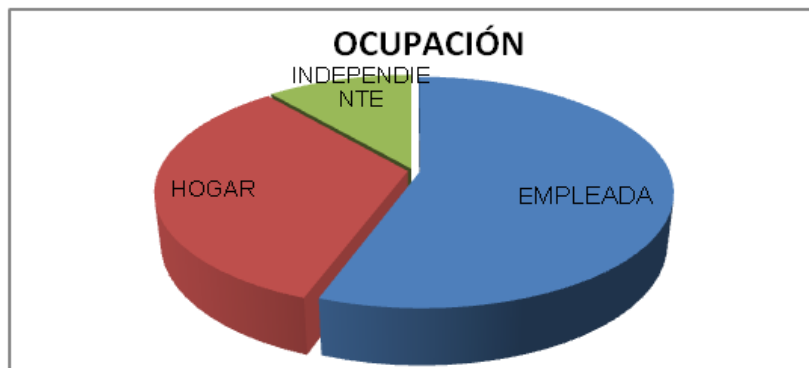


Figura 2. Planeación de su hijo



Las participantes de la investigación se encuentran en su mayoría casadas, en unión libre y en un caso excepcional se presenta la soltería. Casi todas planearon esta gestación, que emergió inicialmente del deseo por parte de ella y en un caso especial por parte del esposo; para posteriormente dar inicio al proceso, teniendo como principal paso la búsqueda de asesoría médica, considerada por ellos al detenerse en la edad de la mujer, que se encuentra en un rango entre los 35 y 41 años.

Figura 3. Ocupación



Durante el tiempo de la investigación eran empleadas, algunas dedicadas al hogar y otra en trabajo independiente.

Por otra parte es importante mencionar que las participantes cuentan el nivel de estudios en su mayoría universitario, técnico o bachiller como se muestra en las figuras 4 y 5:

Figura 4. Nivel de Formación

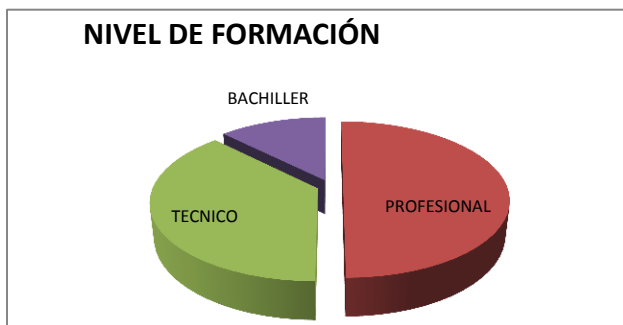
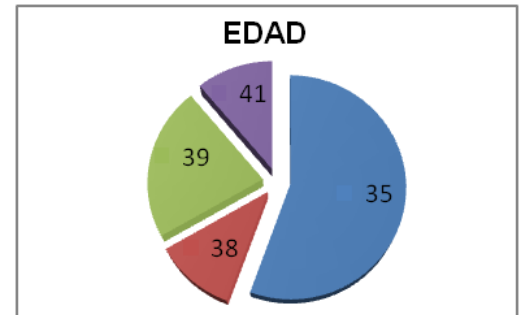


Figura 5. Edad



Fuente: significado de la gestación para un grupo de mujeres primigestantes atendidas en una IPS privada en Bogotá.

En algunos casos, la gestación se presenta como una sorpresa que les lleva a cambiar su estilo de vida, partiendo desde el hecho de decidir la convivencia con el padre del bebe, cambiando o dejando el trabajo que desempeñaban antes, entre otras situaciones que aprenden a sortear.

3.10 Papel del investigador

Es el instrumento en la investigación cualitativa, la investigadora permaneció en activa escucha, tuvo una esmerada atención a los finos detalles del lenguaje y la interacción para llegar a una adecuada interpretación de la información obtenida.

3.11 Riesgos del diseño

Para disminuir los riesgos, la investigadora no brindo atención de salud directa a las participantes en esta investigación, el contacto fue solo con fines investigativos y tuvo en cuenta los criterios de inclusión para la captación, conservo la información bajo su seguridad y confidencialidad.

3.11.1 Control de sesgos del investigador

Para el control de sesgos la investigadora realizó consulta constante y revisión permanente de la metodología de investigación elegida, búsqueda de la coherencia entre el área temática y la conceptual y fundamentación con otros estudios de investigación cualitativa en el área materno - perinatal

3.11.2 Control en la selección de informantes

Sólo participaron gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión determinados en la investigación.

3.11.3. Manejo y organización de la información

Organización de la información recolectada, en orden cronológico, de acuerdo a criterios investigativos, con rotulación numérica en los consentimientos informados.

- Transcripción fidedigna de las entrevistas en profundidad dentro de las siguientes 48 horas después de realizadas.
- Almacenamiento seguro de los archivos recolectados, en medio magnético y físico, que permanecieron en poder de la investigadora únicamente.

Así mismo fue solo la investigadora quien brindo las orientaciones pertinentes a las participantes de investigación y realizó las entrevistas abiertas y a profundidad escuchando activamente sin intervenciones para evitar el sesgo en las respuestas.

3.12 Rigor metodológico

3.12.1 Validez Interna

Para mantener el rigor metodológico de esta investigación se tuvo en cuenta los criterios de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad, propuestos por Guba y Lincoln, citado por Castillo y Vásquez⁴³ de los cuales se amplía lo siguiente:

3.12.2 Credibilidad: hace referencia a la información que produzca hallazgos que son reconocidos por las informantes, son en sí mismo los resultados verdaderos para las gestantes mayores de 35 años que participaran en la investigación; este criterio se logró con la puesta en común con cada gestante de la información suministrada en la entrevista, de tal manera que ellas lo reconocieron como propio, así como las aclaraciones al retomar las entrevistas de profundización. Se controló realizando transcripción textual de las entrevistas y acordando nuevos encuentros con las gestantes.

3.12.3 Auditabilidad: consiste en la habilidad de otro investigador para seguir la ruta de la investigación; en esta investigación se alcanza el criterio, con el acompañamiento y seguimiento de la directora de tesis, para ello se utilizaron las grabaciones, descripción de las características de las informantes y análisis de la transcripción fiel de las entrevistas, y la comunicación constante durante el proceso investigativo.

3.12.4 Transferibilidad: consiste en la posibilidad de extender los resultados de la investigación a otras poblaciones; según Guba & Lincoln señalan que se trata de analizar qué tanto se ajustan los resultados de la investigación con primigestantes mayores de 35 años en otro contexto, para ello se realizó una caracterización de las participantes la investigación.

3.13 Relación entre el marco de referencia, conceptual y de diseño

No se evidencia en Colombia avances en la investigación sobre lo que significa para la mujer colombiana la gestación en edades avanzadas, pese a que el incremento de este fenómeno en salud es cada vez mayor. Así las investigaciones encontradas responden

⁴³ CASTILLO, Edelmira y VÁSQUEZ, Martha Lucía, PhD. Artículo: Rigor metodológico en la investigación cualitativa. En: Revista Colombia. Colombia: 2003 Volumen 34 Numero 3... p, 157-534

básicamente a la investigación sobre riesgos físicos, fisiológicos en la madre y el neonato, que pueden ser relacionados con la edad materna y otros factores asociados.

Existe una estrecha relación entre el marco de referencia, el marco conceptual y el marco del diseño, porque la investigación cualitativa permite describir el significado de la gestación para las primigestantes mayores de 35 años. Además, los conceptos definidos para la investigación estuvieron debidamente documentados con evidencia científica de enfermería y medicina, y la validez interna descrita conceptualmente, lo que dio respuesta a los planteamientos establecidos en el marco de referencia con los estudios previos relacionados al tema, la problemática existente y la justificación presentada. A través de los resultados que se obtuvieron a partir de esta investigación, se puede proponer una atención diferenciada a las primigestantes mayores de 35 años, y a otros grupos de gestantes que también requieren intervenciones en salud de manera más integral acorde a las necesidades por los cambios constantes en el desarrollo de la sociedad.

Lo anterior, refleja que el marco de referencia, marco conceptual y marco del diseño fueron construidos alrededor de la búsqueda y crítica de la evidencia científica, lo que les dio un sentido de complementariedad para dirigir el proceso investigativo hacia la obtención de resultados que se interpretaron en un mismo contexto. Así mismo, existe viabilidad para implementar el diseño, que está conformado por etapas que dieron respuesta al objetivo planteado en la investigación, en otras palabras el diseño cualitativo descriptivo fue pertinente con relación al objetivo y a la pregunta de investigación.

3.14 Procedimiento metodológico

El procedimiento metodológico constituye la aclaración de los pasos realizados en la recolección y análisis de datos, las consideraciones y principios éticos de esta investigación.

3.14.1 Consideraciones éticas

Los siguientes aspectos y principios éticos de la investigación se tuvieron en cuenta en todo la investigación:

- Se presentó el proyecto de investigación al comité de ética de investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia para su concepto y así mismo, se presentó ante el Comité de Ética de la institución de salud donde se realizó la investigación. Solo inició su ejecución hasta contar con el aval de las dos instituciones.

- Se tuvo en cuenta los lineamientos de la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993⁴⁴, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:
- *Se ajustará a los principios científicos y éticos de la investigación que la justifiquen, respetando la dignidad, los derechos de la persona, su patrimonio y bienestar, privacidad, libertad de las participantes en la investigación.*
- *Se fundamentará en la verdad y evidencia científica encontrada sobre la gestación en mujeres de 35 años primigestantes, producto de otros hechos científicos.*
- *La investigación se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo. En este caso es un estudio cualitativo que busca identificar significados de la gestación que son relevantes para la calidad de la práctica de enfermería.*
- *En el proceso de la investigación se hará prevalecer la seguridad y beneficios de las participantes y expresan claramente los riesgos (mínimos) de la investigación, los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución que corresponde a la clasificación del riesgo de la investigación. Art 32. Las investigaciones sin beneficio terapéutico en mujeres embarazadas (primigestantes mayores de 35 años) cuyo objetivo sea obtener conocimientos generalizables sobre el embarazo, presenta un riesgo mínimo para la mujer, el embrión o el feto⁴⁵.*
- *Se contará con el Consentimiento Informado y por escrito de las participantes en la investigación. Con este fin la investigadora informará a las participantes por escrito el objetivo y el método de la investigación y responderá las inquietudes o dudas que tengan las participantes.*
- *Será realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para salvaguardar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, contando siempre con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar de las participantes de la investigación.*
- Fue realizada por un profesional de enfermería estudiante del posgrado maestría en enfermería capacitada debidamente asesorada por investigadoras, y con mujeres primigestantes mayores de 35 años que cumplieron los criterios de inclusión para la

⁴⁴ COLOMBIA. Ministerio de salud. Resolución N° 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993), Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santa fe de Bogotá.

⁴⁵ REPÚBLICA DE COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Resolución N° 008430 DE 1993 (4 de octubre de 1993). Título II: de la investigación en seres humanos Capítulo 1: de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Colombia: El ministerio 1993.p 1-4

investigación, una vez se dio la información completa y otorgaron libre y conscientemente su consentimiento.

- Esta investigación siguió las recomendaciones éticas para las investigaciones en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia⁴⁶, documento conforme los lineamientos, pautas éticas y marco legal para la investigación con seres humanos a nivel nacional e internacional. Así como las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos recomendadas por la CIOMS⁴⁷, entre las que se encuentran Justificación, ética y validez científica de la investigación biomédica en seres humanos, sometimiento de la investigación a uno o más comités de ética y evaluación científica, obtención del consentimiento informado individual de las participantes en la investigación.
- Se clasificó como una investigación con riesgo mínimo, según la Resolución 008430 de 1993, en el artículo 11 del capítulo 1, porque “no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, psicológicas, fisiológicas o sociales de las participantes la investigación” entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.
- Se obtuvo previamente el consentimiento informado en forma verbal y escrita, teniendo en cuenta las pautas éticas CIOMS 4, 5, 6 y 8 que tratan sobre el consentimiento informado individual; la Resolución 008430 de 1993, artículo 15 del capítulo 1 de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos y la Ley 911 del año 2004, artículos 29-30 del capítulo IV.

3.14.1.2 Principios éticos de la investigación⁴⁸

- Veracidad: se dijo en todo momento la verdad, se transcribieron textualmente las entrevistas, se mantuvo la coherencia interna de la investigación teniendo en cuenta la concordancia entre los aspectos metodológicos, los objetivos y las conclusiones de los hallazgos de la investigación.

⁴⁶ GARZÓN, Nelly. et al. Recomendaciones éticas para las investigaciones en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Centro de extensión e investigación. Comité de ética, 2008, p.1-24.

⁴⁷ CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS en colaboración con la Organización Mundial de la Salud. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra, 2002.

⁴⁸ GARZÓN, Nelly, PEÑA, Beatriz, ARANGO Gloria, AGUINAGA Oscar, MUNÉVAR Rosa, PRIETO Rosibel Equipo comité de ética. Recomendaciones éticas para las investigaciones en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Universidad Nacional de Colombia, facultad de enfermería, centro de extensión e investigación, Bogotá, 2008. p.4-5.

- **Fidelidad:** la investigadora cumplió con todo lo que se había comprometido y mantuvo la confidencialidad, cuidando en reserva la identidad de las participantes, asignando códigos a los datos y utilizando la información exclusivamente con fines investigativos.
- **Beneficencia:** se actuó en beneficio de las primigestantes mayores de 35 años, y se evitaron todas las conductas de riesgo durante la investigación.
- **Justicia:** Se tuvo en cuenta los beneficios para las participantes y así mismo para la sociedad con los resultados obtenidos de la investigación. Se dio un trato justo, sin ningún tipo de discriminación, con igual consideración y respeto para la selección de la muestra y se mantuvo la preservación del derecho a la intimidad y privacidad con cada una de las participantes.
- **Reciprocidad:** las participantes y la institución de salud podrán conocer en forma oportuna los resultados de la investigación y su aplicación en la atención de la salud.

3.14.2. Recolección De Datos

La recolección de datos se realizó a través de entrevistas a profundidad, que fueron transcritas en su totalidad. (Ver ejemplo anexo B)

Se utilizó la entrevista a profundidad porque es una herramienta que permitió al investigador acceder a información de mayor contenido con cada una de las participantes la investigación y así identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones en relación a la primigestación.

La investigadora permaneció en activa escucha e interés a través del contacto visual con la participante. Siempre dio a conocer primero el propósito de la entrevista y hacia dónde iba dirigida, no exigió a las participantes desplazamientos para la realización de las entrevistas, ella se desplazó donde las participantes eligieron dar las entrevistas y fue a sus casas, trabajo y en el centro de salud en tres ocasiones solamente.

Para organizar la información se realizó la siguiente nemotecnia: a cada participante y a cada entrevista se le asignó un número.

P: participante, E: Entrevista. Ejemplo P1E1

3.14.3. Inmersión en el campo de investigación

La inmersión al campo se realizó así:

- Se hizo un acercamiento al contexto de las primigestantes mayores de 35 años que participaron en la investigación.
- La captación de las participantes se realizó en los talleres de educación prenatal en la donde se tomaron los datos de contacto de la gestante, previa información sobre la investigación a la que se le invito.
- Se programó la entrevista con la gestante, se explicó nuevamente en qué consistía la investigación, su objetivo, y los criterios de inclusión en ella.
- Se informó a la participante el tiempo promedio y número de entrevistas, se grabaron en audio y fueron transcritas en forma fidedigna en las siguientes 48 horas.
- Se informó también que la publicación de esa información (en forma de resultados de investigación) se realizaría en eventos científicos, revistas científicas indexadas y se socializarían los resultados en la institución educativa (Universidad Nacional de Colombia) y en la IPS Cafam únicamente con fines académicos y científicos; y se respetaron sus derechos a la privacidad, la confidencialidad del manejo de la información y la certeza de que su nombre no aparecería en ningún documento.
- Las participantes podían decidir retirarse voluntariamente en cualquier momento de la investigación, situación que no se presentó con ninguna.
- Se explicó que la investigación no tenía ningún riesgo mayor y que ella tenía derecho a informar si se sentía angustiada o cansada durante la entrevista, para recibir la ayuda pertinente. Durante la recolección de información no se presentó ninguna situación similar.
- Se realizó la lectura y entrega del consentimiento informado, a la primigestante para que lo leyera, decidiera, aceptara y firmara su participación en la investigación. A cada participante se le entrego copia del consentimiento informado firmado con los datos de contacto de las investigadoras (principal y Directora) responsables de la investigación.

4. Marco de análisis y resultados

El análisis de información de la investigación cualitativa es una forma sistemática de recolección- análisis- recolección- análisis hasta alcanzar la saturación. El análisis es la interacción entre la investigadora y la información. Utiliza para su desarrollo un diseño basado en la metodología análisis de contenido convencional, para entender mejor la metodología se exponen a continuación algunos conceptos conocidos:

“El análisis de contenido es una técnica de investigación destinada a formular a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto”⁴⁹

Para esta investigación se tuvo en cuenta la técnica de análisis de contenido convencional, que consiste ordenar la información codificar, categorizar y definir de temas, las categorías de codificación se derivan directamente del texto

4.1 Planificación del análisis de contenido

Establecimiento del corpus: delimitación del número de entrevistas en profundidad a ser trabajadas; se realizaron entre 2 y 3 entrevistas por participante hasta lograr la profundidad en el tema y saturación.

Preparación del material: cada texto es resultado de la transcripción fidedigna de las entrevistas.

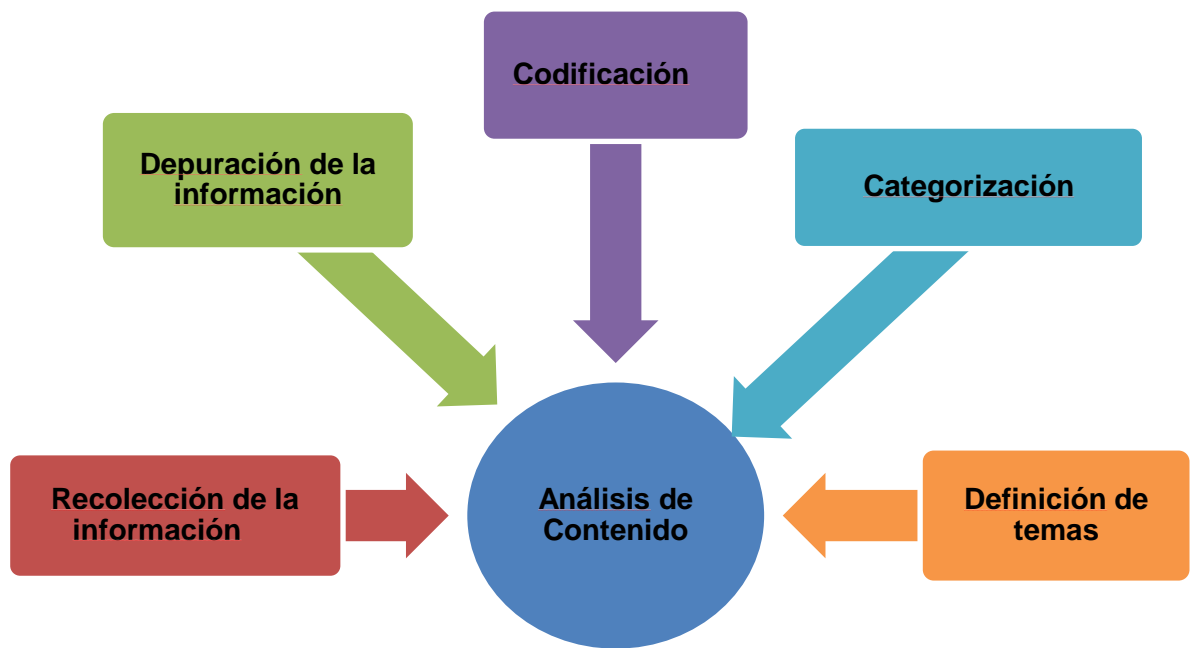
Las etapas de análisis: cada entrevista fue sometida a tratamiento como una totalidad organizada y singular, buscando alineamiento y dinámica del discurso, estilo, elementos atípicos y figuras de retórica; en esta investigación, fueron las expresiones verbales el fundamento de análisis, se llevaron a la transcripción para mantener la objetividad, facilitar

⁴⁹ KRIPPENDORFF Klaus. Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica. Ediciones Paidós. Barcelona. 1990. pg. 28.

su manejo y análisis; por esta razón, el proceso se convierte en análisis de un texto, convirtiéndose este último en objeto de análisis de contenido⁵⁰.

