

Significado de la primera gestación en mujeres mayores de 35 años

Significado da primeira gravidez em mulheres acima de 35 anos

Meaning of the first pregnancy in women over 35 years of age

• Alba Norys Lozano Romero¹ • Luz Mery Hernández Molina² •

•1• Magíster en Enfermería. Docente Instructor, Escuela de Enfermería, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia. E-mail: alba.lozano11@gmail.com

•2• Magíster en Enfermería. Profesora Asocia-da, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Recibido: 28/02/2013 Aprobado: 14/03/2016

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.37302>



Resumen

Objetivo: Describir el significado de la gestación para un grupo de mujeres primigestantes mayores de 35 años atendidas en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) privada en Bogotá, captadas en el servicio de consulta externa entre los meses de octubre de 2011 y mayo de 2012.

Metodología: Se realizó un estudio de tipo cualitativo descriptivo. Se empleó la entrevista abierta y en profundidad para la recolección de la información a nueve participantes. El análisis de información se realizó con el método de análisis de contenido convencional.

Resultados: Se encontró que para las participantes la primera gestación significó una elección de vida, descubrirse a sí mismas, sentir miedos y preocupaciones. El tema se denominó *Descubriendo la gestación*.

Conclusiones: La maternidad para la mujer mayor de 35 años representa una elección de vida 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. El miedo aparece con el proceso de la gestación, pero cuando se diagnostica alto riesgo obstétrico, aumenta de forma considerable. Esto implica para la enfermería actuar en el contexto de la educación y promoción de la salud pre-concepcional con enfoque de riesgo y familiar.

Descriptor: Gestación; Edad Materna; Atención Prenatal; Complicaciones del Embarazo (fuente: DECS BIREME).

Resumo

Objetivo: Descrever o significado da gravidez para um grupo de mulheres primigestas e mais velhas de 35 anos, atendidas em uma instituição prestadora de serviços da saúde (IPS) privada em Bogotá, encontradas no serviço de consulta externa entre outubro de 2011 e maio de 2012.

Metodologia: Uma pesquisa descritiva qualitativa foi realizada. Foi utilizada uma entrevista aberta e em profundidade para coletar as informações de nove participantes. A análise de informações foi realizada utilizando o método de análise de conteúdo convencional.

Resultados: Encontrou-se que, para as participantes, a primigestação significa uma escolha de vida, descobrir-se e sentir medos e preocupações. Este tema foi chamado *Descobrimo a gravidez*.

Conclusões: A maternidade para mulheres acima de 35 anos representou uma escolha de vida, que surge a partir de um número de determinantes, misturados entre padrões tradicionais e as ideias inovadoras da sociedade sobre a maternidade e o desenvolvimento das mulheres na sociedade. O medo aparece no processo de gestação, mas quando diagnosticada de alto risco obstétrico, aumenta consideravelmente. Isto implica para a enfermagem agir no âmbito da abordagem de risco pré-concepcional, focalizado na educação e promoção da saúde e família.

Descritores: Gravidez; Idade Materna; Cuidado Pré-Natal; Complicações na Gravidez (fonte: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To describe the meaning of pregnancy for a group primigravid women over 35 years age, who obtained nursing care at a private clinic (IPS) in Bogotá. The participants were engaged through an outpatient health service from October 2011 to May 2012.

Methodology: A qualitative-descriptive search was made. Open-ended, in-depth interviews were used in order to collect information from nine participants. Information analysis was made with the conventional content analysis method.

Results: It was found that for the participants first pregnancy means a life choice, finding themselves, feeling scared and worried. This topic was called *Discovering pregnancy*.

Conclusions: For the primigravid woman over 35 years maternity meant a life choice, which comes from a series of determining factors, mixed between traditional patterns and innovative ideas from society regarding maternity and women's development in society. Fear appears with the pregnancy process, but when high obstetric risk is diagnosed, fear increases considerably. This implies nursing actions in the context of education and promotion of pre-conception health with a risk and family approach.

Descriptors: Pregnancy; Maternal Age; Prenatal Care; Pregnancy Complications (source: DECS BIREME).

Introducción

Los cambios que comporta el devenir de la humanidad y su desarrollo nos llevan a reflexionar sobre lo que se dice, se conoce y se entiende sobre la maternidad. Desde tiempos muy remotos se ha dado a la mujer la responsabilidad absoluta de la fecundidad, desconociendo así el papel del hombre en la procreación. Pero hoy, gracias al avance de la ciencia biomédica, al desarrollo social y al levantamiento de prejuicios de origen mítico, se libera a la mujer permitiendo su desenvolvimiento y desarrollo como ser humano integral (1).