Los códigos y categorías se nombraron con las mismas palabras del discurso de las participantes con el ánimo de mantener la fidelidad al texto analizado y la rigurosidad de la metodología de análisis. Para ilustrar el proceso se muestra un Gráfico de análisis de contenido convencional con cada paso realizado diseñado con base esta metodología⁵¹

Gráfico 6. Proceso análisis de contenido convencional



⁵⁰ NAVARRO Pablo, DÍAZ Capitolina, Análisis de contenido. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias sociales. 1999. Editorial SINTESIS. S.A... Madrid p.178

⁵¹ HSIEH, Hsiu-Fang,. Shannon, Sarah E. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. En: Qualitative Health Research,. November 2005, Vol. 15 No. 9, 1277-1288. [consultado mayo 2012]. Disponible en: DOI: 10.1177/1049732305276687. Disponible: <http://qhr.sagepub.com/content/15/9.toc>

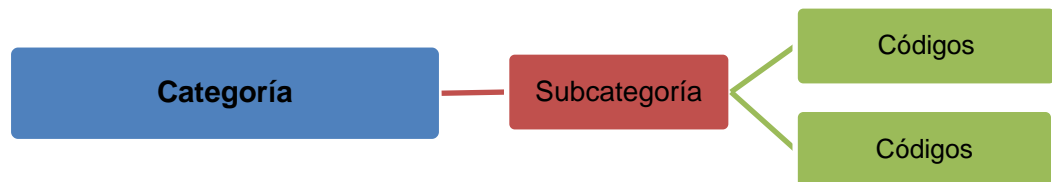
4.2 Análisis de temas y categorías

El proceso de análisis de esta investigación se inició con la saturación de la información recolectada a través de entrevistas a profundidad. Se realizó la codificación, categorización y definición de temas; para este análisis se tuvo en cuenta los siguientes elementos:

- Revisión de las entrevistas a profundidad con un grupo de mujeres primigestantes que cumplieron los criterios de inclusión. Luego de mínimo dos encuentros con cada una.
- Organización de la información en la matriz de codificación para el posterior análisis, allí se tuvo en cuenta revisar minuciosamente cada texto de las entrevistas para encontrar las palabras o frases que permitieron identificar los códigos, este paso de codificación consistió en hallar palabras o frases dentro de los datos que dieron paso a identificar los temas subyacentes para ser analizados, organizar la información y realizar anotaciones de datos importantes que luego fueron empleados en el análisis.
- Luego de codificar pasamos a definir las categorías y las Subcategorías teniendo en cuenta la homogeneidad interna (todos los datos reflejan la categoría) y la homogeneidad externa (muestra la relación entre categorías y Subcategorías)⁵² para lo cual se realizó un diagrama de árbol. Finalmente se escribe un análisis para cada categoría y Subcategoría.
- Búsqueda de literatura científica, congruencia y afinidad con la literatura.
- Análisis de contenido convencional

A continuación se presentan las categorías y los temas como se muestra en la figura.

Figura. 7: Esquema de categoría- subcategoría- códigos definido para esta investigación.



⁵² HSIEH, op. cit. Pág 1277.1288

4.2.1 Tema 1: descubriendo la gestación

La gestación es una etapa única y extraordinaria que merece ser vivida con alegría y bienestar, convertida en un período de cambios activos en el cuerpo y la mente que no siempre es aceptada con total naturalidad; la mujer está transitando por distintas fases, procesos afectivos, puede traer muchos cambios emocionales, físicos y sociales para la madre, su pareja y el resto de la familia.

La mujer, requiere de un proceso de adaptación frente al mismo, pues se modifican en ella su estructura, su proyecto de vida a partir del suceso que se encontrará influido por el entorno en que vive y su historia personal, también porque “se movilizan muchas emociones, estados: alegría, euforia, miedos, confianza, inseguridad, dudas y cansancio”⁵³.

La mayoría de las mujeres disfrutan en buena medida todos estos cambios, la experiencia de gestar y traer un nuevo miembro a la familia, para otras la situación tiene otro matiz y se puede ver alterada con algún trastorno que puede cambiar lo positivo a situaciones verdaderamente difíciles en lo psicológico, físico y social.

Los cambios están determinados por lo que implica el futuro acontecimiento; pero también por importantes modificaciones hormonales que afectan a la mujer en este período, independientes de si la gestación fue o no planificada, ya que siempre es necesario un proceso de adaptación cuando se espera un hijo, tanto en la vida de la mujer como de la pareja.

En este tema encontramos como códigos de análisis los sentimientos de alegría y felicidad que muestran la bella experiencia de la gestación según lo que expresan las primigestantes en esta investigación, así como emociones y pensamientos de miedo y angustia que en forma simultánea las acompañan, pero que hacen parte de la realidad y armonía de ser madres sin importar su diagnóstico de “alto riesgo”

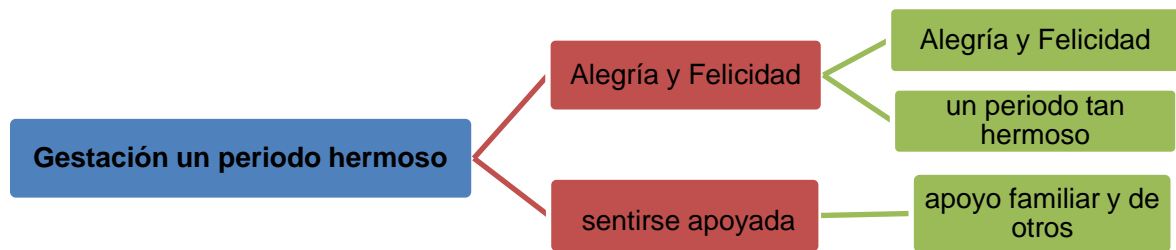
Está compuesto por las siguientes categorías y sus respectivos códigos que las sustentan así:

⁵³ GÓMEZ, M, ALDANA, E, Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. En: Journal: Psicología y Salud Volumen: 17.Veracruz. 2007 page: 53. ISSN 1405-1109

4.2.1.1 Categoría: Gestación un período hermoso

Esta categoría tiene dos subcategorías compuestas por tres códigos. Hace referencia a las expresiones de alegría y felicidad de las gestantes sobre su proceso de gestación y al apoyo recibido durante el mismo.

Figura 8. Gestación un periodo hermoso



La gestación produce en la mujer que desea ser madre emociones y sensaciones de alegría constante que ella denomina felicidad. Durante la “espera” aparecen en ella fluctuantes estados de euforia y alegría, por estar gestando una nueva vida, así como preocupación y miedo al no sentirse preparada para llevar adelante el desafío de la maternidad.

4.2.1.1.1 Subcategoría alegría y felicidad

La maternidad representa uno de los eventos más importantes en su vida dado que la sociedad y la cultura le han dado un valor especial. Los sentimientos de alegría y felicidad siempre están presentes en la mujer gestante que ha deseado ser madre, lo que le permite disfrutar cada momento de su gestación, descubriendo en cada una de las etapas: situaciones alegres, agradables y de regocijo que le satisfacen constantemente y le permiten vivirla con tranquilidad. Las participantes de esta investigación refieren sentirse muy contentas por estar en gestación y en completa felicidad por ese deseo cumplido.

“Saber que estaba embarazada fue muy bonito para mí, me dio mucha alegría” (P3E1)

"Feliz, me siento muy feliz es muy hermoso sentir la bebé, que se mueve que patalea, que está pendiente de uno, ya sabe y me reconoce la voz "(P8E1)

“¡Ay no!, eso es una felicidad yo no me imaginé que fuera tan lindo tener hijo, poder levantarse y tener un incentivo, que lo reciban a uno con una sonrisa, eso es algo que no se puede comparar con nada” (PIE2)

Ellas piensan que cuando la gestación no es deseada no se puede sentir igual de hermosa.

“Es la etapa más linda que la mujer puede tener, cuando se desea un hijo, porque pienso que cuando no se desea un hijo no es las mismas emociones, las mismas sensaciones” (PIE2)

Consideran que el desear un hijo y gestarlo es motivo de grandes alegrías que no se ven afectadas por el alto riesgo en el que han sido diagnosticadas en relación con su edad; las confronta con algunos aspectos de su vida como persona, y promueve la generosidad, el amor por el otro y atrae la felicidad y alegría al sentirse fuente de buenos sentimientos. Para ellas la gestación representa una nueva oportunidad de vida y una situación que les abre puertas al mundo.

“Otra etapa más eee...que es muy linda que estoy aprendiendo cosas que no me había dado la oportunidad antes de aprender” (P2E1)

“Me siento muy contenta, una experiencia muy bonita y he aprendido mucho” (P4E1)

“Todo ha sido muy bonito, me ha abierto puertas el bebé muchas cosas, por ejemplo esto, es por algo ¿sí?” (P9E1)

Para el cuidado de enfermería a las gestantes es importante conocer que ellas por el alto riesgo tienen mejor actitud, escucha activa y receptividad a la educación y recomendaciones de cuidado prenatal. Su consciente responsabilidad en este proceso las hace permanecer en alerta continua y a su vez se descubren así mismas en roles que no imaginaron.

“Siento que ha sido un proceso súper mágico, hermoso de aprendizaje, lindísimo, yo no tengo queja de absolutamente nada” (P2E1)

“Creo que uno se lo disfruta más, o sea yo desde que supe que estaba embarazada, yo desde ese día yo creo que ya me estaba comprando las blusas de maternidad” (P3E1)

“Ha sido un proceso absolutamente hermoso para los dos, hemos descubierto cosas súper bonitas” (P2E1)

Aunque se sienten felices por estar en gestación, se ven acompañadas de otros sentimientos como la ansiedad por que llegue ese momento final en el encuentro cara a cara con ese hijo esperado.

“¡Jum! chévere bien, se siente bien... ¡Uy! yo estoy emocionada ya quiero que salga rapidito el bebé” (P5E1)”

“Ver los ojos de uno, los gestos, la risa todo. Sí, es emocionante, yo estoy contenta” (P5E1)

4.2.1.1.2 Subcategoría sentirse apoyada

Algunos estudios hablan del apoyo a la gestante sobre todo a nivel emocional⁵⁴ y en casos donde se prevé el alto riesgo al bajo peso al nacer o parto prematuro, y concluyen que el apoyo favorece una disminución en la probabilidad de parto por cesárea así como algunas mejoras en los resultados psicosociales inmediatos⁵⁵.

Por el aumento de la susceptibilidad emocional ella manifiesta una mayor necesidad de atención y apoyo de los miembros de la familia, de amigos y de profesionales de la salud; la pareja, ocupa un lugar fundamental en el bienestar emocional de la madre. Las gestantes refieren que se requiere del apoyo de la familia porque eso las motiva les da fuerzas para llevar bien la gestación y enfrentarse al desafío de los cuidados y la crianza del hijo que espera.

“Influye muchísimo como el apoyo, porque uno a veces solo trae mucha depresión, como lo voy a hacer o como lo voy a sacar adelante, pero él es un apoyo” (P6E1)

⁵⁴ GIRALDO Montoya, Dora I. en los últimos días del embarazo uno ya no es la misma persona; Vivencias de la gestante en el parto. Tesis para optar el título de Magíster en enfermería con énfasis en cuidado materno perinatal. Universidad Nacional de Colombia. 2006

⁵⁵ HODNETT ED, FREDERICKS S. Apoyo durante el embarazo a mujeres con mayor riesgo de recién nacidos de bajo peso al nacer (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

“ellos han estado tranquilos tanto yo como mis familiares hemos estado al tanto, de todos los requisitos pero el apoyo familiar es lo mejor que uno puede tener” (PIE2)

El proceso de gestación es un periodo particular en la mujer debido a cambios anatómicos, fisiológicos, en la relación de pareja, con la familia y en general en su cotidianidad. Su vida como mujer y en pareja no volverá a ser igual después de haber tenido un hijo y hacerse cargo de las responsabilidades que ello significa⁵⁶.

Un estudio realizado en Medellín denominado: *El mundo afectivo de la adolescente embarazada*⁵⁷, muestra como en las gestantes adolescentes, independiente de las circunstancias que rodean su gestación, para soportar el sufrimiento siempre encontraron una fuente de apoyo en sí misma y en su hijo por nacer donde este último se convierte en el más fuerte y legítimo a la hora de necesitar ayuda, compañía, y tranquilidad.

A diferencia de la situación de una gestante adolescente este grupo de mujeres deseó tener su hijo y planeada o no, la situación estaba dada para que ocurriera en cualquier momento. Ese deseo y esa disposición proveen una fuerza interior en ellas que les lleva a contar con su familia, sus parejas, que desde antes les ofertaban el apoyo que necesitaran. Las principales fuentes de apoyo que busca la gestante son esas personas significativas para ella, pareja, madre en la mayoría de los casos; y si cuenta con esa receptividad se sentirá satisfecha.

“puedo contar con las personas más importantes que es mi mamá y mi abuela” (P8E1)

“El todos los días se levanta a hacerme desayuno ¡ehhh! obviamente el está pendiente me llama, ya llegaste que cogiste como hiciste, ehh come algo, pilas pica cosas. Osea él está pues ¡súper pendiente!..”. (P2E1)

⁵⁶ DÍAZ, Soledad. El periodo postparto. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. [consultado mayo 2012] Disponible en: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod04/POST-PARTO.pdf>

⁵⁷ LUGO Agudelo Nelvia Victoria. El mundo afectivo de la adolescente embarazada Artículo basado en el trabajo de investigación presentado para optar el título de Magister en salud pública con énfasis en salud mental, en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Colombia: Investigación y educación en Enfermería, 20 (1), Marzo 2002, pp. 10 – 22

Las gestantes dicen que les emociona mucho pensar en el bebé, imaginárselo, recrear en su mente, su color de ojos, el cabello, eso les hace sentirse apoyadas en todo momento, advertir los movimientos fetales es ya una señal de esa presencia efectiva de otra persona en su vida en forma permanente.

“Estando con la bebé... no, que las dos estamos ahí y que las dos nos vamos a apoyar yo siento que ella cada vez que yo me pongo a pensar, mi amor pero ...o sea ella siente cuando me deprimó, cuando me dan ganas de llorar, cuando.... Todas esas emociones yo siento que ella de alguna forma, “¡Espérate! Estoy aquí, estoy contigo, no estás sola”
(P8E1)

“ver los ojos de uno, los gestos la risa todo, si es emocionante, yo estoy contenta” (P5E1)

Es importante referenciar, que el apoyo de ese hijo por nacer también lo viven las gestantes que se encuentran cursando su proceso con tranquilidad y que cuentan con el apoyo familiar y de otros, en la parte material también se evidencia esa importancia del apoyo familiar.

“Ya por ejemplo ya no me deja a mi lavar la loza, no me deja cocinar no me deja acercarme pues a la cocina pa’ ciertas cosas. Y él lo hace no solo por mi sino también por el bebé” (P2E2)

Y más allá de evitar realizar ciertas acciones cotidianas en el hogar o del trabajo ellas refieren que prefieren sentirse cuidadas que apoyadas, entendiendo que el recibir apoyo es como una descarga de responsabilidad única en ella por su gestación y su hijo.

“Más allá de esa parte material es el cuidado de la gente, es la protección, es el estar súper pendientes, no sé. La llamada, la visita, ehh la sobada de la pancita” (P2E2)

El ser humano necesita ser cuidado en todas sus dimensiones. La dimensión espiritual, representa la más delicada y trascendente de la persona; esta se hace más evidente con frecuencia durante una crisis o enfermedad.

Nightingale dice: “la espiritualidad es intrínseca a la persona humana y es el recurso más profundo y potente de sanación que tiene la persona, cada ser humano es capaz de desarrollar en forma gradual su espiritualidad”⁵⁸.

En este sentido es importante para el cuidado enfermero entender ¿cómo influye la creencia religiosa en la persona cuidada? Algunas gestantes expresan que su principal apoyo en ese momento es Dios y en él depositan toda su confianza para seguir bien. La apertura y entrega en el plano espiritual de algún modo conduce a la, disposición, aceptación y agradecimiento por la gestación.

“Me llena de fortaleza y me mantiene y me sostiene y frente a la gestación entender que es un propósito eterno y que Dios me dio a mí como un instrumento para traer un ser humano, mi apoyo y mi fuerza van a ser el” (P9E1).

“Cuando yo vi ese positivo ahí, yo sentí una energía una fuerza positiva muy bonita, la presencia de él como diciendo, “no estás sola, yo estoy contigo” (P9E1).

Para el profesional de enfermería es importante conocer estas necesidades expresadas de las gestantes a fin de brindar un cuidado prenatal congruente y en contexto. La mujer gestante vista de manera integral demanda de ese acompañamiento y apoyo emocional, social, y en muchas ocasiones somos su principal punto de partida en la búsqueda de ayuda. La enfermera representa para ellas alguien de confianza y conocimiento que le puede atender con más familiaridad y porque no decirlo amistad.

Como afirma Poletti⁵⁹, “la presencia es un aspecto fundamental en las relaciones, supone el respeto a la persona que tienes frente a ti como sujeto receptor de cuidados, no como objeto de atención. Reconocer el valor del otro como ser humano, así, desde el plano espiritual el apoyo se fundamenta en ayudar a encontrar aquello que da sentido armonía, comunión con los demás, trascendencia, Amor incondicional y belleza”. Desde esta perspectiva la gestante requiere apoyo emocional y es con la experiencia y sensibilidad

⁵⁸ MACRAE, Janet. Nightingale’s spiritual philosophy and its significance for modern nursing. En: Journal of Nursing Scholarship. Marzo de 1995 Volumen 27. p 8-10.

⁵⁹ POLETTI, Rosette. *acto de Clausura de la de la V edición del postgrado Intervenciones autónomas de enfermería para un desarrollo personal y profesional: Terapias Naturales de la EUE Santa Madrona de la Fundación “la Caixa” (UB)*. (15 junio de 2009: New York) Conferencia Ética y Espiritualidad en Relación con las Intervenciones Autónomas de las Enfermeras y los Enfermeros. New York.2009

cuidadora del profesional de enfermería ¿cómo podemos contribuir a minimizar riesgos y proveer bienestar a la familia gestante?

La guía espiritual mantiene la esperanza y la tranquilidad de la madre durante el proceso gestacional, se convierte en fuente de fortaleza y acomodo a la nueva realidad que está generando algún temor.

4.2.1.2 Categoría Miedos

Esta categoría está compuesta por cuatro subcategorías. Hace referencia a las expresiones de miedo de las gestantes sobre su proceso de gestación, el parto y la maternidad, las preocupaciones que se derivan de la responsabilidad adquirida y lo desconocido del rol materno una vez ocurra e nacimiento de su hijo. Es una de las categorías que nota como se afecta la mujer en gestación cuando se diagnostica en alto riesgo.

Según el diccionario de la Real Academia Española (DRAE) el miedo es la perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario. El vocablo procede del latín *metus*, que tiene significado análogo⁶⁰. Es una emoción primaria que se deriva de la prevención natural al riesgo o la amenaza, y se manifiesta tanto en los animales como en el ser humano⁶¹

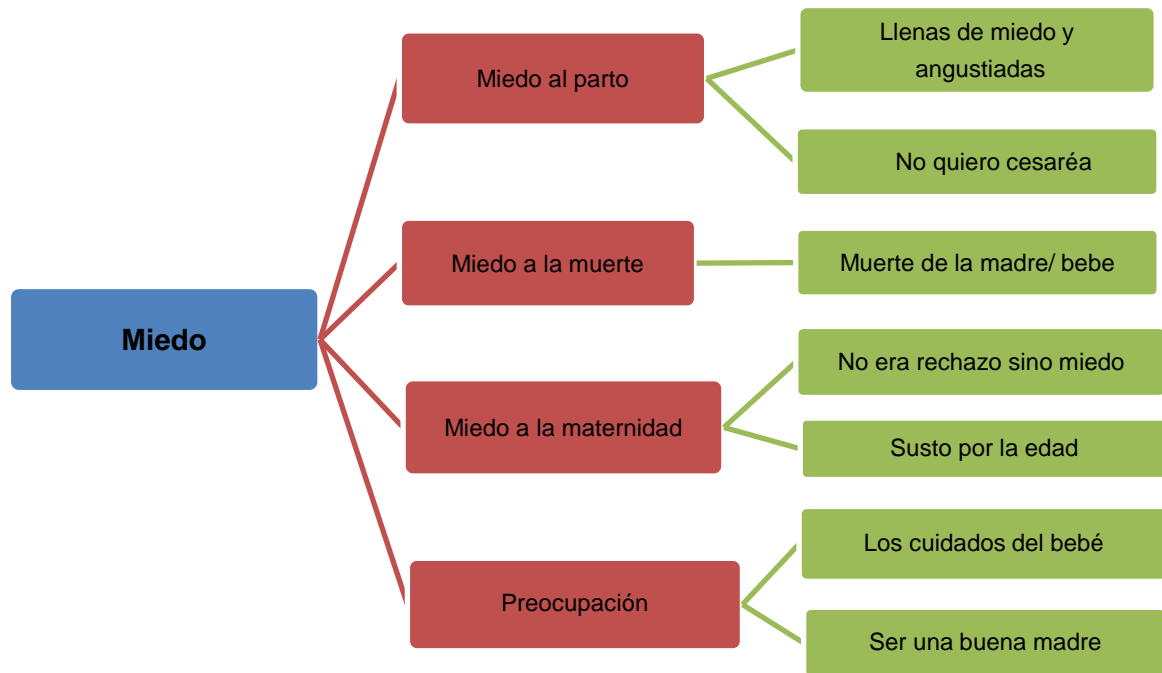
Desde el punto de vista biológico, el miedo es un esquema adaptativo, y constituye un mecanismo de supervivencia surgido para permitir al individuo responder ante situaciones adversas con rapidez y eficacia⁶². En ese sentido, es normal y beneficioso para la gestante y su hijo por nacer.

⁶⁰ Diccionario de la Lengua Española - Vigésima segunda edición.2001

⁶¹TAJER C. El corazón enfermo. Cap. 3. Biología de las emociones, disponible en: <http://www.gedic.com.ar/publicaciones/El-Corazon-Enfermo-Biologia-de-las-emociones.pdf>.

⁶²MOANA, Marion. El miedo y sus fundamentos. [consultado marzo 2012] Disponible en: <http://psicologia.ufm.edu/wp-content/uploads/EnsayoMoanaHolla.pdf>

Figura 9. Categoría Miedo



Desde el punto de vista psicológico, social y cultural, el miedo puede formar parte del carácter de la persona o de la organización social. Se puede por tanto aprender a temer objetos o contextos, y también se puede aprender a no temerlos, se relaciona de manera compleja con otros sentimientos (miedo al miedo, miedo al amor, miedo a la muerte entre otros) y guarda estrecha relación con los distintos elementos de la cultura. En este contexto específico de la mujer en gestación el miedo o los miedos esta influidos por factores de su entorno.

4.2.1.2.1 Subcategoría miedo al parto

“La ciencia ha demostrado que la seguridad del parto normal no depende del uso de tecnologías sofisticadas que someten a la mujer, inhiben el parto y sustituyen su fisiología,

sino del respeto de las condiciones que favorecen su progreso espontáneo: intimidad, libertad de movimientos y de expresión, seguridad emocional y, sobre todo, respeto”⁶³

La mujer en gestación experimenta miedo a varias cosas y situaciones normalmente desconocidas o con experiencias previas negativas. Para la primigestante nada es más desconocido que el momento del parto y si esta diagnosticada en gestación de alto riesgo este miedo se acrecienta por toda la información que lleva consigo, dado que esta no siempre viene de fuentes óptimas ni de forma apropiada para ellas. El primer miedo expresado es al desenlace final de la gestación “el parto”

”Estamos un poco llenas de miedo porque no sabemos, más si somos primerizas, que nos va a pasar, como nos van a tratar” (P1E1)

“A veces digo Dios mío, que todo esté bien, que el momento del parto sea un... o sea siempre piensa uno es en el parto ¿no?, que es como el momento clave de todo” (P7E2)

Para la mujer gestante el parto es sinónimo de alegría pero también de mucho dolor, un miedo aprendido por otras experiencias dolorosas o por que otras personas lo han influido al referirse a las contracciones uterinas y/o al dolor de la cesárea.

“Hay noches en que yo me acuesto a dormir y ¡jum!...pero cuando me despierto dos o tres de la mañana y ¡Dios mío!... ¿qué voy a hacer? Siempre le he tenido miedo al dolor, siempre” (P9E1)

La ansiedad es un elemento que nos acompaña a través de nuestra vida, especialmente en aquellos momentos y etapas de mayor relevancia⁶⁴. Esta emoción incide de manera importante en el comportamiento humano y afecta el funcionamiento de nuestro organismo, dependiendo del grado de intensidad en que se manifiesta. Para la madre es importante tener la certeza de contar con atención médica adecuada, eso le da tranquilidad y ayuda en la respuesta a la demanda física y psicológica del proceso de trabajo de parto y el parto, tanto como en el resultado de ese desafío.

⁶³ FERNÁNDEZ, Isabel. La revolución del nacimiento: Partos respetados, nacimientos más seguros. Ediciones Verticales. Barcelona.2008

⁶⁴RESTREPO, María. La ansiedad durante el embarazo y el parto. Trabajo de grado para optar al título de Psicóloga. Fundación HETAH - Tecnología con sentido humano. Medellín.2006.[consultado mayo 15 2012].Disponible en: <http://www.hetah.net/old/modules/smartsection/item.php?itemid=2432>

“Que por lo menos...este bien, que pueda estar bien atendida, que en el momento que ella nazca...” (P8E1)

Aquí radica la importancia de realizar un acompañamiento efectivo de enfermería a la gestante en trabajo de parto, dado que sus temores se incrementan en la inminencia del parto su dolor será proporcional al grado de temor que trae consigo. Para la mayoría de gestantes el deseo es terminar en un parto natural pues consideran la cesárea como una confirmación del riesgo que les han enseñado durante la atención prenatal.

“Quiero que sea parto natural. Uno porque es así mejor y no sé, como yo tengo treinta y cinco años... ya uno no está sano, ya uno de mujer siente eso... ¿ya?”(P5E2).

Entonces estas primigestantes empiezan a experimentar miedo a ese momento del parto que transcurre entre pensar en ¿qué será mejor un parto vaginal o cesárea? Entran en la disyuntiva de elegir un modo de parto para minimizar ese dolor al que temen desde que descubren que están en gestación, independiente de los diagnósticos médicos y las indicaciones recibidas.

“Entonces yo decidí que yo me iba a cuidar y que iba a hacer mi proceso normal hasta donde Dios diga ya, bueno, debe prepararse para una cirugía, pues yo lo asumo, pero quiero tener la preparación que debo tener antes de pensar en una cesárea”(P7E2)

4.2.1.2.2 Subcategoría miedo a la muerte

El temor a morir es natural en todos los seres humanos, tiene mucha relación con el miedo al cambio, pues desde una perspectiva muy trascendental la muerte es el máximo cambio que nos puede ocurrir; bien sea como una *liberación* según diversas religiones, cuando afirman que la muerte es una transformación para llegar al paraíso eterno. La mayoría de las gestaciones transcurren con normalidad el riesgo de pérdida es menor a 20%. En Colombia la probabilidad de morir por una causa materna durante la vida reproductiva de una mujer es de 1 en 460 mujeres, mientras que en Chile es de 1 en 2000 mujeres, en el mundo se estima que todos los años nacen muertos casi 3.3 millones de niños, 2 millones no llegan a las primeras 24 horas y más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida, en total las muertes perinatales se estiman en 6.9 millones anualmente. En Colombia la tasa para el 2000 fue de 19.6 por mil nacidos vivos, lo que correspondió a 14.767 muertes: 7298 a neonatales precoces y 7469 a mortinatos; para el 2002 la tasa fue de 18.6 por mil nacidos vivos, de las cuales 7448 fueron muertes fetales mayores de 21 semanas y 5575 neonatales precoces. En los caso de muerte materna en

el grupo de menores de 15 todos los c La edad mínima de muerte materna durante el 2011 es de 11 años, la máxima de 48, con una mediana de 28 años y moda de 30 años, de los 427 casos notificados en lo corrido del 2011, el grupo de 20 a 34 años, concentro el 60%, el grupo de menores de 19 años el 17,1%, para las de 40 y más el 11,1 %.casos eran primigestantes, en el grupo de 15 a 19, el 25% tenían el antecedente de 2 a 3 gestaciones, en el grupo de 40 y más, el 51% de las mujeres fallecidas era multíparas (> 5 gestaciones).⁶⁵

El miedo a la pérdida temprana es inminente cuando se ha deseado un hijo o el miedo a tener un parto prematuro con desenlace fatal. El sentimiento de amor profundo y lo intenso de las ilusiones que se crean las gestantes por ese hijo anhelado, desencadena en ellas temor a la pérdida temprana o prematura del hijo en gestación, incluso del que aún no ha sido fecundado.

“Tenía miedo...a perderla, porque ya estaba ilusionada” (P8E2)

“Me da susto que no pueda ser mamá ya porque de pronto lo intente y ¿qué tal que ya no se logre?” (P2E1)

Las gestantes refieren que ese miedo es aprendido porque siempre pensaron que a medida que pasaba el tiempo su fertilidad disminuía y no era fácil concebir y de lograrlo se corría el riesgo de perderlo.

“Me da susto que yo ya no lo logre por la edad” (P2E1)

“Las amenazas de aborto tampoco iban ligadas a que mi cuerpo estuviera mal o tuviera, o no tuviera defensas o algo”(P3E1)

Los sentimientos ambivalentes que acompañan a la mujer durante su gestación la llevan a sentir, imaginar y aprender un miedo a la muerte, paradójicamente acompañado de mucha alegría por ser fuente transformadora de vida.

“Pero sé que el día del parto va a llegar y eso me genera cierta tensión. Es el temor a la muerte, y es real” (P9E1)

“Pero entonces las muertes en un parto; yo digo señor ¿Si me toca a mí? ¿Qué va a ser de mi chinito? ¿Sí? No y con todo este proceso tan bonito y como para que Dios me lleve, pues feo” (P9E1)

⁶⁵ INSTITUTO Nacional de Salud. Informe del evento mortalidad materna. 2011.Disponible en : <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/investigacion/Publicaciones%20subdireccin%20Vigilancia/Muerte%20materna%202011.pdf>

La alegría de ser madre le llena de motivación al autocuidado y a esperar siempre lo mejor día a día, y aunque cuentan con apoyo en todos los aspectos su miedo a morir puede ser recurrente, al punto de convertirse en algo patológico.

Desear y tener un hijo es “un proyecto de vida no un antojo” .Las primigestantes de esta investigación son conscientes de la magnitud de la situación y cuentan que han tenido pensamientos de fatalidad sobre el momento del parto, más cuando temen al dolor de todo tipo y causa; es la miscelánea de ansiedad, temor, pensamientos de fatalidad, esperanza y estrés que se convierte en un círculo vicioso.

“Yo sé que la muerte en un parto puede ser, por eso quisiera cesárea para evitar ¿Si me entiende?”(P9E1)

También aparecen los temores infundados por lo comentarios desalentadores respecto a los posibles daños en el feto, por ser madres después de los 35 años; que según la ciencia médica: biológicamente declina la fertilidad femenina y la calidad de los óvulos, en consecuencia, las patologías perinatales y las posibilidades de malformaciones congénitas incrementan.

“Lo importante es que está bien... y yo sé que va a poder, pero tengo nervios de que no pueda llegar” (P8E2)

No se hacen esperar lo temores en relación con las posibles dificultades que trae el hecho de que nazca el hijo con complicaciones de salud, o ver a otras madres con sus hijos enfermos también es para ellas motivo de angustia al imaginarse en una situación similar.

“He visto cuando uno viene a la EPS esos cambios, de que traen a sus bebés muy enfermos, nacen enfermos o que de una vez nacen y los tienen que dejar en la clínica”
(P6E1)

4.2.1.2.3 Subcategoría miedo a la maternidad

Restrepo⁶⁶ plantea que ningún embarazo es totalmente aceptado o rechazado, y aunque alguno de los dos sentimientos sea el predominante, el otro siempre se encuentra presente.

Puede decirse que además esta ambivalencia que caracteriza normalmente todas las relaciones interpersonales de nuestra vida, las relaciones humanas son complejas e involucran una mixtura de sentimientos por las otras personas, nunca se siente por alguien solamente amor, o solamente odio. Por otra parte la gestación trae consigo grandes cambios interpersonales e intrapsíquicos que implican pérdidas y ganancias, lo cual justifica la presencia de sentimientos opuestos respecto a esta experiencia.

Otros miedos y temores ya no relacionados con muerte o dolor expresan este grupo de mujeres primigestantes y como se expresa líneas atrás no importa que tanto se deseen o no el hijo que esperan.

Las mujeres postmodernas, definidas por Inés Alberdi et. al. (2000)⁶⁷ Como aquellas mujeres que asumen más directamente la orientación de su propia vida y que constituyen un colectivo de vanguardia en términos de estilos de vida y de preparación cultural, son las que están contribuyendo de manera más directa a la transformación del sentido de la maternidad y a la aparición de formas de maternidad menos convencionales (tener hijos a una edad más avanzada, al margen de la estabilidad de la pareja, maternidades menos intensivas...).

En nuestro contexto de investigación encontramos que todos los cambios que tiene la sociedad actual han llevado a la mujer a no pensar en la maternidad como una tarea pendiente, sino como una opción que puede esperar sin que ello afecte su vida individual y colectiva. El sentido fundamental de las parejas ya no es la procreación, sino la relación afectiva entre dos adultos en situación de plena igualdad que voluntariamente, se plantean un proyecto de vida en común.

Cuando aparece en sus vidas la opción de la maternidad aparece también el temor, el miedo al cambio, y surgen interrogantes tales como ¿Seré una buena madre? ¿Será que si lo logro? ¿Y el trabajo? ¿Y los viajes? Un sin número de inquietudes que van

⁶⁶ RESTREPO, María. La ansiedad durante el embarazo y el parto. Trabajo de grado para optar al título de Psicóloga. Fundación HETAH - Tecnología con sentido humano. Medellín.2006. Disponible en: <http://www.hetah.net>

⁶⁷ ALBERDI, Inés Citado por Solé, C y Parella, S. Nuevas expresiones de la maternidad. Las madres con carreras profesionales Exitosas. Revista Española de Sociología: 2004.p.67-92

relacionadas más con la pérdida de espacios o libertades acostumbrados que con su propia capacidad para ser madres. El miedo expresado por las gestantes no está relacionado al proceso biológico de la gestación sino a lo que implica ser madre, al rol materno y su efecto en el estilo de vida.

“Yo decía o sea no, yo para dejar de trabajar, para no volver a estudiar, para no poder volver a viajar ni nada de esas cosas, ¡noooo! gracias, o sea para nada no lo quiero”(P2E1)

“Ya sentía que el tema no era rechazo sino miedo” “sentía que internamente que yo no iba a ser capaz de ser mamá” (P2E1)

A muchas de ellas también les da temor el desprenderse de su hijo muy temprano después del parto, porque piensan que está mal o porque sus parejas les reclaman la dedicación completa al cuidado de su hijo o hija.

“Me dice: “en el momento en que quieras trabajar pues trabajas, aunque en este momento no sería bueno por la niña”(P8E2)

Los patrones de maternidad normalmente solo tienen en cuenta el retraso de la edad del primer hijo y la disminución del número de hijos, pero el cambio indica que no solo se pospone sino que su ejercicio no se parece a la maternidad tradicional de dedicación exclusiva a los hijos⁶⁸, hoy la maternidad puede ser vista como un obstáculo al proyecto de vida y al control que la mujer ejerce sobre el mismo.

Partimos de que la maternidad es como una esfera de las relaciones humanas construida socialmente, que teniendo una función biológica como trasfondo, proyecta e involucra un conjunto de asignaciones imaginarias que afectan las vivencias individuales y colectivas⁶⁹. Algunas mujeres gestante en esta investigación piensan que su edad es un factor importante para decidir la maternidad dados los patrones sociales y culturales que han forjado su personalidad, costumbres, incluso su deseo instintivo de ser madre.

⁶⁸ ALBERDI, Inés Citado por Solé, C y Parella, S. *Nuevas expresiones de la maternidad. Las madres con carreras profesionales Exitosas*. EN: Revista Española de Sociología: 2004.p.67-92. en: <http://www.fes-eb.org/publicaciones/res/archivos/res04/03.pdf>

⁶⁹ MOJZUK, Marta. Entre el maternalismo y la construcción socio-política de la maternidad. Disponible: http://www.emede.net/textos/martamojzuk/maternalismo-maternidad_dea.pdf

“Me preocupa porque a los treinta y cinco era para que tuviera como dos niños ya. Eso me preocupa de que ¿por qué no tuve los hijos antes?”(P5E1).

Otras al dimensionar la maternidad dentro de ese entorno cultural y social que les rodea, la responsabilidad que comprende tener hijos se asustan y se motivan al mismo tiempo.

“Yo soy muy miedosa yo le temo a los compromisos, o sea...serios o sea porque voy a ser mamá, no me voy a quedar sola y porque es algo natural en una mujer, creo yo”. (P4E2)

Por otro lado los constructos sociales sobre la maternidad no obedecen a lo que en la práctica se encuentra, tampoco les favorece en esa proyección, pues las madres hoy salen de sus hogares temprano en las mañanas dejando organizado un día de escuela, trabajo, vida en pareja y actividades sociales; cotidianidad que se verá modificada sustancialmente con la llega de un hijo, el miedo al cambio y sumar una tarea más a la lista diaria es lo que las frena.

"Porque hoy en día la sociedad está atrayendo mucho a la mujer a tener una parte ejecutiva, a ocupar altos cargos y un bebé sería un obstáculo, o sea dañaría totalmente"(P6E1)

“¿Qué será de mi vida laboral? ¿Será que yo puedo trabajar? Ese era de pronto mi susto, pensar, ¿Qué pasara cuándo yo tenga mi hijo? ¿Sí? ¿Será que yo puedo alcanzar a hacer esto? ¿Será que yo puedo hacer esto o aquello? Eso también fue lo que a mí me freno” (P1E3)

"Era yo la que me ponía las trabas bueno el miedo, pero ya después dije: no ya, ¿Qué pasa con su herencia? y no... fue algo muy bonito ya como que dije:-ya es la hora- y se dieron las cosas"(P6E1)

4.2.1.2.4 Subcategoría preocupación

Esta subcategoría está compuesta por cuatro códigos que la identifican. Hace referencia a las principales preocupaciones de las gestantes sobre su proceso de gestación el cuidado del hijo y la capacidad para ser madres.

Vivir la maternidad sin una pareja también es una preocupación que tienen las mujeres, consideran que un hijo debe tener para su vida dos pilares fundamentales que cuiden su crecimiento y desarrollo integral, representados en una madre y un padre unidos.

También porque consideran el aspecto económico como un factor vital al asumir esa responsabilidad de grandes proporciones, y entre dos es más fácil encontrar ese equilibrio.

“Lo del papá eso y el bienestar o sea económico o la plata ¿Para qué? Pues los pañales, la leche todo. Eso es lo que me preocupa en este momento” (P8E1)

“Sí, siempre se pone uno como a pensar a veces como preocupado, de ojala nunca le falte nada de ¿Qué ponerse uno a hacer para ayudar? para que no falten las cosas” (P4E1)

Desde todo punto de vista para ellas la maternidad se debe vivir en simultaneo con la paternidad de una pareja comprometida con esa tarea, que les facilite la adaptación a esa nueva realidad que como refiere Mercer⁷⁰ describe la adopción de rol con varios estadios: el anticipatorio, formal, informal y personal y en los que influyen diversos factores como la edad, la experiencia del parto, la separación infantil precoz, autoestima, flexibilidad, esfuerzo del rol, ansiedad y vinculación, relación de pareja entre otros. Así el rol materno y paterno no se aprende en poco tiempo y menos si no se cuenta con el apoyo efectivo de la pareja.

“Uno dice ¡ay es que yo puedo sacar un hijo adelante! Pero eso son mentiras, porque uno por ejemplo eso con lo que ellos pasan no alcanza ni siquiera pa' comprarles una muda de ropa. Siempre les hace falta. Uno dice que uno puede uno solo, pero es difícil. (P4E1)

En esa tarea de aprender a ser madres y padres a ellas les preocupa el cuidado de su hijo una vez nazca, se sienten directas responsables de ese cuidado y se muestran ansiosas por enfrentar ese cambio constante y vertiginoso, que como dice Mondragón⁷¹ al parecer no tiene lugar en una práctica controlada.

⁷⁰ ALLIGOOD, Martha Raile, MARRINER Tomey, Ana. Modelos y teorías de enfermería. Séptima edición. Ed. Elsevier. España. 2011

⁷¹ MONDRAGÓN, Gabriela. *Madres en sol-edad. La propuesta brindar diferentes enfoques iniciando por un estudio que brinda perspectivas nuevas, para poder tener más objetividad a la hora de abordar la nueva forma de ser madre en soledad. Esta experiencia puede convertirse en la oportunidad para arraigar una autoestima real, un amor por lo que es, como es y una trascendencia como la de la comprensión total del evento espectacular de haber coincidido con un hijo o una hija en tan particular situación.*

“¿Quién me lo va a cuidar y dónde lo voy a dejar? ¿Quién lo cuidaría mejor que yo? Entonces a mí me da como ese vacío, ese temor, porque no tengo, no tengo...o sea no veo” (P9E1)

“A mí me preocupa con quien lo voy a dejar o ¿qué voy a hacer después de que nazca?”(P4E2)

La primera búsqueda para cuidar el hijo o hija es la ayuda de sus madres, porque dicen les garantiza seguridad y confianza, más que contar incluso con el padre del hijo para ese reto inminente.

“Me da miedo porque no tengo a mi mamá, no estoy acompañada, esta él solamente que si estuviera mi mamá eran las cosas diferentes, ese punto me da miedo” (P5E1).

“yo sola yo no me imagino ese rol de mamá, aunque después que tenga el bebé si. Pero claro si tuviera el apoyo de mi mamá, porque sola no eso es muy duro” (P5E2).

Algunas mujeres se inquietan por cambiar o suprimir otros roles que se venían ejecutando antes y durante la gestación para dedicarse fundamentalmente al cuidado de su hijo.

“¿Qué voy a hacer? ¿Si me salgo de trabajar para cuidar al chino? (P9E1)

“Ya habría que conseguir de pronto un nuevo empleo o independizarse, un empleo de 8 horas, o independizarse para poder uno cuidar su bebé, porque así estaría uno muy tranquilo de dejarlo con tanta cosa que pasa”. (P4E2)

En realidad no deberíamos preocuparnos por encajar en algún modelo o patrón solo entender que la maternidad transforma y da felicidad como lo refiere “yo estaba en las nubes! en las nubes, en las nubes, yo no sabía...¡nada! ni para ¿dónde coger? ni ¡nada!. yo no aterrizaba, ¡no me la creía, exacto! yo no aterrizaba” Alegrías y miedos conjugados se descubren en la magia de la gestación y se teme a lo desconocido naturalmente, se teme al dolor y a la muerte, pero sobre todo, a lo que ya advierten les hará una persona más feliz que diferente.

Este tema muestra que siendo la gestación una experiencia de muchas y que nos atañe a todos; solo a partir de la vivencia cada mujer y cada familia gestante entiende y comprende las particularidades que conlleva tener su fisiología y sicología influida por un sube y baja de hormonas durante cuarenta semanas aproximadamente, descubriendo alegrías, miedos y preocupaciones bajo el efecto de un coctel de sentimientos que embriaga la vida y que la cambiara en adelante y para siempre.

La gestación implica para estas mujeres gestantes una situación de alegría y regocijo consigo mismas y con la vida, un desafío mayor dentro de su cotidianidad y un riesgo latente de pérdida o muerte para ella o su hijo por nacer. También en una necesidad de apoyo de la familia principalmente de la madre, esta no era común en sus vidas pues son mujeres independientes y autónomas como ellas mismas refieren.

4.2.2 Tema 2: la edad materna en la primigestación

Siempre se habla de la edad materna como un factor condicionante de bienestar o de complicación durante la gestación, los discursos van en todos los sentidos tanto positivos como negativos, y vienen de diversas fuentes profesionales, medios de comunicación y en general de la población.

Desde el punto de vista ginecoobstétrico la edad materna avanzada está determinada a partir de los 35 años⁷² y constituye un factor de riesgo para complicaciones materno-perinatales tales como trastornos hipertensivos gestacionales, diabetes gestacional, restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, nacimiento por cesárea, puntuación baja de Ápgar, muerte perinatal y peso bajo al nacer entre otros.