En el campo de la maternidad, se evidencia en los estudios de salud sexual y reproductiva la incidencia de la gestación en edades extremas —mujeres menores de 19 años y mayores de 35— consideradas por la ciencia médica factores de riesgo para la gestación (2). Desde siempre, la enfermería se ha ocupado de brindar cuidado prenatal de calidad y conocer a profundidad los fenómenos que rodean el proceso de la gestación, para dar cuidado de enfermería específico a este tipo de personas.

La edad materna es un factor de riesgo para las alteraciones en la gestación, con incidencia sobre el neonato en los siguientes aspectos: niños con bajo peso al nacer; malformaciones congénitas; retardo en el crecimiento intrauterino; prematuridad y placenta previa (1, 2, 3). Por otro lado, se dice que las patologías maternas como la diabetes y la hipertensión arterial se agudizan o emergen con más facilidad durante la gestación (2, 3).

La salud materna y perinatal ha sido estudiada desde el enfoque biomédico. La enfermería ha avanzado en la investigación fenomenológica y etnográfica sobre las experiencias de madres y familias frente al proceso de la gestación en algunos estudios cualitativos (4). Sin embargo, no se encuentra suficiente evidencia científica sobre estudios de significado en este sentido, de ahí 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 morbimortalidad 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 y fisiológicos, tanto en la madre como en el neonato, que pueden ser relacionados con la edad materna y otros factores asociados (3, 5).

Se aporta a la enfermería la evidencia para que a partir de los resultados se elaboren propuestas de atención diferenciada a las primigestantes mayores de 35 años y a las gestantes con diagnóstico de alto riesgo secundario a la edad materna, acorde con las necesidades de cuidado encontradas en la práctica diaria y aplicando la teoría de enfermería de rango medio respecto a los cuidados desde la promoción de la salud según el modelo de promoción de la salud de Pender (6).

Metodología

Investigación de tipo cualitativo descriptivo, desarrollada con la técnica de análisis de contenido convencional (7). Se utilizó la entrevista abierta y a profundidad grabada en audio, para la recolección de la información, que inició con dos preguntas introductorias: 1) *¿Cuánto tiempo de gestación tiene hoy?*; 2) *¿Cómo describe su proceso de gestación?*

Participaron nueve mujeres primigestantes sanas mayores de 35 años, cuya edad estuvo en el rango 35-41 años, casadas, en unión libre y solteras. El nivel educativo fue: cuatro de formación universitaria, cuatro de técnico superior y una con bachillerato completo; sólo siete planearon esta gestación, inicialmente por voluntad propia, y, en un caso, por parte de la pareja. Se entrevistaron en sus hogares, en el sitio de trabajo y en la institución de salud donde eran atendidas, previa información y aclaración de dudas de las participantes. Las entrevistas se realizaron en consenso con cada participante, según su disponibilidad de tiempo y espacios.

La investigación se desarrolló en un tiempo de 15 meses. La muestra estuvo constituida por 21 entrevistas transcritas en formato *Microsoft Office Word*®, versión 2010, la cual se obtuvo a través de la saturación de la información, luego de realizar entre dos y tres entrevistas con cada participante.

Las participantes cumplieron los siguientes criterios de inclusión: ser primigestante mayor de 35 años de edad; no tener patología asociada; estar en segundo y tercer trimestre de la gestación; ser residente en Bogotá; y haber firmado el consentimiento informado para la entrevista

Para el análisis se tuvo en cuenta la técnica de análisis de contenido convencional, que consiste en realizar la recolección en forma sistemática análisis-recolección-análisis hasta alcanzar la saturación. Luego de ordenar la información, se codificó y categorizó, acorde al objetivo de la investigación y relevancia de las respuestas obtenidas. Se agruparon las categorías en temas para realizar la discusión de resultados, cuyos nombres y códigos se derivaron directamente del texto de las entrevistas (7).

Esta investigación contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y el Comité de Ética de Investigación de la institución donde fueron atendidas y captadas las participantes. Se consideraron los lineamientos de la Resolución 008430 (8), las recomendaciones éticas para la investigación en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (9) y las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos (10). Para el rigor metodológico, se tuvieron en cuenta los criterios de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad, propuestos por Guba y Lincoln, citados por Castillo y Vásquez (11).