“Se define factor de riesgo como todas aquellas características o circunstancias detectables en un individuo o grupo, asociadas con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud”⁷³

⁷² TIPIANI, Oswaldo. ¿Es la edad materna avanzada un factor de riesgo independiente para complicaciones materno-perinatales? En: Rev. Per Ginecología y obstetricia 2006. vol52, n.3. p.89-99 [consultado abril 2010]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n3/pdf/a09v52n3.pdf

⁷³ VIDAL Aguilera, MONY DE LOURDES Struck, FERNÁNDEZ Adelaida, FRANCISCO Yohanna, VENANCIO Simosa. Sobre los factores de riesgo en la relación materno-fetal: ¿una nueva definición o clasificación? En: Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura [en línea] Julio-Diciembre.2009, Volumen XV. Disponible:<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=36412216015>> ISSN 1315-3617

Un estudio realizado con mujeres chilenas de más de 40 años señala que la edad materna avanzada se asocia a un riesgo mayor de muerte materna, fetal tardía, neonatal e infantil y de bajo peso al nacer, y refiere que aunque las tasas de mortalidad materna perinatal e infantil han descendido es importante realizar vigilancia epidemiológica en este grupo etéreo⁷⁴.

En este panorama pareciera que ser madre después de los treinta y cinco años condiciona a la gestante y su hijo por nacer a tener alguna complicación antes, durante o después del proceso. Convendría indagar que tanto se puede hacer con medidas preventivas para minimizar estos riesgos. Cabe entonces la pregunta ¿existen realmente medidas para evitar estas situaciones? Empecemos por decir que con las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en nuestro país se intenta cubrir este tipo de necesidades en la población pero no son suficientes, siempre que la cultura de la educación y prevención todavía está en desarrollo embrionario por hacer una analogía y se requiere más consciencia y compromiso de todos: gobierno, instituciones, profesionales y población en general.

Desde la mirada del conocimiento científico y la práctica diaria puede entenderse que la gestación es un proceso natural afectado por factores biológicos, fisiológicos, psicológicos, sociales entre otros, y no puede considerarse una enfermedad pero tampoco carente de ella, todo lo que determina su desarrollo en conjunto prevé un riesgo latente para la salud de la madre y su hijo, puede pensarse entonces que ninguna gestación es de bajo riesgo requiere que los profesionales del cuidado permanezcan en contacto estrecho y en congruencia con el cuidado especializado que brinda el personal médico y otros profesionales que también participan atención materna y perinatal.

Respecto a los posibles daños, complicaciones y desenlaces críticos de la gestación después los treinta y cinco años existen muchos comentarios y posiciones de las personas en todos los contextos y culturas, tanto positivas como negativas mucho más estos últimos. Se puede ver que si bien la edad extrema (pre o adolescente y mujeres mayores de 35 años) influye en el proceso, también lo es el ambiente uterino; se ha evidenciado que la estimulación prenatal es uno de los cuidados claves en el desarrollo psicomotor del niño. Según García 2008⁷⁵ "Mientras aún está en su útero el bebé siente,

⁷⁴ DONOSO S, Enrique y VILLARROEL Luis. Edad materna avanzada y riesgo reproductivo. En: *Revista Médica de Chile* [online]. 2003, vol.131, n.1 p. 55-59. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000100008

⁷⁵ GARCÍA, Luz Marina y col. Prácticas sobre estimulación prenatal que realizan las gestantes adultas asistentes al control prenatal en Sincelajo (Colombia).Uninorte. Barranquilla (Col.) 2008; 24, (1): 31-39 [consultado 20 sep. 2012]. Disponible en: http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/24-1/4_Estimualcion_prenatal.pdf

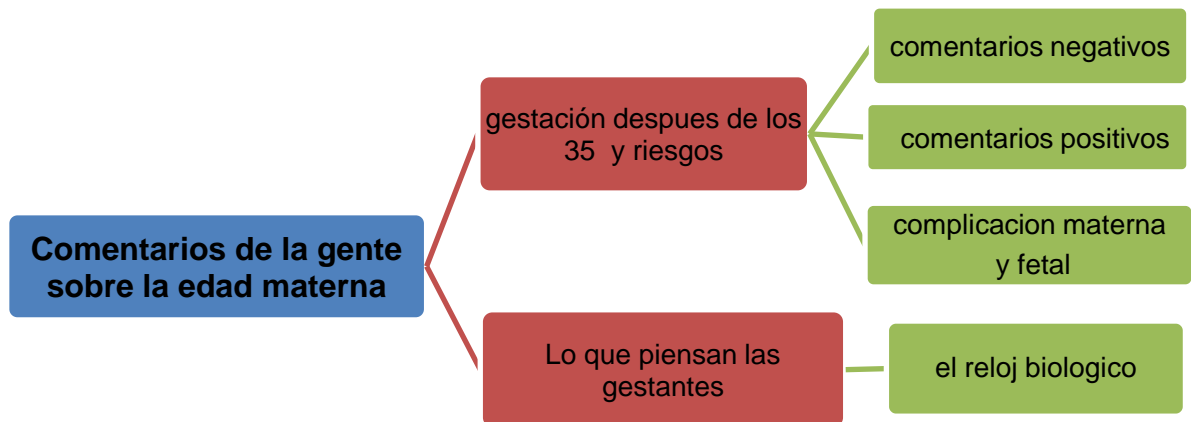
oye, ve, saborea, responde y hasta aprende y recuerda”. Las conexiones neuronales, “necesitan más que aminoácidos y grasas; para funcionar necesitan estímulos psicosensoresiales como luz, sonido, caricias y diálogo, lo cual genera innumerables efectos en el desarrollo y crecimiento del nuevo ser”; visto desde la importancia de la estimulación al bebé en útero que favorece el bienestar materno fetal y familiar, en vínculo afectivo, neurodesarrollo y adopción de rol materno y paterno.

Los cuidados preconcepcionales y prenatales son entonces una estrategia compromiso por los profesionales de la salud en la prevención de complicaciones materno perinatales y llevarlos a convertirse parte del estilo de vida de los hombres y mujeres en edad fértil, que desean ser padres y madres o que están en proceso de gestación.

4.2.2.1 Categoría comentarios de la gente sobre la edad materna

Esta categoría compuesta por dos subcategorías. Hace referencia a las expresiones y comentarios de las personas que están en el entorno de las mujeres participantes ya sean familiares, amigos entre otros, sobre la primera gestación, el parto y la maternidad en las mujeres mayores de 35 años.

Grafico 10. Comentarios de la gente sobre la edad materna



¿Cuántos años tengo?, y ¿cuántos debo tener para ser madre? Es la pregunta que las mujeres se hacen cuando empiezan a pensar en la maternidad, en la sociedad actual diversas razones han llevado a la mujer a postergar la búsqueda de un hijo . Responder este interrogante supone aprieto para la ciencia, la cultura y la sociedad, dado que gestar es un proceso natural que implica no solo una tempestad hormonal sino también un vertiginoso cambio emocional y social que acompañan el proceso reproductivo humano. La gestación supone riesgos desde todo punto de vista pero en la mujeres de edad avanzada estos se incrementan, y es común escuchar muchos comentarios sobre este tema, entonces decidir ser madre por primera vez en cuando se tienen 35 años o más es exponerse a la crítica descalificadora de muchos y a las congratulaciones de otros.

4.2.2.1.1 Subcategoría gestación después de los 35 y riesgos

Constituye un reto para la mujer decidir la gestación en edades avanzadas por la connotación de alto riesgo en la que es categorizada, esto conlleva un impacto fuerte en su bienestar. Las mujeres gestantes refieren que muchas personas hacen comentarios todo el tiempo y eso inquieta e incomoda pues ellas se consideran sanas y capaces de asumir la gestación y la maternidad.

“La gente dice que no, que ya después uno no puede tener hijos”(P4E1)

“A uno le dicen que uno tiene el síndrome de ser añoso, ya pues tiene la... pasa de los treinta y cinco, y demás”(P2E1)

“no es que después de los 35 es tenaz”(P2E1)

“me dijeron que por lo flaca no podía tener hijos, la familia de él me decía que yo no podía tener hijos por la constitución, que yo era flaca” osea tenía mucho complejo entonces eran mucho complejos y más que tantos años sin tratar de quedar embarazada ya a lo último que ya desisti quedar embarazada o sea de un momento a otro”(P8E1)

Tener más o menos años para ser madre puede verse desde una perspectiva menos complicada, la mujer que anhela ser madre lo asume con absoluta responsabilidad y confianza en sí misma y pese a lo que otros digan se enfrenta sin prejuicios a la aventura de ser madre.

“Pero entonces sí, yo pensaba: yo tengo que quitarme todo eso que he escuchado, de parte de mí mismo esposo, lo que dice la gente, como los mitos que hay entorno a que

una mamá después de los treinta y cinco años pueda concebir un hijo, y que los cuidados”
(P7E1)

“a mí una doctora de Cafam me había dicho que no podía tener bebés, y estaba muy
desilusionada” (P8E2)

Otras gestantes manifiestan haber sido objeto de comentarios muy desalentadores y agresivos que ellas cuestionan y reprueban. Nada faculta a otra persona para discurrir sobre otra en forma negativa y menos si se trata de una gestante y su hijo por nacer, es una considerable falta de respeto a la dignidad humana y no favorece el bienestar emocional de la mujer gestante.

“así tengas un hijo no te va a decir mamá si no abuela, Y digo ¡ay! ¿Por qué?, no, porque esperaste mucho”(P5E1)

"Todo el mundo me decía, y mis amigas ¡eh! pero tu estas como atrasada"(P6E1)

“Si porque yo quisiera saber porque hay muchas personas que terminan sufriendo, que quedan con el útero débil, que hacen mucha fuerza, quedan hasta herniadas, yo he escuchado todo eso. No son mitos son realidad, si porque hay personas que también no! - ya no puede quedar embarazada- porque hay que extirpar el útero, que hay que esto que hay que lo otro, son cosas que a uno le preocupan. Porque yo no tengo veinte años, aunque yo quisiera tener quince”.(P5E2)

Estas palabras pueden herir tan profundo que lastiman la autoestima de la mujer gestante y la someten a estados depresivos que fisiológicamente afectaran su gestación, pues está demostrado que la depresión durante la gestación, la ansiedad y el estrés constante pueden desencadenar partos prematuros y bajo peso al nacer⁷⁶.

Hay expresiones tan fuertes como crueles que menoscaban en su intención y en el estado de susceptibilidad emocional de la gestante y puede provocar el más grande daño psicológico, sentimientos de culpabilidad y desasosiego que no se repara con una disculpa o rectificación de lo dicho.

76 HOBEL, C. J, GOLDSTEIN, A. BARRETT, E. Psychosocial stress and pregnancy outcome. En: Clinical Obstetrics and Gynecology: 2008. Págs.333-348. [Consultado abril 2012] Disponible: <http://www.sinab.unal.edu.co:2056/ovftpdfs/fpddnfcfbdeokbi00/fs046/ovft/live/gv023/00003081/00003081-200806000-00017.pdf>

“Mucha gente que te dice: “¡no es que después de los 35 es tenaz!, puedes perder tu hijo, o todos los hijos te salen mongólicos”, todos los bobos son de las señoras ya las más viejitas” (P2E1)

Con ese tipo de agresiones se derriba a una mujer en la ilusión de ser madre, que se siente feliz y está preparada para asumir esa labor en forma consciente y comprometida.

“Inclusive me decían que tenía riesgo de perder a mi bebé por la edad, de que naciera con alguna anomalía” (P1E3)

Estos comentarios no solo provienen de personas que están en el entorno próximo a la mujer gestante sino de profesionales de la salud que llegan al maltrato en este sentido y es desagradable pensar que no hay consideración alguna.

Desde todo punto de vista, los comentarios descalificadores deben evitarse, así como usar rótulos para referirse a la mujer mayor de 35 años en gestación y por el contrario buscar siempre la mejor manera de referirse a ella. Muchos profesionales de la salud en aras de promover el bienestar y prevenir la complicación en grupos de riesgo obstétrico⁷⁷ (mayor probabilidad de alteración materna-perinatal) son insistentes en enseñar signos de alarma en la gestación en aspectos fisiológicos, y no siempre se percatan que el simple hecho de diagnosticar afectaría más que no conocer un signo de alarma. Cabe preguntarse ¿Qué sentirá aquella mujer que acude al control prenatal emocionada por su gestación y se encuentra con un “Gestación de alto riesgo”? Que luego se pregunta ¿Por qué si me siento bien? acto seguido ¿lo confirman los comentarios de pasillo que quisiera ignorar?

“Es que a los treinta y cinco es de riesgo, es que te da preeclampsia, es que ya no tienes los mismos años, es que ya no tienes las mismas fuerzas”(P6E1).

Los profesionales de la salud que atienden la consulta prenatal en todos los niveles de atención deben ser cautelosos y mesurados al expresarse y dar recomendaciones a la gestante independiente si es alto riesgo o no, tomar como parte esencial en la atención los aspectos psicológicos de la madre y abordarlos con el mismo interés que los fisiológicos; esto denota calidad en la atención, respeto y empatía que brinda seguridad a la gestante que requiere esa atención diferenciada por su clasificación de “riesgo

⁷⁷ RIESGO OBSTÉTRICO definido como: *son aquellas gestantes que de acuerdo con la evaluación que se realice de sus factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación tienen mayor riesgo de morbilidad materna y perinatal con respecto a la población general.*

obstétrico”. Para confirmar lo dicho se hace referencia a las Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública No.3 que dice:

“Es preciso brindar educación, orientación, trato amable, prudente y respetuoso, responder a las dudas e informar sobre cada uno de los procedimientos que se realizarán, en un lenguaje sencillo y apropiado que proporcione tranquilidad y seguridad”⁷⁸

Por otro lado están los comentarios que aducen la dificultad de lograr una gestación sin alteración y un hijo sano. Es como si ser madre en edades avanzadas implicara complicarse y enfermar.

“Por la edad ya lo que dice la gente, que yaaa...si, por la edad y de pronto más complicaciones de salud” (P4E1)

“Que las mujeres después de los treinta y cinco años se les complica el embarazo”(P8E1)

La construcción social que existe respecto a la edad para ser madres está forjada desde la cultura, las ocupaciones y roles que vive cada persona, pero el común de la población dice que es importante estar “joven para procrear”, ¿cuál es la edad joven? sería la pregunta por resolver. ¿Será que queremos ser padres jóvenes entre los 20 y los 30 años?, pero también queremos ser profesionales, vivir la vida, conocer personas, madurar física y psicológicamente, lograr un estatus social y económico. ¿Habrà tiempo y disposición para la maternidad y la paternidad entre tanto compromiso por resolver? Bien, vale la pena buscar respuesta a estos interrogantes para no caer en la crítica destructiva cuando alguna persona se sale de estos esquemas de comportamiento social aprendidos.

“Pues es que como dicen que ya después de los 30 años uno ya es muy difícil, entonces ya le da a uno como miedo” (P4E1)

Esta clase de expresiones trillan en el pensamiento de la gestante y su núcleo familiar y prenden alarmas de prevención y miedos que acarrearán situaciones ansiosas que llegan a alterar la dinámica de familia y la armonía de las relaciones internas.

⁷⁸ COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social – MPS. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Guía 3. Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Bogotá, Colombia, Mayo 2007. Disponible online <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiaimps/guias03.pdf>. [Consultado 05 de junio de 2012]

“Entonces no me dejo trabajar porque por la edad, él se pone a pensar no que porque tienes treinta y pico que el bebé, porque no es lo mismo que materna joven que una...”
(P5E1)

Yo con cuarenta años, yo ya para chino y pa' criar y no sé qué! Entonces ya le montan a uno un video de que es difícil” (P9E1)

Los principales riesgos durante la gestación que se evidencian en la literatura científica están expuestos líneas atrás, aquí se retoman los que son objeto de las expresiones manifiestas por las gestantes de esta investigación. Los principales riesgos que exponen son la tendencia a las anomalías congénitas, alteraciones genéticas y aborto, y las complicaciones de la madre por preeclampsia, mal trabajo de parto y parto por cesárea.

“Que yo no podía tener mi hijo naturalmente, que partos eran por Cesárea”(P1E3)

“Cuando a uno le hablan de un alto riesgo eee o uno escucha que el parto no se pueda llevar acabo de una manera normal”(P2E2)

“O sea que llegaba a mitad del embarazo y lo iba a perder... me dio mucho miedo” (P8E2)

El parto por cesárea es un sinónimo de alto riesgo para ella, para otros constituye una opción para la atención al final de la gestación sin mediar ninguna consideración del proceso biológico y ni dar la oportunidad a la naturaleza reproductiva que en su potestad determine el mejor desenlace con su propia fuerza, respeto y humanidad; en este orden de ideas se encontró un estudio realizado por Pfister⁷⁹ analizó para ello en el Hospital Universitario de la ciudad ginebra, 56.549 partos entre 1982 y 2004. Se tomaron en cuenta los embarazos de al menos 34 semanas. En los 22 años del estudio el número de cesáreas se duplicó hasta llegar al 20 por ciento del total, descubrieron que el riesgo de muerte para los niños que nacían por cesárea era mucho mayor. Si se suman las planificadas a las de urgencia, en total la tasa de muerte es de 5,7 por mil, además en estos bebés presentan problemas respiratorios, un 1,8 por ciento más que en los partos naturales y probabilidad de ingresar en la unidad de cuidados intensivos es 1,4 veces mayor.

“Como él doctor me dijo: ¿pero para que va a curso profiláctico? si ya a usted la prepararon y va a ser cesárea-...yo le dije: ¿pero cómo sabe que es cesárea? si yo hasta ahora, estaba entrando apenas al quinto mes, me dijo:- no, por su edad” (P7E1)

79DE LUCA, R. Boulvain, M, IRION, Berner, M, PfiSTER, R. Incidence of Early Neonatal Mortality and Morbidity After Late-Preterm and Term Cesarean Delivery. *Pediatrics* Volume 123, Number 6, June 2009. [Consultado abril 2012]. Disponible en:
<http://pediatrics.aappublications.org/content/123/6/e1064.full.pdf+html>, [consultado 25 ago-2012]

Las gestantes discrepan del punto de vista de los profesionales respecto al modo de parto que ven viable para ellas por sus condiciones de alto riesgo obstétrico y se sienten condenadas por un diagnóstico relacionado con su edad y no sus condiciones de salud presentes.

“Creo que una persona por ser mayor no necesariamente está condenada a una cesárea, ósea una madres gestante no por tener treinta y ocho treinta y nueve años ya está de una vez determinado tener una cesárea”(P2E1)

Retomando el tema de atención prenatal desde la visión de los profesionales de salud preocupados por la morbilidad materna perinatal predisponen a la mujer en edad fértil a pensar en la urgencia de ser madre luego de llegar a los 35 años, sin verla como un ser integral que para ser madre no solo necesita un cuerpo sano sino todo sus dimensiones humanas en armonía, pues traer un hijo a la vida constituye una responsabilidad de grandes dimensiones con la sociedad y la vida misma.

“La primera vez el médico, me pregunto que si tenía hijos y yo le dije que no, entonces él me dijo no es que después de los 35 años es de alto riesgo. (P1E3)

“Igual el doctor me explicaba se considera alto riesgo por la edad”(P3E1)

“a mi si me dijeron varios ginecólogos que cuando uno se cuida con inyecciones es muy difícil quedar en embarazo, y si pos i yo decía dos años...dos años y nada!! Entonces nos hicimos exámenes y yo estaba bien pero el no, era la velocidad de los espermatozoides” (P7E2)

Como refieren las gestantes, otros profesionales por el contrario les hacen comentarios positivos y eso cambia en ellas la apreciación de riesgo por su edad y se tranquilizan sintiendo que aún queda tiempo para programar ese momento en sus vidas. Las participantes de esta investigación refieren que han establecido buenas relaciones con el equipo de salud en el primer nivel de atención pero que sus controles prenatales los realiza medicina especializada.

“He encontrado doctores que me dicen: ¡ah!, Buena edad, es perfecta la edad” (P6 E1)

“Cuando cumplí los treinta y cinco años fui a una consulta médica general, porque yo quería saber los riesgos de un embarazo después de los treinta y cinco, y la doctora me dijo: “pero eso ¡es puro cuento!, eso de que después de los treinta y cinco hay un problema ¡eso, no!, yo acá he tenido pacientes de más de cuarenta, mejor dicho cuando usted esté lista, no se preocupe, no sé qué! entonces ella me dio muchísima tranquilidad. Yo decía entonces ha pues bueno y yo como que me ¡fresquie!”(P7E2)

Desde el punto de vista de los parientes muy cercanos a las participantes la investigación también se encontró un deseo aligerado por su descendencia, al punto que ellas expresan: lo sentían como una presión que no entendían ni creían necesaria.

“Por los comentarios no solo de mi madre sino de muchos compañeros y de familiares, no les fue muy bien, una especie de presión por mi familia porque no quedaba embarazada, que ¿Qué pasaba? ¿Si éramos estériles?” (P1E2)

“¿Por qué no se colocan en algún tratamiento para tener hijos?...así uno de pronto sea fuerte, eso le hacen a uno llenarse muchas veces como de tristeza... lo hacen sentir a uno mal” (P1E3)

La influencia y la presión que estas mujeres describen están dadas en línea materna o femenina pues eran mujeres de sus familias o cercanas a ellas las que les hacían peticiones formales o informales para cumplir con el “requisito” de tener hijos.

“Cuando ella me lo preguntaba (mi mamá) yo lo sentía como una presión claro yo no lo sentía como tan bonita la experiencia vamos a hacerle, no todo lo contrario como una barrera gigante”(P2E2)

Las parejas de estas madres también se veían involucradas y hasta responsables de lo que la familia creía pasaba al interior de las parejas que no tenían hijos por elección o circunstancia cuando les decían frases que ella sentía hirientes.

“Esas palabras que a veces dolían mucho o herían mucho que decía, ah! ¿Tú eres estéril? o a mi esposo le decían ¿tú eres estéril?, o ¿ustedes definitivamente es que no quieren tener hijos? ¿Sí?” (P1E3)

“A veces afectan, si afectan uno si lo piensa, porque, porque uno esta con embarazo y ya que por la edad pero yo le pido a mi Dios que no que no me vaya a pasar nada. Yo tengo fe que todo va a salir bien. Ahh que son envidiosas digo yo”.(P5E2)

4.2.2.1.2 Subcategoría lo que piensan las gestantes

Hablar de riesgos obstétricos es hablar de causas y procesos en la fisiología de la mujer que puedan sugestivamente complicar la vida del binomio madre-hijo y sus familias. Cuando las personas se encuentran en estados de vulnerabilidad surgen sus debilidades y fortalezas para enfrentar la situación por resolver.

Para el caso concreto de la gestación de alto riesgo en relación a la edad materna, la actitud y disposición de estas mujeres será su pasaporte al bienestar suyo y de su hijo por nacer, adoptando comportamientos de autocuidado y vigilancia permanente en su gestación con el objeto de minimizar los supuestos riesgos por estar en rangos de edad materna avanzada. La prevención y la conciencia del autocuidado son percibidas en las gestantes que manifiestan que cumplen las recomendaciones y la pasan bien.

“Tanto yo como mis familiares hemos estado al tanto, de todos los requisitos, de todas las ordenes que me ha dado el médico, y pues he sido como cautelosa y he tratado de esforzarme de cumplir todo lo que ellos me han indicado, pues para que no haya ningún inconveniente de acuerdo a los síntomas o riesgos que se llega a ver en un embarazo de alto riesgo” (P1E3)

Frente a los comentarios contrarios a la agradable experiencia de ser madres “maduras” adoptan conductas de escape para no entorpecer la tranquilidad que con la que están viviendo esa “espera”

“Yo estoy como fuera de la curva, pero eso no indica que yo me sienta ni de alto riesgo, ni con problemas particulares, yo me siento normal para tener un parto absolutamente normal”(P2E1)

“Yo estoy bien, y soy una mamá sana y soy una mamá joven, así tenga la cédula treinta y ocho” (P7E2)

La actitud de la gestante favorece su proceso de gestación, minimiza el riesgo de alteración por estrés y se convierte en una conducta protectora para ella y su hijo por nacer, a parte que mantiene la armonía en la relación familiar.

“El tema de la edad siento que no ha sido para nada una complicación desde la gestación” (P2E1)

“La gente lo asusta a uno: “¡ay!, duerma mucho porque ahorita no va a poder dormir, duerma todo lo que pueda... porque ahorita mijita ¡jum! y empiezan las preocupaciones, y va a ver cómo le cambia la vida y va a ver...” y yo -¡ay! no quiero oír nada!- pues si me toca trasnochar no seré la primera ni la única y ya”(P7E2)

Otras por el contrario antes de gestar tenían claro que su edad era un factor condicionante para tener hijos y se dieron a la búsqueda de medidas preventivas en ese sentido, empezando a sentirse como presionadas por la reavivación del deseo de ser madre.

“Con él en algún momento yo dije: ¡No!, si nos casamos es para ya, tener chinos ya, por mi edad!- jum.... Entonces la presión, entonces yo sin que él supiera yo... vine me hice todos mis exámenes para quedar embarazada” (P9E1)

Entonces es importante reconocer que la atención preconcepcional debe servir de orientación efectiva para estas mujeres y sus parejas, educando en salud y promoviendo así estilos de vida saludable, no solo ordenando exámenes diagnósticos ni suministrando micronutrientes, que son intervenciones muy valiosas pero no tienen la trascendencia que se requiere para lograr el impacto que se busca.

Las participantes de esta investigación manifiestan que la mujer en determinado momento de su vida despierta su deseo por la maternidad; y escucha un tic tac interior que significa cuenta regresiva: es el sonido de su reloj biológico, que le reclama un hijo comienzan a pensar en su fertilidad, entonces se inicia una encrucijada entre el trabajo, la investigación, academia, o tener hijos.

“Es más por el tema biológico del cuerpo que cierta edad pues uno puede que tenga todas las defensas como puede que no”.(P3E1)

“Los últimos años como de treinta y siete, treinta y ocho eso le llaman el reloj biológico, empieza como aclamar... ¡Eee, yo quiero un hijo!”(P9E1)

En ese llamado hay una preocupación manifiesta por el riesgo de enfermarse durante la gestación y es secundaria a la presión externa y la conceptualización que tiene la sociedad de los esquemas en que debe darse la reproducción y la maternidad en sí.

“Sí le entra a uno de pronto el bichito del reloj biológico de ya vas a cumplir o ya cumpliste 38 y dicen que ya después de esa edad es un poquito riesgoso”(P2E1)
“¡Uy! ¡No! Si no se casó a los veinticinco ya paila” va a ser gordita, etcétera, un poco de vainas, de paradigmas que tiene la sociedad, que empiezan a presionar a la gente, a meterlos en unos moldes a uno y ¡claro! Yo con cuarenta años, ¡yo ya para chino y pa’ criar y no sé qué! (P9E1)

“Yo pienso que sí tendría que haber un límite, sería como antes de los cuarenta... antes de los cuarenta” (P7E2)

A pesar de la alarma del reloj biológico y de los preceptos sociales y culturales aprendidos para la reproducción con más o menos riesgos, estas mujeres son conscientes que no solo eso es importante, aunque el tiempo no se detenga y sus probabilidades fértiles

disminuyan no hay una edad ideal prescrita por nadie para elegir gestar el primer hijo, y mencionan que la mujer debe estar preparada para asumir ese reto sin presiones, pero sin llegar a extremos peligrosos.

“Que habrá alguna edad ideal, o algún momento de la vida, ideal para cada persona, pero no creo que haya una edad trazada o un momento marcado...” (P7E2)

“Sí es mucha más responsabilidad, y nooo.. también por la vida tan joven por eso es que yo también espere harto tiempo, y además porque mi mami ya tiene 76 años ya no me puede cuidar el bebe”(P4E2)

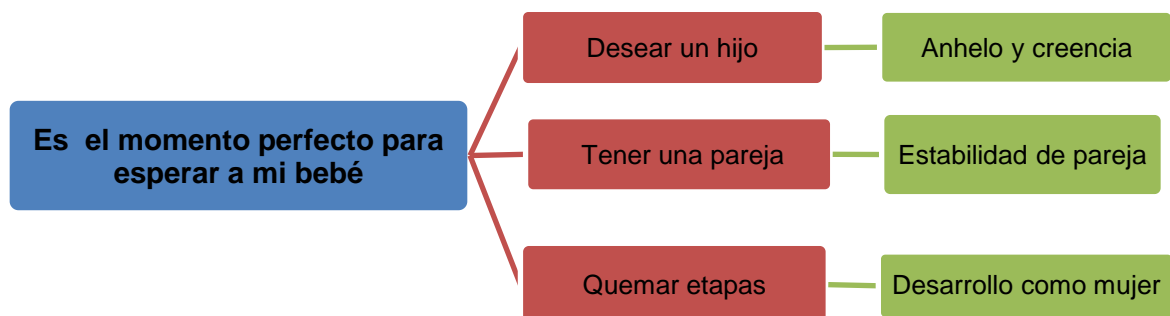
En conclusión al tema se encuentra que aunque haya comentarios descalificadores, ofensivos y hasta violentos con las gestantes en edad avanzada ellas son mujeres comprometidas y entregadas y optan medidas de escape como estrategias de prevención para disminuir la afectación que esta presión del entorno pueda causarles.

También es importante notar que el hecho de diagnosticar a la gestante en alto riesgo sin la debida educación y orientación en cuidados prenatales con enfoque de riesgo es más complejo y peligroso que la misma condición de salud que suscita el rotulo impuesto, entender que requiere atención diferenciada y que la naturaleza es sabia y se le debe respeto. Conviene también desmitificar la edad materna mayor a los 35 años como causal de inherentes problemas materno perinatales en la primigestación.

4.2.2.2 Categoría es el momento perfecto para esperar a mi bebé

Esta categoría compuesta por tres subcategorías, contiene las expresiones de las gestantes respecto al momento de sus vidas en que se encuentran cuando optan por la gestación y la maternidad.

Figura 11. Es el momento perfecto para esperar a mi bebé



“El tiempo para ser madre le llega a cada mujer” dicen las gestantes, pero ¿qué media esa situación? encontramos variados temas sociales y culturales respecto a la maternidad: Existe ese arraigo del papel que corresponde a la mujer en la sociedad que en realidad permanece afianzado en muchos de nosotros, la incorporación de la mujer al mundo laboral globalizado no le ha vedado sus roles acostumbrados de madre y esposa, en la mayoría los mantiene en primer lugar.

En esta perspectiva vemos como la mujer en colombiana como en muchos otros lugares del mundo, es madre sola o acompañada y se enfrenta día a día a todas las tareas que le exige la maternidad: no puede ser solo madre, debe ser estudiante y trabajadora. La ENDS 2010, señala que se viene observando una feminización en los hogares colombianos donde del 30% de mujeres jefes de hogar en 2005 ha llegado a 34% en 2010 tanto en las zonas urbanas como rurales⁸⁰, esta es una forma de explicar que la mujer hoy día toma más espacios en la sociedad pero sigue ejerciendo fundamentalmente esos roles de madre, así se evidencie también un ligero aumento en la formación educativa a mayor nivel.⁸¹

Por otro lado la ciencia avanza y busca respuesta a estos fenómenos que no afectan de manera importante la morbimortalidad en salud materna y perinatal, atendiendo a muchos estudios que ven en el fenómeno de la edad avanzada un riesgo para la maternidad.

Para ilustrar un poco este tema de riesgos se encontró un estudio citando mayores complicaciones maternas por enfermedades preexistentes como la diabetes y la hipertensión arterial, y complicaciones perinatales como malformaciones congénitas, bajo peso al nacer, retardo en el crecimiento intrauterino y prematuridad⁸². En la misma línea un estudio descriptivo sobre la repercusión de la edad materna avanzada en el embarazo, el parto y el recién nacido que concluye que en efecto la edad es importante para el bajo peso, parto prematuro, entre otras. Las acciones de salud en la comunidad deben incrementarse para la que la edad materna avanzada sobre la gestación no constituya un

⁸⁰ PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Características generales de los hogares y de la población, Capítulo III. [consultado mayo 2012] Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-3.pdf>

⁸¹ *Ibíd.*, Capítulo 3

⁸² PENA-MARTI, Guiomar, BARBATO, Jennifer, BETANCOURT, Chuymar *et al.* Asociación entre prematuridad y embarazadas en edad avanzada. *En: Rev. Obstet Ginecol Venez.* [online]. ene. 2007, vol.67, no.1 p.15-22. Disponible en Web: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?ISSN0048-7732>.

problema para la población grávida⁸³. Quizá eso responda a la pregunta anterior, desde la perspectiva biológica de la ciencia, pero la parte emocional, social y de género (derechos sexuales y reproductivos) queda con respuestas ambiguas que intentamos resolver cada vez que les preguntamos a las madres lo que piensan y sienten por su gestación, y la maternidad.

“La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad de decidir hacerlo o no hacerlo ¿cuándo y con qué frecuencia?”⁸⁴

4.2.2.2.1 Subcategoría desear un hijo

“Las expectativas reproductivas están influenciadas por la cultura y la ideología, y difieren según el grupo social y el contexto histórico. El papel que se les asigna a las mujeres en la sociedad está íntimamente relacionado con las expectativas reproductivas y varía dentro de una amplia gama que va desde el papel exclusivo de madre y cuidadora de los hijos hasta su desempeño pleno como trabajadora o profesional”⁸⁵. Ajenas a la situación real expuesta o simplemente ignorándola las mujeres participantes de esta investigación refieren tener más motivaciones que miedos para enfrentarse a la gestación y comentan que su hijo por nacer es una motivación para vivir y esforzarse, cambiar de vida y de mentalidad, retirar pensamientos egoístas, pues algunas consideran que negarse a ser madres es egoísmo.

“Es un aliento más que tengo que luchar por esta vida”(P1E2)

⁸³ AMARO HERNÁNDEZ, Francisco; RAMOS PÉREZ, María Yulexis; MEJÍAS ÁLVAREZ, Nelson M.; CARDOSO Núñez, Oscarlyns; BETANCOURT NÁPOLES, Rigoberto. Repercusión de la edad materna avanzada sobre el embarazo, el parto y el recién nacido. Archivo Médico de Camagüey, vol. 10, núm. 6, 2006. Centro provincial de Ciencias Médicas de Camagüey Camagüey, Cuba, Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=211117906006>

⁸⁴ IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo, 1994) en línea: <http://www.ossyr.org.ar/acerca.html> consultado en 06 de junio de 2012Nota: el resumen de la conferencia se encuentra en <http://www.unfpa.or.cr/cipd>

⁸⁵ LANGER, Ana. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública* [online]. 2002, vol.11, n.3 [cited 2012-06-22], pp. 192-205 Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000300013&lng=en&nrm=iso. ISSN 1020-4989. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000300013>

“Tener en tus brazos un ser que te motiva muchas cosas, porque ser padres te motiva y te cambia la mentalidad 360°”(P1E3)

“Cuando tu estas en estado de gestación ya la esperanza de tener ese ser en tus brazos, cambia de pronto esos pensamientos negativos, esas cosas que son a veces como tan infantiles de ser uno tan egoísta de que no quiera compartir uno con un ser tan especial.”(P1E3)

“Ya uno quiere tener sus hijos grandes, verlos crecer, claro que los voy a ver crecer”
(P5E1)

También consideran la maternidad como parte de la esencia femenina y con toques de espiritualidad, se ven a sí mismas proyectadas en el tiempo y en la especie; es búsqueda de compañía, cumplir con el orden natural y asegurar la descendencia.

“No me voy a quedar sola y porque es algo natural en una mujer creo yo” (P4E1)

“O sea debe ser bonito, porque es que nosotras pues estamos hechas para la procreación ¿jum? entonces yo decía -como mujer debe ser muy lindo vivir esa etapa” (P7E2)

“si Dios nos unió Dios nos ha hablado de hijos, entonces Dios sabrá bueno nosotros en oración hemos estado entregándole cada detalle a Dios, para que él nos regule” (P9E1)

Un estudio realizado en Chile con mujeres que buscan vivir la maternidad por primera vez en una familia simultánea coincide con lo que han expresado las mujeres participantes de esta investigación, ellas afirman que hay mayor premura para concretar la maternidad cuando ellas ven a sus amigos y familiares teniendo y disfrutando de sus hijos, cuando desean tener más de un hijo, y en función de su edad, piensan que tendrán mayores dificultades para concebir y llevar a buen término dicha gestación⁸⁶.

“En octubre ya debería quedar embarazada y no fue así... pude haber sido yo con mi edad, o él” (P9E1)

En algunas es latente la preocupación por lograr una segunda oportunidad para gestar otro hijo o tener varios hijos.

⁸⁶ EWERT J, Torrén A. Mi hijo y sus hermanos: la experiencia de primera maternidad al interior de familias simultáneas chilenas. (Spanish). Universitas Psychologica [serial online]. May 2011; 10 (2):381-398. Accessed June 11, 2012 Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v10n2/v10n2a06.pdf>

“Ya tengo treinta y cinco y enseguida no voy a quedar embarazada, entonces ya cuando tenga treinta y ocho entonces voy a tener como más dificultad para tener otro bebé”
(P5E2)

Se puede inferir: existe también un miedo a la soledad que se verá minimizado con la presencia de un hijo en sus vidas y contrario a eso es también la tranquilidad de cumplir con la ley natural la de reproducirse.

“Va a ser tu compañía, va a asemejar físicamente en ciertos rasgos a ti o a tu esposo, ser una parte tuya”(P1E2)

“Es una realización más en la vida que uno quiso y es digamos algo también que hace parte de la evolución que tiene que ver, pues que se debe dar”(P3E1)

El deseo de ser madre puede más que la razón como una necesidad ineludible, que se sitúa en la dimensión genérica, cultural, de identidad como algo inserto, próximo al instinto. Pareciera que está más allá de su voluntad, no ya como individuo, sino como persona.

“ya mi hijo este grande que salga de la barriga que pasen esos meses rapidito, que ya el salga para cargarlo, pa sentí todo ese proceso, osea pa dormi con el pa darle el pecho”
(P5E2)

Desde el la sicología del aprendizaje el instinto estrictamente dicho puede definirse como un patrón de conducta, heredado, específico y estereotipado, que se descarga ante ciertos estímulos específicos del ambiente. En consecuencia se introduce otro concepto para no llamar instinto, Pautas de acción fija son propiamente el patrón de acción instintiva y son las que tienen las características innatas, específicas y estereotipadas. Las participantes de esta investigación no lejos de estos conceptos expresan la importancia de efectuar esas conductas:

“Yo decía: -no yo no me puedo morir sin saber que se siente ser mamá” (P7E1)

“Uno ya, voy a tener compañía, voy a tener por quien luchar” (P4E1)

El instinto materno que muchas feministas niegan lo describen algunas mujeres como un deseo innato por la experiencia de parir y criar. Para el caso de esta investigación se puede ver que el deseo de ser madre en ellas está influido en forma histórica y no involuntario, hablando desde sus referentes maternos: madres, hermanas, compañeras de trabajo.

“Yo siempre quise ser mamá, desde que era pequeña”(P1E3)

“Yo alguna vez veía a las mamás con su bebé chiquito y yo decía ¡ay! Tan lindo! Debe ser muy lindo tener el de uno.”(P9E1)

"Yo quería una herencia, yo quiero ver mi herencia como va a ser. " (P6E1)

También tienen claro que a pesar del “instinto o pauta de acción” se requiere preparación para ejercer la maternidad, no basta solo el deseo sino que por el contrario todo está por aprender y habrá que tener la mejor disposición y convicción. Siguiendo este pensamiento la maternidad puede ser simbólica, cimentada en entorno familiar variable con el tiempo.

“El instinto maternal es muy importante pero uno tiene que saber a qué se está enfrentando, porque una cosa es el instinto maternal, pero otra cosa es estar uno guiado por profesionales en el tema” (P7E2)

Aunque lo considera un reto también es un deseo “ Ser la mejor, trato de ser la mejor mamá para ella... Sé que yo lo puedo lograr”(P8E2)

También, identifican el ser madre como una responsabilidad escogida en forma consciente y transformadora de sus vidas con ilusión y compromiso y lo describen así:

“Es como una responsabilidad que uno debe asumir pero no como obligación sino que es algo que uno quiso y que quiere llevar... A un buen término (P3E1)

Otras primigestantes por el contrario manifiestan no haber tenidos esos deseos intencionados en sus vidas porque su entorno no les favorecía ni motivaba.

“No no me veía en ese rol, y de pronto estaba más enfocada a terminar mi carrera siempre gracias a Dios el trabajo no me ha faltado, pero siempre le di prioridad a eso”(P6E1)

“Yo decía no si mi mamá paso por todas las que paso y después viene y me pregunta que ¿yo cuándo?, pues pa’ pasar por las mismas. ¡Nooo! ni a bate” (P2E2)

Aquí, esta posible aspiración se ve perturbada y genera una negativa casi rotunda a la maternidad; igualmente está influida por la personalidad de la mujer y sus aspiraciones en otros aspectos de su vida, además porque hay otros propósitos en ellas que las lleva a dilatar esa espera para tomar la decisión y satisfacer ese anhelo entrañado de procrear.

“Sí yo si quería tener mi hijo, yo si quería tener un hijo, inicialmente me reusé por cosas de, proyectos que tenía con mi esposo pero después sí, yo si quería tener mi hijo”(P1E3)

En estas mujeres primigestantes se descubre en su nivel de compromiso y responsabilidad las ventajas que tienen de elegir ser madre en forma consciente y consensuada consigo misma y el entorno, que no solo satisface un deseo innato o aprendido si no que todas sus dimensiones humanas se exponen a cambios significativos que la complementan como persona.

4.2.2.2 Subcategoría tener una pareja

Un contraste significativo del discurso de las mujeres frente a la maternidad se expone cuando reconocen que es el deseo de la pareja, el que estimula y se expresa más enérgico que el propio. Entendiendo que la maternidad y la paternidad son diferentes: no tienen la misma trascendencia, ni simbólica, ni física, ni material respecto a la dedicación a los hijos, es simplemente natural que hombres y mujeres quieran ser padres en un momento dado, si tienen las condiciones que cada uno considera apropiadas para ello. Las participantes de esta investigación ponen de manifiesto que la maternidad debe ser vivida a la par con la paternidad, como una asociación en el desarrollo de hombres y mujeres en pareja.

“saber que estas bien emocionalmente, estas bien con tu pareja y que...tu cuerpo está apto para hacerlo, para tener ese bebé” (P1E3)

Consideran la maduración de la relación de pareja como un detonante de esa decisión de procrear, porque se han alcanzado otros logros que no eran a su modo de ver compatibles con la crianza de hijos, cambio de roles o simplemente sus mentes no estaban dispuestas a idear otra vida diferente.

“Yo siento que fue un proceso de evolución con mi pareja, que se han cumplido algunas etapas que para nosotros eran vitales dentro de nuestra vida”(P2E1)

“Siento que el tener una persona que está igual de convencida como yo que vamos a ser papas ehh, que se involucre conmigo en todo” (P2E1)

Para el caso específico de ellas lo expresan como un complemento a su vida sin afectación negativa de lo establecido, sintiendo también que desde que inicia la gestación

se hace necesario soporte por parte de su pareja en un grado de complicidad total, en esa transición vital de los dos, que no pone barreras en su desarrollo sino que se da un sinergismo para el avance.

“Siento que es un tema que me complementa no lo veo como algo que me vaya a detener” (P2E1)

“Yo quiero un bebé que sea de los dos... y hasta que los dos no estuvimos de acuerdo pues no se dieron las cosas.”(P7E1)

En estos términos el deseo del hombre y la mujer por tener hijos confluyen y se potencian llevando a la construcción de una familia con hijos, siguiendo de alguna manera los esquemas de familia tradicional (padre, madre e hijos) y rompiendo con el suyo propio. Pues tiempos atrás no se plantearon ser madres o padres, pero como dice una participante “han encontrado la sintonía para ello”:

“Siento que es absolutamente clave, digamos el apoyo y la sintonía de la pareja en este proceso”

“Yo siento que es absolutamente clave que la pareja tenga como proyecto ehh el seguir juntos y el construir una familia porque de ahí en adelante todo lo demás se da” (P2E2)

Para estas primigestantes conformar una familia implica el nacimiento de los hijos:

“Es un paso más que uno como mujer necesita además de conformar su familia uno quiere eso ¿no?, tener un bebe” (P7E1)

Para estas mujeres la estabilidad en la pareja es muy importante y toma importancia la llegada de los hijos cuando al interior de la dinámica familiar y social se han conquistados los roles y la monotonía del diario vivir aunque placentero despierta otras necesidades entre ellas un nuevo desafío. Las gestantes en esta investigación se consideran mujeres con proyección profesional, económica y social y esto implica retos constantes.