Resultados

Surgieron dos temas: el primero fue *Descubriendo la gestación*, el cual contempla dos categorías: *Gestación, un periodo hermoso* —dividida en dos subcategorías: *Alegría y felicidad* y *Sentirse apoyada*— y *Miedos* —dividida en cuatro subcategorías: *Miedo al parto*, *Miedo a la muerte*, *Miedo a la maternidad* y *Preocupación*. El segundo tema fue *La edad materna en la primigestación*. El presente artículo hace referencia sólo al primer tema, *Descubriendo la gestación*.

Categoría Gestación, un periodo hermoso

La gestación produce en la mujer que desea ser madre emociones y sensaciones de alegría constante, las cuales 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 (12, 13, 14).

Subcategoría Alegría y felicidad

Los sentimientos de alegría y felicidad están presentes en la mujer que ha deseado ser madre, lo que le permite disfrutar cada momento de su gestación, ir descubriendo en cada una de las etapas situaciones motivantes, agradables y de regocijo que la satisfacen constantemente y le permiten vivir la experiencia con tranquilidad. Las participantes de esta investigación refirieron sentirse muy contentas por estar en gestación y en completa felicidad por el deseo cumplido. La satisfacción de dar vida las mantiene tranquilas y comprometidas con ellas y su hijo por nacer:

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].

Elas piensan que cuando la gestación no es deseada no se puede sentir igual de “bonita”:

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 son las mismas emociones, las mismas sensaciones [PIE2].

Las madres consideran que el desear un hijo y gestarlo es motivo de grandes satisfacciones y no se ven afectadas por el alto riesgo en el que han sido diagnosticadas a causa de su edad. Las madres se confrontan con algunos aspectos de su vida como personas y expresan que la gestación promueve generosidad, amor por el otro, y que atrae la felicidad 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... 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; el bebé me ha abierto puertas, muchas cosas. Por ejemplo esto, es por algo... ¿sí? [P9E1].

En este sentido, es importante en la consulta de enfermería permanecer en escucha activa frente a esa significancia expresada por ellas, pues proporciona mecanismos para establecer mejores planes de cuidado, prevención de riesgos, enfoque en la familia y en el ámbito de la madre, permitiendo una atención de enfermería estratégica en relación con las necesidades de las gestantes, como describe Lafaurie (15).

Subcategoría Sentirse apoyada

Estudios hablan del apoyo a la gestante a nivel emocional (13) en casos donde se prevé el alto riesgo del bajo peso al nacer o del parto prematuro.

Concluyen que el apoyo beneficia una disminución en la probabilidad de parto por cesárea, así como algunas mejoras en los resultados psicosociales inmediatos (13, 16, 17, 18).

Por su parte, las gestantes de esta investigación afirmaron que les emocionaba mucho pensar en el bebé, imaginárselo, recrear en su mente su físico, lo que les hace sentirse apoyadas en todo momento. Advertir los movimientos fetales es ya una señal de esa presencia efectiva y permanente de otra persona en su vida:

¿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].

Es importante para el cuidado de enfermería 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 primigestación:

Me llena de fortaleza, me mantiene y me sostiene; y frente a la gestación: entender que es un propósito eterno y que Dios me dio a mí un instrumento para traer un ser humano. Mi apoyo y mi fuerza van a ser él [P9E1].

Para las participantes, una fuente de apoyo importante es Dios. La creencia las lleva a entregar su proceso a la voluntad de ese ser supremo que, según ellas, las llena de esperanza y fe.

Categoría Miedos

La mujer gestante experimenta miedo por situaciones normalmente desconocidas o por experiencias previas negativas. Para la primigestante, nada es más desconocido que el momento del parto y, diagnosticada con alto riesgo, ese miedo se acrecienta por toda la información que lleva consigo, dado que ésta no siempre viene de fuentes óptimas ni de forma apropiada. El primer miedo expresado fue el desenlace final de la gestación: el parto. Ellas refieren:

Estamos un poco llenas de miedo porque no sabemos, más si somos primerizas, qué nos va a pasar, cómo 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 madre es importante tener la certeza de contar con la atención médica adecuada, que le da tranquilidad y ayuda en la respuesta a la demanda física y psicológica en el proceso de trabajo de parto y en el parto, así como en el resultado de ese desafío. Como señala Vasconcelos (19), la calidad de la atención exige acogimiento, escucha, involucramiento y compromiso:

Que por lo menos esté bien, que pueda estar bien atendida, que en el momento que ella nazca... [P8E1].