“Pero en mi caso era porque yo sentía bueno ya hice todo esto ya como que...tengo otra necesidad” P3E1)

“Yo creo que también es que de pronto gracias a Dios encontramos una estabilidad ya, emocional económica, entonces ya todo gira en torno a la bebé” (P7E1)

“Y sí, uno debe de estudiar primero prepararse o sea vivir lo que tiene que vivir, y ahí uno ya...” (P4E1)

A parte de sus metas propuestas en la vida la parte espiritual influye dando motivación para mantener alerta en la espera de la maternidad.

“Primero q todo yo soy muy espiritual, y pienso q bueno, dios nos enseña a q la familia está compuesta por papa mama e hijo. Pues yo lo único q pienso es q la última palabra también la tiene dios y que uno se tiene que cuidar” (P7E1)

“Si hemos de ser padres, pues Dios no dará el derecho de hacerlo y llegará en su momento así tenga la edad que tenga ¿Qué hacemos?” (P7E1)
Luego de tomar la decisión y hacer un examen retrospectivo en sus vidas estas mujeres expresan que las condiciones se dan para la reproducción y cimentación de la familia como una cuestión de orden lógico en el desarrollo personal y humano. Encuentran un momento ideal en sus vidas para cuidar de alguien más, y ¿qué mejor, qué de un hijo?

“Estoy en el momento perfecto para poder hacer un stop momentáneo y decir me voy a cuidar a mi bebé unos dos años tres años digamos pues full time”(P2E1)

Pocas mujeres quieren ser madres solteras es más, este fenómeno se da por muchas razones no concurrentes con la idea de la maternidad. Por otro lado encontrar una pareja para tener hijos es también un factor que hace que las mujeres posterguen la gestación, toma su tiempo encontrar a la persona adecuada con quien compartir la maternidad.

"Pero uno como se enfatiza más en tener una persona que realmente te acompañe que diga ¡este es el papá de mi hijo!" (P6E1)

"Para ser mamá tener un buen compañero"(P6E1)

Cuando alcanzan ese nivel de comunicación y confianza en pareja, y cumplieron metas profesionales, sociales piensan en otras posibilidades juntos y se disponen a la búsqueda de los hijos. Ellas son mujeres que viven su proceso de gestación con compromiso y dedicación al punto de iniciar la modificación de hábitos, o conductas de familia porque empiezan a sentir la presencia de alguien más en sus vidas y espacios.

“Mi vida ha sido de metas profesionales académicas pero como que ya!, o sea uno asimilo pero ya ahoritica uno como que planea como más, cada paso que doy porque es que ya uno dice:“ es que no somos nosotros solos” ya un bebecito viene en camino, ya hemos cambiado por ejemplo hábitos en nuestro hogar” (P7E1)

El momento perfecto llega, cuando ellas evidencian que una nueva responsabilidad puede ser asumida para el futuro y no habrá mayor cambio que altere la armonía acostumbrada del presente, porque tienen la esperanza que en ese nuevo universo será más feliz y estará ahí para siempre, como refieren acompañada, en sinergia de pareja, con el deseo y el deber cumplido, y por ende más completa como ser humano en especial como mujer.

4.2.2.2.3 Subcategoría quemar etapas

Esta subcategoría hace alusión a las significaciones de las mujeres primigestantes que participaron en esta investigación cuando se le indagaba por las motivaciones para postergar la maternidad.

Los estudios de investigación muestran que en muchos lugares del mundo las mujeres optan por la maternidad cada vez más tarde superando los 35 años de edad para tener el primer hijo. Un estudio realizado en matanzas luego de conocer la incidencia de la gestación tardía busco determinar el impacto de la gestación en ellas en aspectos biopsicosociales y encontró que el mayor desarrollo intelectual y estar casadas son factores influyentes así como tener un segundo matrimonio, también manifiestan que el tener una atención diferenciada y especializada con estas gestantes les ha permitido a pesar del riesgo por la edad tener resultados exitosos⁸⁷.

Las mujeres confían en la ciencia y en la voluntad de un ser supremo y se toman su tiempo para decidir ser madres, pues existen otras prioridades en sus vidas antes que los hijos. Esto secundario a los cambios constantes en el desarrollo social que lleva a la mujer a estar en igualdad de condiciones, académicas, socioeconómicas y culturales con el hombre, estableciéndose metas cada vez más exigentes en su desarrollo personal, sin detenerse a tratar de encajar en esquemas de comportamiento y conducta compatibles con las tradiciones y estereotipos impuestos socialmente al género.

Las participantes de esta investigación no escaparon a esa realidad envolvente y también manifiestan que sus vidas han estado marcadas por retos de todo tipo y como tema indeterminado siempre estuvo el de ser madres pese a la existencia de un deseo difuso. Se dieron a la tarea de vivir, disfrutar, conocer la vida antes de planear un hijo, al no

⁸⁷ HERNÁNDEZ Cabrera J, García León L, Pérez González I, De la Campa Allende M, Suárez Ojeda R, Díaz Olano IM. Maternidad tardía: incidencia, causas, aspectos biopsicosociales (1998-2003). Rev. méd electrón[Seriada en línea] 2007; 29(4). Disponible en :<http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol4%202007> [consultado en mayo 2012]

encontrar compatibilidad con las libertades de la soltería sin hijos, la responsabilidad ineludible de tenerlos y cuidarlos.

“Porque de pronto yo ya había disfrutado mi juventud y todo, entonces ya no me mataba tomar o estar parrandeando no”(P3E1)

"Pienso que ya llega un momento del ciclo de la vida que pues a la edad que tengo, disfrute baile, gocé eso si no... no tengo en este momento no puedo decir hay no que pereza no tan rico ellos van a ir a bailar o ellos no, ya no sufro por" (P6E1)

Puede evidenciarse en sus expresiones una gran satisfacción en muchos aspectos de su vida sin arrepentimientos que potencialmente vayan a alterar el dinamismo y la entrega que se requiere para criar los hijos.

“Es una realización más en la vida que uno quiso y es digamos algo también que hace parte de la evolución que tiene que ver, pues que se debe dar”(P3E1)

Se descubre en ellas la ventaja que una gestación elegida puede ser más sana que tener cierto número de años como factor de riesgo para complicaciones, su nivel de confianza en sí mismas potencia sus capacidades para ejercer el rol materno, y su disposición para dar vida, esta cimentada en el amor y no se da por causas circunstanciales.

“Yo lo veo simplemente como un rol más de la mujer” (P2E2)

“Yo creo que cuando uno se sienta preparado para serlo. Entonces uno no es la edad, si no como el momento que este atravesando en su vida.”(P7E2)

Otras describen su situación como resultado de un proceso ordenado lógicamente que da los mejores resultados para ellas y la sociedad, y por estas razones no cabe pensar siquiera en la menor complicación inherente al paso del tiempo en sus vidas.

“Pues yo pienso también que es un ciclo de la vida, no, que uno tiene su novio que luego se casa y viene lo de tener hijos” (P1E1)

“Hemos como quemado esa etapa de pareja de enamorarnos fuertemente, de salir de divertirnos de hacer...no, muchas cosas, entonces estábamos entrando en una monotonía, como que ya no, no teníamos más que hacer” (P7e1)

El día a día nos muestra cómo se desarrolla la sociedad actual mediada por el consumo y la búsqueda de mejora del estatus social, pareciera que la mujer en esta sociedad competitiva aparentemente ha perdido el sentido de la maternidad y antepone el deseo de ser profesional, empresaria, trabajadora al de progenitora y cuidadora de los hijos, pero al escuchar a estas mujeres trabajadoras y exitosas se entiende que no se suprime la maternidad sino que se aplaza para acomodarla a un proyecto personal y familiar diferente.

“O sea ya he parrandeado he viajado, he disfrutado, entonces eso a mí ya, lo que quería hacer ya lo había hecho. Tener mi carrera, tener un buen empleo, ya sentía que ya era la época para mí” P3E1)

“Lo que me incentivo era de que yo ya soy una mujer madura” (P1e2)

“ahora tengo que pensar es en mi bebe... ya tengo otros pensamientos”.
“Pienso que el ser humano no se, va a siempre va ha haber esos vacíos digamos ahorita no puedo decir que nace mi bebe y ya estoy plena no lo se porque cada día trae su propio afán”(P6E1)

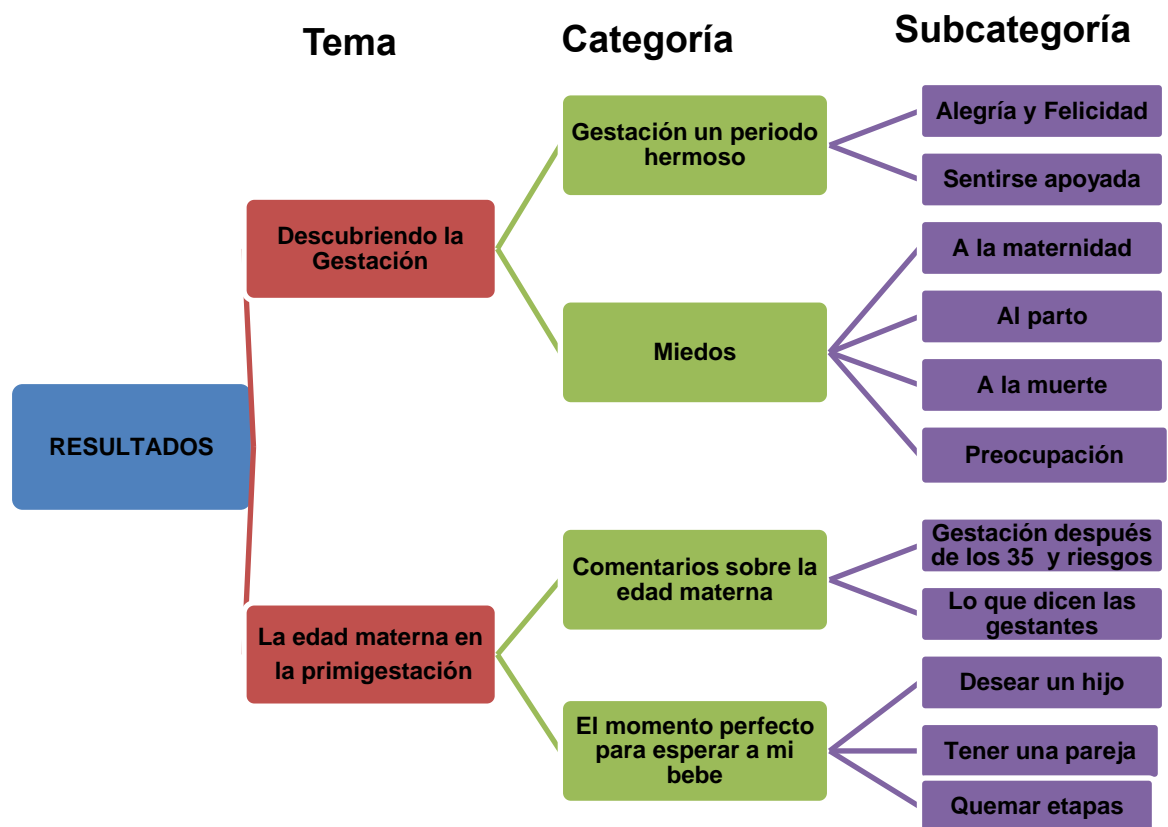
Estas madres transmiten en su expresiones el verdadero sentido de tener hijos no para asegurar una descendencia si no para disfrutar del hecho de procrear y dar vida, de trascender a dimensiones de vida extraordinarias.

Desde esta perspectiva la gestación se convierte en un deseo de cambio, una necesidad de crecer como ser humano, y cumplir de alguna manera con estándares de desarrollo social, pero desde una elección consciente y responsable.

4.3 Resumen de resultados

Como se describe al inicio del capítulo 4, esta investigación muestra en dos grandes temas el primero Descubriendo la gestación y el segundo la Edad materna en la primigestación a continuación se encuentra una recopilación de los resultados de esta investigación.

Figura 12: Diagrama de arbol de resultados



Las afirmaciones de las primigestantes muestran la gestación como bella experiencia alegre y feliz, matizada por emociones y pensamientos de miedo y angustia que en forma simultánea las acompañan, pero que hacen parte de la realidad y armonía de ser madres sin importar su diagnóstico en “alto riesgo” donde advierten la necesidad de recibir preparación y orientación profesional de un equipo de salud que sabe contextualizar su situación, que entiende y se acerca a su realidad.

La maternidad para algunas mujeres es un reto no planteado en su proyecto de vida por la dificultad que supone la combinación entre la vida laboral y tener hijos; esta es vista como un barrera en su desarrollo. Contrario a esto Inmaculada Gilaberte en su libro *Equilibristas: Entre la maternidad y la profesión*, refiere que gestar y ser madre es “*un espacio de tiempo en el que se descubren en si misma capacidades inéditas y un mundo interior muy poderoso y desconocido*”, las participantes, coinciden con ella cuando afirman que la gestación en sus vidas, hace que se confronten y se descubran así mismas como fuente de amor, promoción de generosidad y minimizan lo que ellas llaman sentimientos egoístas al negarse la posibilidad de ser madres.

El apoyo en este grupo de gestantes por parte de la pareja es considerado importante, pero para ellas “apoyo” es una descarga de responsabilidad total no un trabajo en equipo, entonces prefieren sentirse cuidadas y no apoyadas. De igual forma precisan que se requiere del “apoyo” de la familia porque eso las motiva, les da fuerzas para llevar bien la gestación y enfrentarse al desafío de los cuidados y la crianza del hijo que esperan; las principales fuentes de apoyo que buscan son personas significativas para ella, la madre en la mayoría de los casos.

Las participantes en esta investigación declaran en sus expresiones un profundo sentir, apertura y entrega en el plano espiritual que de algún modo conduce a la, disposición, aceptación y agradecimiento por la gestación, por ello el reconocer esta dimensión en el cuidado de la salud ofrecido hará más integral la relación enfermera(o)-familia gestante.

Por otro lado a la mayoría de ellas les preocupa el momento del parto, a medida que se acerca el momento del parto toda mujer puede llegar a sentir miedo más si es su primera vez⁸⁸, igual que existen otros miedos al dolor, a morir a perder el control de la situación, pues han asociado alto riesgo como sinónimo de parto por cesárea. También existe un latente miedo a la muerte de ella o su hijo por nacer, infundado por una categorización de la gestación y por la ansiedad que suscitan comentarios en el entorno. Expresan la necesidad de recibir óptima atención en salud en ese momento para minimizar ese miedo.

En una sociedad cambiante como la nuestra que busca día a día crecer, estabilizarse y en medio de esa dinámica seguir siendo funcionales, no se hace esperar que todo lo nuevo que llega a la vida de una persona en el marco de una familia modificara su estructura y

⁸⁸ Carrascosa, Laura. El miedo al dolor en el parto y como afecta a su desarrollo. Importancia del parto natural. online [consultado junio de 2012] Disponible en:
http://www.enbrazos.com/articulos/EIMiedoYdolorEnElParto_Actualizado.pdf

dinámica⁸⁹. En este orden de ideas se identificó en las participantes un miedo que se denominó miedo a la maternidad dado que cuando aparece en sus vidas la opción de la gestación aparece también el temor o miedo al cambio más por la pérdida de espacios o libertades acostumbrados, que con su propia capacidad para ser madres sin afectar sus estilos de vida. Ellas expresan la importancia de vivir un proceso de adaptación ya que siempre es necesario cuando se espera un hijo, pues se modifica su estructura y su proyecto de vida tanto para ella como para la pareja.

Las participantes de esta investigación ponen de manifiesto que la maternidad debe ser vivida a la par con la paternidad, como una asociación en el desarrollo de hombres y mujeres en pareja. Consideran la maduración de la relación de pareja como un detonante de esa decisión de procrear, porque se han alcanzado otros logros que no eran a su modo de ver compatibles con la crianza de hijos, cambio de roles o simplemente sus mentes no estaban dispuestas a idear otra vida diferente.

El compromiso y la responsabilidad de la gestante que desea ser madre, con su hijo por nacer y consigo misma la hacen permanecer en alerta continua para el aprendizaje frente al cuidado en presente y la forma de hacerlo en el futuro próximo.

La gestación se convierte en un deseo de cambio, una necesidad de crecer como ser humano, una situación de alegría y regocijo consigo mismas y con la vida, un desafío mayor dentro de su cotidianidad y un riesgo latente de pérdida o muerte para ella o su hijo por nacer. Se traduce en una necesidad de apoyo de la familia principalmente de la madre, algo no común en sus vidas pues son mujeres independientes y autónomas como ellas mismas refieren. También es cumplir de alguna manera con estándares de desarrollo social, pero desde una elección consciente y responsable.

La identidad femenina y el rol de la mujer en la sociedad ha estado marcado en predominio de una población sobre a otra por razones de sexo. Así las personas tienen su función en la sociedad de acuerdo a su género; la situación actual muestra una perpetuación de imágenes distorsionadas de la mujer que siguen marcando roles establecidos que priorizan la responsabilidad de la mujer en el ámbito doméstico frente al profesional⁹⁰. Decidir la gestación para estas primigestantes es una ventaja elegir ser

⁸⁹Baeza, Silvia. El rol de la familia en la educación de los hijos. Conferencia inaugural en: Jornadas interdisciplinarias de instituciones de promoción social, educación y salud. Santa Rosa, 24 y 25 de septiembre de 1999. [consultado sep 2012]. Disponible en:

⁹⁰ Díez, E. J.; Valle, E.; Terrón, E. y Centeno, B.: El liderazgo femenino y su ejercicio en las organizaciones educativas. Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653)[consultado octubre 2012]. Disponible en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/483Diez.pdf>

madre en forma consciente y consensuada consigo misma y el entorno, no solo satisface un deseo innato o aprendido si no que todas sus dimensiones humanas se exponen a cambios significativos que la complementan como persona.

La construcción social que existe respecto a la edad para ser madres está forjada desde la cultura, las ocupaciones y roles que vive cada persona, pero el común de la población dice que es importante estar “joven para procrear”, ¿cuál es la edad joven? sería la pregunta por resolver. ¿Será que queremos ser padres jóvenes entre los 20 y los 30 años?, pero también queremos ser profesionales, vivir la vida, conocer personas, madurar física y psicológicamente, lograr un estatus social y económico. ¿Habrá tiempo y disposición para la maternidad y la paternidad entre tanto compromiso por resolver? Bien, vale la pena buscar respuesta a estos interrogantes para no caer en la crítica destructiva cuando alguna persona se sale de estos esquemas de comportamiento social aprendidos. en este caso las primigestantes mayores de 35 años a pesar de los comentarios mal intencionados adoptan posiciones de respeto y autocuidado omitiendo esos comentarios.

Las primigestantes mayores de 35 años manifiestan sentir los diagnósticos médicos, como observaciones descalificadoras porque no van acompañados de información positiva y clara que mitigue el impacto de la denominación alto riesgo. Refieren que tienen buena relación con el equipo de salud del nivel I de atención pero que son vistas únicamente por medicina especializada.

Las primigestantes en esta investigación piensan que su edad es un factor importante para decidir la maternidad, dados los patrones sociales y culturales que han forjado su personalidad; costumbres e incluso su deseo instintivo de ser madre. Pero su cotidianidad se verá modificada sustancialmente con la llegada de un hijo, y el miedo al cambio y sumar una tarea más a la lista diaria es lo que las frena.

5. Conclusiones

- Esta investigación brinda aportes que orientan el cuidado de enfermería de manera integral dado que la gestación en edades extremas es considerada de alto riesgo y forma parte de un entorno social que modifica día a día la atención en salud materna y perinatal en pro de disminuir complicaciones en la gestante.
- Conocer las necesidades de cuidado de la familia gestante con diagnóstico de alto riesgo favorece la implementación de estrategias de educación en salud materna y perinatal en las instituciones en todo nivel de atención, así no limitaríamos la promoción de la salud únicamente al nivel primario de atención.
- La investigación muestra debilidades y fortalezas de la atención en salud materna desde la óptica de las participantes fuente fidedigna de información, con lo cual se podría mejorar estrategias de intervención y procesos de atención en concordancia con la política de salud sexual y reproductiva en Colombia.
- Es importante continuar investigando sobre la gestación en edades extremas no solo con las madres sino también con sus parejas, ampliando un poco más los criterios de inclusión que tuvo esta investigación.
- El resultado de investigaciones como esta contribuye a la disciplina de enfermería, dando bases descriptivas interpretativas de un fenómeno social humano en aumento como lo es la gestación en mujeres mayores de 35 años. susceptible de nuevas investigaciones con diversas metodologías investigación.
- En la práctica profesional de enfermería es necesario conocer las necesidades reales de las gestantes en alto riesgo para dar orientación y educación oportuna y clara entendiendo y acercándose a su realidad, como estrategia de promoción de la salud y minimización del riesgo desde la estimulación al autocuidado.
- Para estas mujeres primigestantes alcanzar alto nivel de comunicación y confianza en pareja, cumplir metas profesionales, sociales, las lleva a pensar en otros retos juntos y se disponen a la búsqueda de los hijos, viven su proceso de gestación con compromiso y dedicación al punto de iniciar la modificación de hábitos, o conductas de familia, lo que permite al profesional de enfermería tener un campo más amplio de acción a nivel de educación en salud reproductiva desde la etapa preconcepcional.
- Gestar a edad más avanzadas significa para ellas la posibilidad de desarrollarse en otras áreas de su vida y ejercer roles que en otros tiempos estuvieron vedados para el

género femenino. A su vez la gestación en edades avanzadas es considerada una meta más por cumplir en la carrera de desarrollo humano de la mujer en la sociedad.