Subcategoría Miedo al parto

Sentir miedo ante una situación desconocida que se sabe provoca dolor es tan natural como inevitable en la mujer gestante al referirse al parto por primera vez. Pero desde una mirada humanizada del cuidado, pueden realizarse varias intervenciones para mitigar ese factor que altera la vivencia de un parto seguro y tranquilo con acompañamiento, educación y confianza en la atención brindada, favoreciendo el cuidado interpersonal por encima del cuidado físico-técnico en los procesos de parto (18).

Para la mujer gestante, el parto es sinónimo de alegría, pero también de mucho dolor, miedo aprendido por otras experiencias dolorosas o porque otras personas lo han influido al referirse a las contracciones uterinas o al dolor de la cesárea. Los procedimientos quirúrgicos siempre generan miedo y ansiedad, factores que los cuidados perioperatorios deben tener en cuenta (20). En el caso de las gestantes de esta investigación, la cesárea no fue la mejor opción para terminar su proceso, porque sintieron que la naturalidad de su proceso se veía interrumpida (18, 20):

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].

Subcategoría Miedo a la muerte

El miedo a la pérdida temprana o a tener un parto prematuro con desenlace fatal es inminente cuando se ha deseado un hijo. El sentimiento de amor profundo y lo intenso de las ilusiones que crean las gestantes por ese hijo anhelado desencadena en ellas temor a la pérdida prematura del hijo por nacer:

Tenía miedo a perderla, porque ya estaba ilusionada [P8E2].

Los sentimientos ambivalentes que acompañan a la mujer durante su gestación la llevan a sentir, imaginar y aprender el miedo a la muerte, paradójicamente acompañado de mucha alegría por gestar, 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].

Desear y tener un hijo es “un proyecto de vida, no un antojo” (18). Las primigestantes objeto del presente estudio fueron conscientes de la magnitud de la situación y contaron que tuvieron pensamientos de fatalidad sobre el momento del parto. Es la miscelánea de ansiedad, temor, pensamientos de fatalidad, esperanza y estrés que se convierten en un círculo vicioso y que pueden causarles daño psicológico. La mujer en gestación siempre requiere del apoyo sicosocial que le permita autocuidarse y sentirse más seguras, en el cual la educación preconcepcional y prenatal son favorecedores, pues promueven la salud de la mujer y la de su hijo por nacer (21):

Yo sé que la muerte en un parto puede ser..., por eso quisiera cesárea para evitar... ¿Sí me entiendes? [P9E1].

Subcategoría Miedo a la maternidad

Cuando aparece en sus vidas la opción de la maternidad, también lo hace el temor al cambio y surgen interrogantes como: ¿Seré una buena madre? ¿Será que sí lo logro? ¿Y el trabajo? ¿Y los viajes? Surgen inquietudes que van relacionadas más con la pérdida de espacios o libertades acostumbrados que con su propia capacidad de ser madres. El miedo expresado por las

gestantes no está relacionado únicamente con el proceso biológico de la gestación, sino también con lo que implica ser madre, el 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... ¡nooo! Gracias. O sea: para nada, no lo quiero [P2E1].

Ya sentía que el tema no era rechazo sino miedo. Sentía internamente que yo no iba a ser capaz de ser mamá [P2E1].

Subcategoría Preocupación

Desde todo punto de vista, para ellas la maternidad se debe vivir simultáneamente con la paternidad de una pareja comprometida con esa tarea, que les facilite la adaptación a esa nueva realidad. Así lo observan Mercer y Alvarado (17), quienes describen la adopción del rol con el anticipatorio, el formal, el informal y el personal, y en los que influyen factores como la edad, la experiencia del parto, la separación infantil precoz, la autoestima, la flexibilidad, el esfuerzo del rol, la ansiedad, la vinculación y la relación de pareja.

Aunque el rol materno y paterno no se aprende en poco tiempo y menos si no se cuenta con el apoyo efectivo de la pareja, a estas madres les preocupa mucho su diagnóstico de alto riesgo obstétrico. Por lo tanto, se constituye en un espacio donde el cuidado de enfermería es indispensable desde la etapa pre-concepcional, fortaleciendo a la madre y a su familia para el ejercicio de la maternidad conjunta:

Uno dice «¡Ay, es que yo puedo sacar un hijo adelante!». Pero ésas son mentiras, porque uno por ejemplo con lo que ellos pasan no alcanza ni siquiera para comprarles una muda de ropa. Siempre les hace falta. Uno dice que uno puede 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 responsables del cuidado y se muestran ansiosas por enfrentar el cambio constante y vertiginoso, que por su naturaleza no tiene lugar en una práctica controlada:

¿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].

Discusión

La salud materna ha sido abordada desde distintos enfoques (22). En este caso, se asocia a lo sexual, a lo reproductivo y a lo sociocultural, dando cuenta de la significancia de ese aspecto para la mujer mayor de 35 años que gesta por primera vez. Se entiende que ningún embarazo es totalmente aceptado o rechazado. Aunque alguno de los dos sentimientos sea el predominante, el otro siempre se encuentra presente (12, 14).

Las afirmaciones de las primigestantes muestran la gestación como una bella experiencia, alegre, matizada por emociones y pensamientos de miedo y angustia, que simultáneamente las acompañan, pero que hacen parte de la realidad y de la armonía de ser madres. No importa el diagnóstico de “alto riesgo”, pero se advierte la necesidad de recibir orientación profesional de

un equipo de salud que sabe contextualizar su situación, que entiende su realidad. En este sentido, los profesionales de enfermería, a través de su apoyo formal, pueden ofrecer soporte emocional, informativo, social e instrumental, que guíe a las madres en la adopción de una maternidad segura. Esto coincide con Lafaurie, quien concluye es su estudio que las gestantes en alto riesgo requieren de atención integral y oportuna (22).

La maternidad para algunas mujeres es un reto no planteado en su proyecto de vida por la dificultad que supone la combinación de la vida laboral y tener hijos. Contrario a esto, Bravo *et al.* (18) afirman que gestar y ser madre es “un espacio de tiempo en el que se descubren en sí misma capacidades inéditas y un mundo interior muy poderoso y desconocido”. Las participantes del presente estudio coincidieron con los autores en señalar que la gestación en sus vidas hace que se confronten y se descubran a sí mismas como fuente de amor y promoción de generosidad. Además, minimizan lo que ellas llaman *sentimientos egoístas* si se niegan a ser madres.

Por otro lado, a la mayoría de las gestantes les preocupó el momento del parto. A medida que se acerca, toda mujer puede llegar a sentir miedo —más en su primera vez— al dolor, a morir o a perder el control de la situación, pues han tomado *alto riesgo* como sinónimo de *parto por cesárea*. Esto concuerda con el estudio de Lafaurie *et al.*, el cual asocia el alto riesgo con la hospitalización y con una mayor complejidad en el parto (22).

Con frecuencia, todo lo nuevo que llega a la vida de una persona en el marco de una familia modificará su estructura y dinámica. En este sentido, se identificó en las participantes de esta investigación un miedo que se denominó *miedo a la maternidad*, dado que, cuando llega a sus vidas la opción de la gestación, aparece el miedo al cambio en su dinámica familiar y personal. Igualmente, expresaron la importancia de vivir un proceso de adaptación cuando se espera un hijo, pues se modifica el proyecto de vida tanto para la gestante como para la pareja. Esto coincide con lo encontrado por Cáceres en su estudio, que evidencia la preocupación que sienten madres de diversas edades por los cambios en su vida, las dificultades para la crianza en independencia económica y la expectativa/temor que genera el parto (23).

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 de pérdida para ella o su hijo por nacer, dados los riesgos obstétricos biológicos, psicológicos y sociales asociados a la edad materna avanzada, motivación para el autocuidado (17, 25). Esto 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. Las primigestantes mayores de 35 años manifestaron considerar los diagnósticos médicos como observaciones descalificadoras porque no van acompañados de información positiva y clara que mitigue el impacto de la denominación *alto riesgo* (2, 3, 13). Puntualizaron que tuvieron buena relación con el equipo de salud del nivel I de atención, pero que son vistas únicamente por medicina especializada.

Conclusiones

La maternidad para la mujer mayor de 35 años significa una elección de vida que surge a partir de una serie de factores determinantes, mezclas entre patrones tradicionales e ideas innovadoras de la sociedad respecto a la maternidad y al desarrollo de la mujer. Significa para ellas autonomía y libertad como mujeres íntegras.

El miedo es un sentimiento inherente a la gestación, pero cuando se diagnostica alto riesgo obstétrico aumenta considerablemente y se asocia a daños en el feto o a su propia vida. Según las participantes, el proceso de gestación significó también una dualidad entre la vida y la muerte. Esto implica para la enfermería actuar en el contexto de la educación y promoción de la salud pre-concepcional; brindar apoyo emocional y psicológico constante; y trabajar en equipo interdisciplinar en el cuidado prenatal.