- Para estas mujeres primigestantes la elección de la gestación está motivada por varias razones una de las más importantes es ¿cuántos años de vida tiene? y ¿cuántos le quedarán para compartir con sus descendientes? y por otro lado ¿qué tan comprometida está su pareja para ejercer una maternidad conjunta?, sentir la necesidad de un hijo en el hogar.
- Para ellas tener una pareja que cumple las expectativas que tiene la mujer respecto al padre de sus hijos es un determinante en la decisión de ser madre sin importar los años tiene y el riesgo que implique.
- La gestación es decidida en consenso con la pareja o solas, pero atribuida al correr del reloj biológico que según ellas y muchos autores hace un llamado a gestar, antes que puedan surgir realmente los riesgos.
- Los constantes cambios que tiene la sociedad actual han llevado a la mujer a no pensar en la maternidad como una tarea pendiente sino como una opción que puede esperar sin que ello afecte su vida individual y colectiva, las participantes en esta investigación lo expresan cuando se refieren a “quemar etapas” que implica hacer muchas cosas, ejercer otros roles antes que elegir ser madres.
- La mujer al estar en igualdad de condiciones, académicas, socioeconómicas, culturales con el hombre, establece metas cada vez más exigentes en su desarrollo personal, sin detenerse a tratar de encajar en esquemas de comportamiento y conducta compatibles con las tradiciones y estereotipos impuestos socialmente al género.
- Aplazar la gestación a edades más avanzadas significa para ellas la posibilidad de desarrollarse en otras áreas de su vida y ejercer roles que en otros tiempos estuvieron vedados para el género femenino. A su vez la gestación en edades avanzadas es considerada una meta más por cumplir en la carrera de desarrollo humano de la mujer en la sociedad.
- La mujer en occidente empieza a cambiar su mentalidad frente a la maternidad y se siente más libre, tomándose su tiempo para decidir ser madre o no. Ese momento adecuado para tener un hijo es descubierto, las participantes refieren que el momento es cuando ellas evidencian que en su vida una nueva responsabilidad puede ser asumida para el futuro y no habrá mayor cambio que altere la armonía acostumbrada del presente.
- Se evidencio que aunque haya comentarios descalificadores, ofensivos y hasta violentos con las gestantes en edad avanzada ellas son mujeres comprometidas y

entregadas y optan medidas de escape como estrategias de prevención para disminuir la afectación que esta presión del entorno pueda causarles.

- El temor asociado a la gestación, para estas participantes tiene que ver en algunos casos a expresiones dadas por el equipo de salud como “Para que va a curso”, su parto será por cesárea por su edad”
- Es importante notar que el hecho de diagnosticar a la gestante en alto riesgo sin la debida educación y orientación en cuidados prenatales con enfoque de riesgo es más complejo y peligroso que la misma condición de salud que suscita el rotulo impuesto y que requiere atención diferenciada e integral por parte del equipo de salud que le atiende.

6. Recomendaciones

Para la investigación

- Realizar este abordaje investigativo con parejas de gestantes diagnosticadas en alto riesgo en búsqueda de significados de la gestación y el diagnóstico de alto riesgo en que se encuentran sus hijos por nacer.
- Al programa de maestría seguir investigando sobre gestación en la mujer en edades avanzadas dado que es un fenómeno en aumento también en Latinoamérica.
- Para futuras investigaciones sobre la gestación en edades extremas se recomienda incluir no solo madres sino también sus parejas, ampliando un poco más los criterios de inclusión que tuvo esta investigación.
- Desde el pregrado o posgrado en Enfermería materno perinatal, a partir de los resultados de esta investigación, diseñar una propuesta de cuidado utilizando Teoría de mediano Rango, para brindar cuidado a gestantes mayores de 35 años de edad o gestantes diagnosticadas en alto riesgo.

Para la práctica

- Recordar a profesionales de la salud que atienden la consulta prenatal en todos los niveles de atención ser cautelosos y mesurados al expresarse y dar recomendaciones a la gestante independiente si es alto riesgo o no, tomar como parte esencial en la atención los aspectos psicológicos de la madre y abordarlos con el mismo interés que los fisiológicos.
- Para la institución donde se captaron las participantes, mantener el vínculo de estas usuarias con el personal de enfermería del I nivel de atención y facilitar el acceso a las actividades educativas en salud materna y perinatal y no ser solo atendidas por medicina especializada en ginecoobstetricia

- Para el cuidado de enfermería a la primigestante en edad avanzada es importante conocer que ella por el alto riesgo tiene mejor actitud, escucha activa y receptividad a la educación y recomendaciones de cuidado prenatal.

Para la docencia

- Promover en el ejercicio académico el diseño de propuestas de intervención para las gestantes en alto riesgo aplicando una teoría de mediano rango en aras de cualificar los cuidados maternos en el alto riesgo.
- Incluir en los currículos de enseñanza del cuidado materno y perinatal para enfermería, temáticas de salud preconcepcional, apoyo espiritual a la gestante y estrategias educativas en salud materna para padres.

Para las políticas públicas

- Proponer desde la práctica de enfermería atención diferenciada a nivel educativo a padres y madres que esperan su primer hijo en condiciones de alto riesgo en todas las instituciones de atención primaria en salud.
- Sería conveniente desmitificar la edad materna mayor a los 35 años como causal de inherentes problemas materno perinatales en la primigestación y promover la atención en salud preconcepcional de manera integral, según lineamientos de la política de salud sexual y reproductiva en Colombia.

Glosario de términos

ALTO RIESGO: se refiere a todo factor que denota complicación en el proceso de la gestación.

CHINITO: se refiere al hijo por nacer

FRESQUIE: hace referencia a tener una actitud relajada frente a una situación específica que denota preocupación.

MATERNIDAD: implica todo los cuidados, responsabilidades y rol de la mujer que es madre.

PANCITA: vientre muy abultado por la presencia de la gestación

PRIMERIZAS: experiencia del primer parto

PRIMIGESTANTE: mujer que está en gestación de su primer hijo

SOBADA: acariciar o tocar suave y repetidamente con las manos el abdomen de la gestante.

TENAZ: que es muy difícil de lograr o mantener

Bibliografía

ALBERDI, Inés Citado por Solé, C y Parella, S. Nuevas expresiones de la maternidad. Las madres con carreras profesionales Exitosas. Revista Española de Sociología: 2004.p.67-92.

ALLIGOOD, Martha Raile, MARRINER Tomey, Ana. Modelos y teorías de enfermería. Séptima edición. Ed. Elsevier. España. 2011

AMARO Hernández, Francisco; RAMOS Pérez, María Yulexis; MEJÍAS Álvarez, Nelson M.; CARDOSO Núñez, Oscarlyns; BETANCOURT Nápoles, Rigoberto. Repercusión de la edad materna avanzada sobre el embarazo, el parto y el recién nacido. En: Archivo Médico de Camagüey, vol. 10, núm. 6, 2006. Centro Provincial de Ciencias Médicas de Camagüey, Cuba, Disponible en:<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=211117906006>

BARDIN L. El análisis de contenido. 1986. Madrid-España: Ediciones Akal. S.A. Traducción de César Suárez.

BARROS, Lena María, MAGALHAES DA SILVA, Raimunda and FERREIRA MOURA, Escolástica Rejane. Nurse's autonomy in the delivery of normal births in Brazil. En: Invest. educ. enferm. [online]. July/Dec. 2007 vol.25, no.2 p.44-51. Disponible: <<http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php? ISSN 0120-5307>.

C.K. Odgen, I.A. Richards. Significado del significado. Biblioteca del hombre contemporáneo, 2da Edición. Argentina 1964, pág. 198-210

CALDERÓN, Natalia. Significados del proceso de gestación para el padre progenitor de su hijo por nacer. Tesis maestría. Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2009.

CARRASCOSA, Laura. El miedo al dolor en el parto y como afecta a su desarrollo. Importancia del parto natural. online [consultado junio de 2012] Disponible en: http://www.enbrazos.com/articulos/EIMiedoYdolorEnElParto_Actualizado.pdf

CARRILLO, Abelardo. Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la política durante la última década. En: Revista Ciencias de la Salud, julio-septiembre año 2007. Vol. 5 N° 002. Universidad del Rosario. Págs. 72-85

CASTILLO, Edelmira y VÁSQUEZ, Martha Lucía, PhD. Artículo: Rigor metodológico en la investigación cualitativa. En: Revista Colombia. Colombia: 2003 Volumen 34 Numero 3. p, 157-534.

CHAMY P, Verónica et al. Riesgo Obstétrico y Perinatal en Embarazadas Mayores de 35 Años. En: Rev. chil. obstet. ginecol. [online].Vol.74, n.6. 2009. Págs. 331-338. Disponible en: <<http://www.scielo.cl/scielo.php? ISSN 0717-7526>.

COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social - MPS. Guía Número 3. (Mayo, 2007). Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Bogotá Colombia: El ministerio,2007. 36p. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias03.pdf>

CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS en colaboración con la Organización Mundial de la Salud. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra, 2002.

CORTES, José. Diez principales causas de embarazo de alto riesgo en el hospital general de zona N° 1 de la ciudad de Colima en el año 2004. Tesis para optar el título de especialista en medicina familiar. Universidad de Colima facultad de enfermería. Colima febrero de 2006. P.81

CUESTA, Carmen. Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. En: Nure Investigación, N° 25, Noviembre-Diciembre 2006. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/ficheros_administrador/f_metodologica/pdf

DE Souza, María C. El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Lugar editorial S.A, buenos aires 2004. Págs. 183 a 187

DÍAZ, Soledad. El periodo postparto. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Disponible en: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod04/POST-PARTO.pdf>

DICCIONARIO de la Lengua Española - Vigésima segunda edición.2001.

Díez, E. J.; Valle, E.; Terrón, E. y Centeno, B.: El liderazgo femenino y su ejercicio en las organizaciones educativas. Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653)[consultado octubre 2012]. Disponible en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/483Diez.pdf>

DONOSO S, Enrique y VILLARROEL Luis. Edad materna avanzada y riesgo reproductivo. En: Revista Médica de Chile [online]. 2003, vol.131, n.1 p. 55-59. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-872003000100008&lng=es&nrm=iso>. ISSN0034-9887. doi: 10.4067/S0034-98872003000100008.

FAWCETT, J. Analysis and evaluation of contemporary nursing knowlege: nursing models and theories. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2000.

FERNÁNDEZ, Isabel. La revolución del nacimiento: Partos respetados, nacimientos más seguros. Ediciones Verticales. Barcelona.2008.

GARZÓN, Nelly, PEÑA, Beatriz, ARANGO Gloria, AGUINAGA Oscar, MUNÉVAR Rosa PRIETO Rosibel .Equipo comité de ética. Recomendaciones éticas para las investigaciones en la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Universidad Nacional de Colombia, facultad de enfermería, centro de extensión e investigación, Bogotá, 2008. Págs.4-5.

GARZÓN, Nelly. et al. Recomendaciones éticas para las investigaciones en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Centro de extensión e investigación. Comité de ética, 2008, p.1-24.

GIRALDO Montoya, Dora I. en los últimos días del embarazo uno ya no es la misma persona; Vivencias de la gestante en el parto. Tesis para optar el título de Magíster en enfermería con énfasis en cuidado materno perinatal. Universidad Nacional de Colombia. 2006

GÓMEZ, M, ALDANA, E, Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. En: Journal: Psicología y Salud Vol. 17. Veracruz. 2007 page: 53. ISSN 1405-1109.

HOBEL, C. J, GOLDSTEIN, A. BARRETT, E. Psychosocial stress and pregnancy outcome. En: Clinical Obstetrics and Gynecology: 2008. p.333-348. Disponible: <http://www.sinab.unal.edu.co:2056/ovftpdfs/FPDDNCFBDEOKBI00/fs046/ovft/live/gv023/0003081/00003081-200806000-00017.pdf>.

HODNETT ED, FREDERICKS S. Apoyo durante el embarazo a mujeres con mayor riesgo de recién nacidos de bajo peso al nacer (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

HSIEH, Hsiu-Fang, SHANNON, Sarah E. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. En: Qualitative Health Research, November 2005. Vol. 15 No. 9, 1277-1288. Disponible en: DOI: 10.1177/1049732305276687. Disponible: <http://qhr.sagepub.com/content/15/9.toc>.

IV CONFERENCIA INTERNACIONAL DE POBLACIÓN Y DESARROLLO, El Cairo (5- 13 de septiembre de 1994) Naciones Unidas. ISBN 92-1-351116-7 p.187. Disponible en: <http://www.ossyr.org.ar/acerca.html>. Nota: el resumen de la conferencia se encuentra en <http://www.unfpa.or.cr/cipd>.

KRIPPENDORFF Klaus. Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica. Ediciones Paidós. Barcelona. 1990. pg. 28.

LAMUS, Doris. Representaciones sociales de maternidad y paternidad en cinco ciudades colombianas. En: Reflexión Política, universidad autónoma de Bucaramanga 1999 N° 2. Disponible en http://editorial.unab.edu.co/revistas/reflexion/pdfs/ana_12_1_c.htm.

LANGER, Ana. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe En: Revista Panamericana de Salud Pública. Marzo 2002. Volumen 11 No3. Washington. P.192-205. ISSN 1020-4989. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf>.

LEGARDE, M. Identidad femenina.1990 Disponible en: <http://www.hegoa.ehu.es/congreso/bilbo/doku/lau/IdentidadFemeninadeMarcelaLagarde.pdf>.

MACRAE, Janet. Nightingale's spiritual philosophy and its significance for modern nursing. En: Journal of Nursing Scholarship. Marzo de 1995. Volumen 27. págs 8-10.

MOANA, Marion. El miedo y sus fundamentos. [consultado marzo 2012] Disponible en: <http://psicologia.ufm.edu/wp-content/uploads/EnsayoMoanaHolla.pdf>

MOJZUK, Marta. Entre el maternalismo y la construcción socio-política de la maternidad. Disponible: http://www.emede.net/textos/martamojuk/maternalismo-maternidad_dea.pdf.

NAVARRO Pablo, DÍAZ Capitolina, Análisis de contenido. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias sociales. 1999. Editorial SINTESIS. S.A. ISBN: 84-7738-226-3. Madrid p. P 177-221.

OBREGON YANEZ, Luisa E. Primigesta de edad avanzada. En: Rev. Obstetra Ginecol Venez. [online]. sep. 2007, vol.67, no.3 p.152-166. Disponible: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?S0048-7732200703&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0048-7732.

PARRADO, L., CARO, C. Significado, un conocimiento para la práctica de enfermería. En: Rev. Av. Enfermería, 2008. Volumen XXVI no.2 p.116-125,. Disponible: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi2_13.pdf

PENA-MARTI, Guiomar, BARBATO Jennifer, BETANCOURT Chuymar et al. Asociación entre prematuridad y embarazadas en edad avanzada. En: Rev. Obstet Ginecol Venez. [online]. enero 2007, vol.67, no.1 p.15-22. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?008-7732200005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0048-7732.

POLETTI, Rosette. acto de Clausura de la de la V edición del postgrado Intervenciones autónomas de enfermería para un desarrollo personal y profesional: Terapias Naturales de la EUE Santa Madrona de la Fundación "la Caixa" (UB). (15 junio de 2009: New York) Conferencia ética y espiritualidad en relación con las intervenciones autónomas de las enfermeras y los enfermeros. New York.2009.

PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS Características generales de los hogares y de la población, Capítulo III. <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-3.pdf>

REPÚBLICA DE COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Resolución N° 008430 DE 1993 (4 de octubre de 1993). Título II: de la investigación en seres humanos Capítulo 1: de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Colombia: El ministerio 1993.págs 1-4.

RESTREPO, María. La ansiedad durante el embarazo y el parto. Trabajo de grado para optar al título de Psicóloga. Fundación HETAH - Tecnología con sentido humano. Medellín.2006.Disponible en: <http://www.hetah.net>

SALAZAR, Alide, VALENZUELA, Sandra. Teoría de Orem aplicada a intervenciones durante embarazo y climaterio. En: Rev. bras. enferm. [online]. 2009, vol.62, n.4.p. 613-619. Disponible: <[http://www.scielo.br/scielo.php?ISSN 0034-7167](http://www.scielo.br/scielo.php?ISSN%20034-7167).

SANTOS, Luis. Masculino y Femenino en la intersección entre el psicoanálisis y los estudios de género. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas/ Escuela de Estudios en Psicoanálisis y Cultura, 2009. 148 p. – (Biblioteca Abierta, Psicoanálisis). ISBN: 978-958-719-176-9.

SHIMIZU, Helena, LIMA, María Goretti de. Las dimensiones del cuidado prenatal en la consulta de enfermería. En: Rev. Bras. enferm. [online]. 2009.Vol. 62, n.3 p. 387-392. Disponible: [http://www.scielo.br/scielo.php?ISSN 0034-7167](http://www.scielo.br/scielo.php?ISSN%20034-7167).

TAJER C. El corazón enfermo. Cap. 3. Biología de las emociones, disponible en: <http://www.gedic.com.ar/publicaciones/El-Corazon-Enfermo-Biologia-de-las-emociones.pdf>.

TIPIANI, Oswaldo. ¿Es la edad materna avanzada un factor de riesgo independiente para complicaciones materno-perinatales? En: Rev. Per Ginecología y obstetricia 2006. vol52, n.3. págs. .89-99 Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n3/pdf/a09v52n3.pdf

TORRES, Gabriela, Ángeles, Angélica. Factores reproductivos y cáncer de mama: principales hallazgos en América Latina y el mundo. En: Salud Pública Méx. 2009.Vol. 51 No.2.p.165-171. Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2009/suplemento%202/4-factores.pdf

VÉLEZ María del pilar, BARROS Fernando, ECHAVARRÍA Luis Guillermo, HORMAZA María Patricia. Prevalencia de bajo peso al nacer y factores maternos asociados: Unidad de Atención y Protección Materno Infantil de la Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín, Colombia. En: Rev. Colombo Obstet Ginecol [online]. 2006. vol. 57, no.4. pp. 264-270. ISSN 0034-7434. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v57n4/v57n4a05.pdf>

VELEZ, J. HERRERA, Edilberto; ARANGO, Fernando y LÓPEZ Guillermo. Malformaciones congénitas: correlación, diagnóstico ecográfico y clínico. En: Rev. Colombo Obstet Ginecol [online]. 2004, vol. 55, N.3, págs. 201-208. ISSN 0034-7434. Disponible:<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?src=LILACS&lang=pid>.

VIDAL Aguilera, MONY DE LOURDES Struck, FERNÁNDEZ Adelaida, FRANCISCO Yohanna, VENANCIO Simosa. Sobre los factores de riesgo en la relación materno-fetal: ¿una nueva definición o clasificación? En: Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura [en línea] Julio-Diciembre.2009, Volumen XV. Disponible:<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=36412216015>> ISSN 1315-3617

Anexos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto de investigación “Significado de la gestación para un grupo de mujeres primigestantes mayores de 35 años atendidas en una IPS privada en Bogotá”

Investigadora: Alba Norys Lozano Romero, Enfermera estudiante de Maestría en enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

FECHA: _____ Ciudad: _____

Me permito informarle que usted ha sido invitada a participar en la investigación que tiene como título: Significado de la gestación para un grupo de mujeres primigestantes mayores de 35 años atendidas en una IPS privada en Bogotá, avalada por el comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Está es una investigación realizada por Alba Norys Lozano estudiante de Maestría con énfasis en cuidado materno perinatal con la asesoría de la profesora Luz Mery Hernández de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

El objetivo es describir el significado de la gestación para mujeres primigestantes mayores de 35 años que asisten a consulta prenatal en una IPS privada en la ciudad de Bogotá.

Es una investigación cualitativa descriptiva; porque busca describir el significado (subjetivo) que las mujeres primigestantes mayores de 35 años tienen sobre la gestación, se desarrollará en un periodo de tiempo no mayor a 10 meses.

Esta investigación se clasifica como una investigación de riesgo mínimo, puede generar en la participante sentimientos y emociones, como miedo, angustia, temores, incertidumbre, no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, psicológicas, fisiológicas o sociales de las participantes, según la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, en donde se contemplan los aspectos éticos en investigaciones con seres humanos. Es importante que tenga en cuenta que la participación en esta investigación no representa ningún riesgo para su salud, ni para la salud de su hijo por nacer o su familia. Se realizará a través de

entrevistas a profundidad que serán grabadas y transcritas en forma fidedigna, también se utilizará la observación y notas que se registraran en un diario de campo.

Su participación en la investigación es de carácter voluntario, usted tiene plena libertad para negarse a participar y para retirarse de la investigación en cualquier momento sin que ello le ocasione ninguna sanción, ni se verán afectados los servicios que usted y su familia reciben de la institución de salud. Cualquier inquietud que usted tenga le será resuelta, usted tiene derecho a acceder a sus datos si lo solicita.

Toda serie de información que usted suministre será tratada en forma confidencial mediante el uso de códigos, se preservará la privacidad, la intimidad, la autonomía y el respeto por sus derechos.

Una vez finalizado la investigación se publicaran los resultados en una revista nacional o internacional de carácter científico y se socializaran públicamente los resultados en la sede de postgrados de enfermería en la Universidad Nacional de Colombia-Sede Bogotá, en esta institución de salud y en eventos académicos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificada con Cédula de Ciudadanía N° _____, declaro que recibí información completa y la comprendí sobre la investigación titulado: Significado de la gestación para un grupo de mujeres primigestantes mayores de 35 años atendidas en una IPS privada en Bogotá. Se me ha explicado de forma correcta y minuciosa todo el proceso a seguir en la investigación y la importancia de la información que yo pueda brindar.

Declaro que se dio respuesta a mis inquietudes y que respetaron mis derechos y valores personales por lo tanto, asumo que he comprendido lo antes descrito, y decido libremente **DAR MI CONSENTIMIENTO** y acepto todo el proceso que será llevado a cabo en esta investigación, con el debido respeto de mis derechos y valores personales de privacidad, autonomía, beneficencia y no maleficencia.

PARTICIPANTE QUE DA EL CONSENTIMIENTO

Firma: _____

Nombre y apellidos: _____

Cédula de Ciudadanía: _____ de _____

Declaro que he explicado completa y clara en qué consiste esta investigación a la participante y ella ha aceptado su comprensión y participación voluntaria en el mismo.

INVESTIGADORAS RESPONSABLES UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Investigadora Principal

Firma: _____

Nombre y apellidos: _____

Cédula de ciudadanía: _____ de _____

Ciudad: _____ Dirección: _____

Teléfonos: _____

DIRECTORA DE LA INVESTIGACIÓN

Luz Mery Hernández Molina

Universidad Nacional de Colombia-Facultad de Enfermería

ANEXO B. Texto transcrito apartes entrevista abierta

E: entrevistador

I: informante (ese concepto se cambió por “participante”)

Entrevista 1 (P1E1)

E: Vamos a iniciar con la entrevista que usted me autoriza muy amablemente firmándome el consentimiento informado. le recuerdo que la entrevista será totalmente grabada, luego transcrita tal cual es escuchada.

E: ¿cómo se siente hoy?

I: *feliz. a la expectativa de tener a mi bebe porque yo sé que me queda mucho tiempo, que estoy un poquito cansada, pero, yo lo siento y...él se mueve bastante, entonces eso de da muchísima felicidad y pues en mis controles me ha ido muy bien y, estamos todos, con mi familia a la expectativa que nazca él bebe.*

E: que tiempo de gestación tiene en este momento?

I: *36 semanas.*

E: ¿usted planeo esta gestación?

I: *si, siempre yo estuve al tanto, inclusive ni siquiera planificaba para tener al bebe, planifique durante mi matrimonio como tres meses y ya cumplí cinco años de casada y va a ser ni primer hijo y todo es por voluntad de dios que quede en esta etapa, en esta edad de quedar embarazada, y si estoy muy feliz, gracias a dios me ha ido muy bien. hay comentarios que de pronto no eran los más adecuado de muchas personas que son mayores o son menores y pues no les ha ido muy bien en el embarazo, pero gracias a dios a mí me ha ido muy bien, he podido trabajar, he podido estar con mi familia, he podido viajar, y pues ya, como acabe de decir estoy a la expectativa de tener él bebe.*

E: ¿cómo describe el proceso gestación?

I: *es una etapa que yo jamás pensé vivir, que en algún momento de mi vida tuve miedo, inclusive de recién casada, porque por los comentarios no solo de mi madre sino de muchos compañeros y de familiares, no les fue muy bien, pero, yo siempre con mi esposo estábamos como a la expectativa, inicialmente una especie de presión por mi familia porque no quedaba embarazada, que, que pasaba, si éramos estériles, pero yo todo se lo deje en las manos de dios y entonces yo confié, tuve mucha fe, y ahí fue cuando en un momento dado, dios escucho mis oraciones y nos dio la bendición de yo estar en gestación. es un periodo muy bonito, yo nunca imagine que el periodo de gestación le cambiara a uno la mentalidad, ehh, de que le crea a uno nuevas expectativas, como mujer, de que uno ya no solamente está con su pareja y bueno, yo trabajo porque tengo que cumplir con una serie de obligaciones y sino que ya hay que pensar por un nuevo ser,*

por alguien que le va a llenar a uno de alegría y de felicidad, de que tanto mi esposo como yo vamos a trasnochar, pero, o sea, es muy bonito porque se tienen muchas expectativas y de como un aliento más que tengo que luchar por esta vida, darle un buen ejemplo,, de pensar también que hay que enseñarle muchos valores para que cuando él sea grande vaya por el buen camino desde pequeñito hasta la edad adulta y para que se sienta feliz y se sienta también lleno de privilegios y ante todo que, pues que esos valores que le inculquemos y ese buen ejemplo haga de él un buen hombre, en este momento porque pues, va a ser un varoncito.

E: muy bien valentina. usted sabia, o porque ha escuchado de otras personas y de las experiencias de pronto de otras personas, que podía ser una gestación de alto riesgo?

I: ehh...uhhh inicialmente pues sí, pero pues yo no le daba como mucha importancia porque, yo creo mucho en Dios y creo que, sin demeritar la ciencia médica, yo sé que él hace prodigios, yo sé que él hace maravillas, y que de pronto a lo largo de muchos programas que de pronto yo he visto por tv, he visto que hay mujeres mayores, que yo que han tenido sus hijos, que han nacido saludables y sin ningún inconveniente, claro está que yo siempre tuve en cuenta durante mi periodo de gestación todos y cada una de las indicaciones de los médicos, de todo lo que me decían, como esto, coma aquello, haga esto, haga aquello, pero nunca me deje sugerir, o sea, yo respete muchos comentarios negativos de muchas persona, no es que a mí me paso esto, a mí me paso aquello, yo eso no lo escuchaba, porque yo decía me voy a sentir mal de pronto eso va a afectar mi salud y me acogí a Dios y hasta el momento todo ha salido muy bien.

E: el alto riesgo en las gestaciones está relacionado con muchos factores, en este caso te dicen alto riesgo por edad...tu qué opinas? que sientes cuando te dicen alto riesgo gestacional por la edad?

I: pienso mucho en las indicaciones que el médico me da y trato de esforzarme lo máximo para que todas esas alarmas, no vayan a suceder y he estado tranquila. mi familia decía que ahí hay que tener cuidado pero ellos sí se han dado cuenta que lo he sabido llevar con completa normalidad y así no me ha afectado pues yo sé que si yo estoy nerviosa entonces yo sé que eso afecta al bebe si yo estoy triste eso también afecta al bebe, entonces he tratado de manejar las cosas como te dije sin demeritar la ciencia médica porque son de una gran ayuda todas las recomendaciones que ellos nos dan y, no, muy feliz, porque todas las personas se asombran porque me dicen no ya usted tiene tanta edad, y no parece...y es tu primer hijo?. Sí sí pero usted debería hacer esto hacer aquello usted no debería hacer tal cosa ... entonces piensan que el embarazo es una enfermedad , y para mí no es una enfermedad y eso lo he sabido dese que quede en embarazo que no es una enfermedad sino un periodo tan hermoso que dios le brinda a la mujer, muchas mujeres no quisieran estar embarazadas y sus razones son respetables pero para mí es lo más bonito que me ha podido pasar en la vida.

E:me dijiste al inicio de la entrevista que antes tu sentía cierto miedo a la gestación. ¿la experiencia que has tenido hasta este momento cambia el significado que tú le das?

I: si, porque como ya te he dicho, me ha ido muy bien, dios ha sido misericordioso y me ha ayudado en el periodo de gestación y no he estado como otras mujeres de mayor o menor edad, en las clínicas o en los hospitales. porque tengo conocimiento de muchas amigas que casi todo el tiempo de gestación se la pasaban en el hospital entonces esas cosas las puse en las manos de dios y gracias a dios pude trabajar normalmente y hacer mis actividades normales ya horitica me siento un poco cansada y a la expectativa, y a quisiera tener a mi bebe para besarlo para cuidarlo con todo mi núcleo familiar.

E: muchas gracias y te contacto para otra entrevista o para que me aclares algunas cosas.

Entrevista E2 (P2E2)

Se omite el preámbulo por razones de espacio en el documento.

E: ¿Cómo describe su proceso de la gestación?

I2: como algo súper lindo, ha sido un proceso mágico, hermoso. No me imagine nunca que, eh tener un bebé fuera un proceso tan bonito, yo fui una persona que durante mis treinta y ocho años de vida siempre dije que no iba a tener hijos, que no iba a ser mamá que eso no era un rol para mí, que primero se anteponen muchos otros proyectos en mi vida antes que de ser mamá, eh sin embargo en diciembre del año pasado, empezamos con Andrés a pensar en la opción de un baby, y, yo tenía ya en ese momento ya sentía que el tema no era rechazo sino miedo. ya empezaba a decirme ya tengo treinta y ocho años, ya la cosa se pone un poco compleja, que se yo, pero por otro lado siento que para él y para mí fue un momento de decisión como, como muy claro, cuando nosotros decidimos dejar de cuidarnos y, decidimos bueno, y que pasa si no nos cuidamos? Listo hagámosle y fue una cosa mágica, osea yo pienso que Daniel es un regalo de la vida además en un momento muy complejo porque ehh la semana en que gestamos a Daniel, porque nosotros tenemos en la cabeza el día en que paso el día de la gestación lo tenemos anotado y de todo, la semana anterior, perdón la semana- la semana anterior a eso, se había muerto la mamá de mi mejor amiga que ella fue una persona que fue de nuestro corazón pues así súper cercana y cuando nosotros nos enteramos que estoy embarazada dijimos esto es una cosa cíclica, la vida es un tema de eso de ciclos, de despedidas y de bienvenidas, y me acuerdo que

Cuando yo le conté, pues a la primera persona que yo le conté fue a mi mejor amiga cuando le conté llevaba ya mes y medio de la muerte de su mamá, pues para ella también fue como decir osea, esta es una respuesta de la vida impresionante y yo siento que Daniel de entrada es un campeón osea él simplemente fue decir queremos tener un bebe y ya aquí esta. Entonces siento que ha sido un proceso súper mágico, hermoso de aprendizaje, lindísimo, yo no tengo queja de absolutamente nada, osea, no tengo nada que pueda decir no es que ¡que jartera tal cosa, no es que incomodísimo, para nada!, todo ha sido súper bonito.

E: bueno tú hablas de la negativa a la maternidad desde antes.

I2: *toda la vida, yo fui súper Herodes, Herodes con toda.*

E: ¿que la motivo a decidir la gestación?

I2: *mmmmm. Yo siento que fue un proceso de evolución con mi pareja, nosotros con Andrés llevamos conviviendo casi nueve años; ocho nueve años, nos conocemos hace doce años más o menos y digamos que él y yo hemos podido tener la oportunidad, de pasear, de salir de viajar, deee estudiar deee... él está haciendo una segunda carrera yo termine una maestría, mmmm*

Entonces siento que se han cumplido algunas etapas que para nosotros eran vitales dentro de nuestra vida, mmmm, en diciembre ehhe nosotros digamos que más por un tema como de convicción personal, más que comer uvas ohhh queee no sé, que las papas que las ponen debajo de la cama pa ver uno como le va el año entrante, que se yo nosotros siempre hacemos una ofrenda a la naturaleza y agradecemos todo lo que ha pasado en el año, y también como que disponemos nuestras almas para lo que viene el año entrante. Entonces nos fuimos por allá a una montaña en Cota nos conectamos con la naturaleza ta ta ta, y dijimos bueno ¿Qué queremos para este nuevo año?, y ahí fue cuando Andrés me dijo bueno y que tal si ya no somos dos sino que somos tres?, mmm y en ese momento a mí, pues lo que te digo me dio fue ya miedo, porque pensaba miércoles pero yo ya, Andrés es menor que yo él tiene treinta y cinco años yo tengo ahora treinta y nueve y yo decía ¡miércoles! Yo, En ese momento tenía treinta y ocho yo decía mmm de tenerlo lo tendría casi de treinta y nueve años y lo que me dio fue miedo-

Pero siento que también como evolución de pareja ya estábamos en un momento que osea hemos pasado por todas, hemos pasado momentos lindos, hemos vivido cosas cheverisimas nos hemos dado los gustos que hemos querido.. ehhe, porque además los dos somos muy gocetas de la vida en general, nos gusta ir a buenos sitios, nos gusta viajar nos gustaaa.. esas cosas

Entonces en ese orden de ideas yo digo ya pasamos por todo eso y también pasamos por malos momentos osea, nosotros estuvimos a punto de separarnos hace año y medio más menos, ehheh, hemos tenido momentos críticos, donde de pronto él no ha tenido trabajo o donde yo no he tenido trabajo, entonces nos hemos los dos soportado ahí el uno con el otro, haciéndonos un push ahí importante, entonces después de todo eso yo pienso que ya uno como pareja dice bueno ya si hemos pasado por todo esto, lo que se venga ¡Bien!. Osea independientemente de que cambie el estilo de vida. Lo vamos a poder llevar a cabo juntos. Yo creo que ese fue uno de los puntos que dijimos clave y Andrés yo antes como te digo toda la vida siempre dije que no quería tener bebés, pero Andrés si tenía esa... ese temita de que en algún momento si quería tener hijos, entonces cuando él me lo planteó y después de ya ver todo lo que habíamos pasado dije pues pues ¡sí! Porque no? Risa

E: ¿a que tenías miedo?

I2: *mmmm.. a que físicamente no pudiera, osea a que mi condición física de la edad y a que psicológicamente nooooo no estuviera como preparada para abrirme y ser una persona más bondadosa con alguien.*

E: ¿porque?

I2: *porque como yo te digo yo soy muy buena vida, entonces a mí me gusta comer rico, comprarme cosas bonitas, salir a viajar tataata, entonces ponerte en la disyuntiva de es que mira ya no vas a poder viajar al exterior sino que ahora si acaso podrás ir de pronto como al eje cafetero porque ahora tienes un hijo, entonces yo decía pero será que yo, si me voy a aguantar ese tema, será que yo sí, será que yo como dicen todas las mamás, es que ¡yo ya no me compro un par de zapatos! Para mí por comprárselos al bebe, y yo decía hayyyy no pero como así que no me voy a comprar un par de zapatos, osea como que yo decía noooo. Pues puede sonar muy superfluo pero en ultimas no tiene por qué cambiar el estilo de vida en general no solo por esas cosas materiales si no por todo lo que eso implica.*

Pero también por otro lado yo digo, a ver! Yo ya viajeee a muchos lados ya estudie, ya termine una maestría, de la maestría. Salí que no quería saber nada mas de teoría, nada más de libros nada mas de cosas en inglés, nada más de software, dee na.. Salí que dije no más. entonces pienso que el momento perfecto para dedicarme a otro desarrollo como mujer, que yo lo veo como uno más, mucha gente lo ve como el único, yo lo veo simplemente como un rol más de la mujer, pero siento que eso no me va a cohibir a seguir siendo una buena profesional o a estudiar más adelante, o que se yo. Mmm

E: para ti no es un límite o no es una barrera de desarrollo de la mujer la gestación?

I2: *No, en este momento cero, que estoy en el momento perfecto para poder hacer un stop momentáneo y decir me voy a cuidar a mi bebe unos dos años tres años digamos pues full time, más o menos en el sentido que voy a estar trabajando y con él, y después si ya me quiero meter a hacer un doctorado o hacer cualquier otra cosa lo podría hacer igual, osea no lo veo como algo que me vaya a detener o que por... Voy a dejar de ser pareja de de mi esposo, sino que solo me voy a dedicar a ser madre, No no lo veo así, siento que es un tema que me complementa pero que igual las otras áreas de mi vida se van a seguir desarrollando sin ningún problema.*

E: ¿qué es lo más significativo de esta experiencia de la gestación?

I2: *bueno, yo una cosa que me parece súper bonita, es que siento que cuando, desde que paso, desde que ya estamos enterados que Daniel está con nosotros, siento que ha sido como un rayo de amor para todo el mundo. Osea, yo, cualquier persona que yo le cuento que estoy embarazada que vamos a tener un bebe que. Bueno en fin, esto es una irradiación de alegría de amor de generosidad, de bondad, es, es increíble osea... es como hacer un clic con la gente en un aspecto muy bonito que es como la esperanza la posibilidad de. Como ver una vida nueva en desarrollo, mira yo hasta hace veinte días no había hecho ningún shower nadie me había hecho shower, pero vieras la cantidad de cosas que todo el mundo. Osea...en una enloquecida en una cosa, mi maaaa, esta*

trastornada mi mama pues yo soy la menor y la única mujer de un grupo de cuatro hombres, cuatro hombres y luego yo menor única mujer, entonces mi mama esta enloquecida, por el lado de Andrés es el primer bisnieto entonces es pues la locura también, entonces yo siento que la posibilidad de irradiar amor, de irradiar como esa esperanza de vida, esa proyección de felicidad, me parece muy muy bonito en el embarazo, eso me ha parecido lindo ¿sí?

E: si antes te sentías muy completa, muy completas en todos tus logros con todo tu desarrollo personal, familiar, social, ahora te sientes diferente?

I2: no. Me siento muy contenta porque es otra parte de mi desarrollo pero siento que los demás los he seguido manteniendo de forma exitosa, osea... en la oficina me va "rebien", en la parte por decirlo así ehh de pareja yo no siento pues que esto haya venido pues a salvar nada, o a decir hay pues menos mal que ya está Daniel porque entonces Daniel ya no dio a nosotros no, o que hubieran mejorado las relaciones familiares porque estaban deterioradas no. Obviamente siento que exagera mucho como esa parte. Lo que te digo de la expresión emocional y demás pero no es que sienta que particularmente por esto se me mejoro algún aspecto, simplemente que estoy viviendo otra etapa más ehh que es muy linda que estoy aprendiendo cosas que no me había dado la oportunidad antes de aprender mmm pero no lo veo como una tabla salvavidas o una tabla pues como de arreglo de cosas. no.

E:¿Los procesos de cuidado de atención en salud ehh te han cambiado la perspectiva que tenías de la gestación?

I2: siiii claro, por ejemplo me han dado instrucciones que yo de pronto no hubiera tenido en cuenta para efectos del tema de la gestación. Yo no sabía pues que uno tenía que estarse haciendo controles , vacunas, ehh la parte de revisar todo el tema de la tiroides de forma más permanente, eh la parte de , bueno la alimentación tal vez no porque esa si la tenía como regulada, desde el principio, pero la parte de hacer ejercicio, por ejemplo mmm. Yo no soy muy amante de hacer ejercicio entonces ahora estoy haciendo ejercicio en las noches ehh entonces todas esas cosas si me han dado como una perspectiva de un cuidado como mas ehh como más permanente en algunos aspectos y me ha parecido chévere osea no me ha parecido una cosa como cargosa como, como que jartera, no. Ha sido bien. Continúa....

ANEXO C: ejemplo cuadro organización y saturación de la información

Códigos	Descriptorios	Memos
Sentimientos	<p>«Como algo súper lindo, ha sido un proceso mágico, hermoso»</p> <p>«Ya sentía que el tema no era rechazo sino miedo. me dio fue miedo»</p> <p>«Entonces siento que ha sido un proceso súper mágico, hermoso de aprendizaje, lindísimo, yo no tengo queja de absolutamente nada, Osea, no tengo nada que pueda decir no es que ¡que jartera tal cosa, no es que incomodísimo, para nada!, todo ha sido súper bonito».</p>	<p>La primigestación en la mujer constituye todo un proceso de aprendizaje de vida, que esta mediado por el grado de aceptación de la misma.</p> <p>Decidir una gestación y lograrlo sin contratiempos pese al riesgo inherente a la edad desmitifica para la gestante el tema infertilidad por ser mayor de 35 años</p> <p>El miedo expresado por las gestantes no está relacionado al proceso biológico de la gestación sino a lo que implica ser madre, al rol materno y efecto en el estilo de vida.</p>
Apoyo	<p>mi familia al principio...bueno desde el principio lo ha asimilado super bien, mi mami y mi papi</p> <p>Estando con la bebé, no, que las dos estamos ahí y que las dos nos vamos a apoyar yo siento que ella cada vez que yo me pongo a pensar mi amor pero ...o sea ella siente cuando me deprimó, cuando me dan ganas de llorar, cuando. .todas esas emociones yo siento que ella de alguna forma, : “esperate! Estoy aquí, estoy contigo, no estas sola”</p>	<p>A pesar de la edad o circunstancias a todas las mujeres independientemente de la situación socioeconómica que vivan, la gestación genera conflictos emocionales frente a las necesidades de apoyo, evidenciando la importancia del apoyo efectivo de una familia..</p>

ANEXO D. Concepto Comité de Ética Facultad de Enfermería



UGI-026-2011
Bogotá D.C., 10 de febrero de 2011

Profesora
MAGDA LUCIA FLOREZ
Coordinadora Posgrados de Enfermería
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Respetada Profesora:

De la manera más atenta me permito remitirle las recomendaciones emitidas por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, en sesión del 7 de febrero de 2011 Acta No.2, una vez analizado el proyecto de Maestría en Enfermería "SIGNIFICADO DE LA GESTACIÓN PARA UN GRUPO DE MUJERES PRIMIGESTANTES MAYORES DE 35 AÑOS ATENDIDAS EN UNA IPS PRIVADA EN BOGOTÁ" de la estudiante Alba Norys Lozano Romero, directora profesora Luz Mery Hernández Molina, se permite dar aval desde los aspectos éticos y sugiere incluir las recomendaciones dadas por este comité, teniendo en cuenta de modificar el consentimiento informado. Anexo formato Instrumento de Valoración de Aspectos Éticos diligenciado por los lectores asignados.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo. (Resolución No. 077 del 2006 del Consejo de Facultad de Enfermería).

Atentamente,

(ORIGINAL FIRMADO)

SANDRA GUERRERO GAMBOA
Presidenta Comité de Ética
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Copia: Profesora Luz Mery Hernández

Ciencia, Tecnología e Innovación para el País

Carrera 40 # 45-04 Torre de enfermería, Edificio 101, Piso 3 Oficina 303
Conmutador: 57 (1) 2185000 Extensión 17020
Telefax: 57 (1) 2185000 Extensión 17021
Correo: ugl_febog@unal.edu.co
Bogotá Colombia, Sur América

ANEXO E. Imagen autorizada para publicaciones



Cuando la participante firma el consentimiento informado acepta también la publicación de imágenes en caso necesario, una vez se le informa que la investigación ha concluido y que será publicada envía voluntariamente a la investigadora imágenes para ser empleadas en dichas publicaciones.