Al ser la gestación una experiencia que les atañe a muchas mujeres, sólo a partir de la vivencia cada mujer y cada familia gestante comprende las particularidades que conlleva tener su fisiología y sicología influida por una alteración de hormonas durante aproximadamente cuarenta semanas. En este periodo, ellas descubren alegrías, miedos y preocupaciones bajo el efecto de un coctel de sentimientos que embriaga

la vida y que la cambiará para siempre (22). La experiencia de la primigestación, enmarcada en el *alto riesgo*, significa entonces una oportunidad para sentir miedo, preocupación y redescubrirse a través de la experiencia de dar vida y cambio radical de vida en forma positiva pese a las dificultades que la madre pueda tener.

Identificar 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 forma preventiva para disminuir las tasas de morbilidad materno-perinatal.

Se recomienda a los 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. Además, se debe tomar parte esencial en la atención los aspectos psicológicos de la madre y abordarlos con el mismo interés que los fisiológicos, sin caer en la exageración o la crítica negativa, respetando siempre los derechos sexuales y reproductivos de la mujer y su familia.

Esta investigación fue financiada por la Universidad Nacional de Colombia a través de la DIB Bogotá, Proyecto n° 202010017037, Código Hermes 14573 (2011).

Referencias

- (1) Gómez-Sotelo Á, Gutiérrez-Malaver ME, Izzedin-Bouquet R, Sánchez-Martínez LM, Herrera-Medina NE, Ballesteros-Cabrera M. Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. *Rev Salud Pública*. 2012;14(2):189-199.
- (2) Chuang CH, Hillemeier MM, Dyer AM, Weisman CS. The relationship between pregnancy intention and preconception health behaviors. *Prev Med*. 2011;53(1-2):85-88.
- (3) Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Ríos M, Leighton L. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. *Rev Chil Obstet Ginecol [revista en Internet]*. 2009 [acceso: 29 feb 2013];74(6):331-338. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262009000600003>

- (4) Salazar A, Valenzuela S. Teoría de Orem aplicada a intervenciones durante embarazo y climaterio. *Rev Bras Enferm* [revista en Internet]. 2009 [acceso: 10 mar 2013];62(4):613-619. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000400021>
- (5) Ceriani JM, Mariani G, Pardo A, Aguirre A, Pérez C, Brener P et al. Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal. *Arch Argent Pediatr* [revista en Internet]. 2010 [acceso: 11 feb 2012];108(1):17-23. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752010000100005
- (6) Ramírez E, Huertas F, Guevara M, Uribe I. Efectividad de un programa de promoción de la salud para adolescentes embarazadas. *Enferm Investig Desarro*. 2013 ene;11(1):29-37.
- (7) Campos CJ, Ribeiro ER. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa. *Rev Latino-Am Enfermagem* [periódico na Internet]. 2009 [acceso: 2012 mar 15];17(2):259-264. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000200019>
- (8) República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (04/10/1993).
- (9) Garzón N, Peña B, Prieto R, Aguinaga O, Arango G, Munevar R. Recomendaciones éticas para las investigaciones en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia [guía en Internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2008 [acceso: 20 feb 2012]. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/descargas/ugiEtica/Guia_etica_FEUN.pdf
- (10) Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2002.
- (11) Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colomb Med*. 2003;34(3):164-167.
- (12) Giraldo DI. “En los últimos días del embarazo, uno ya no es la misma persona”: vivencias de la gestante en el parto [tesis de maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2006.
- (13) Hodnett ED, Fredericks S. Apoyo durante el embarazo a mujeres con mayor riesgo de recién nacidos de bajo peso al nacer. *Cochrane Plus*. 2008;(4):1-16.
- (14) Restrepo M. La ansiedad durante el embarazo y el parto [monografía de pregrado]. Medellín: Fundación HETAH-Tecnología con sentido humano; 2006.
- (15) Lafaurie MM, Castañeda KV, Castro DM, Laverde SM, Balaguera LY, López CM et al. Vivencias de gestantes con embarazo de alto riesgo. *Rev Col Enf*. 2011;6(9):15-28.
- (16) Alvarado L, Guarín L, Cañón-Montañez W. Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la Unidad Materno Infantil. *Rev Cuid*. 2011;2(1):195-201.
- (17) Mainegra MM, Ramos NP, Cruz TM, Betancourt O. Riesgo reproductivo preconcepcional Policlínico Docente “Miguel Montesino Rodríguez”. Fomento. Sancti Spiritus. *Gac Méd Espirit* [revista en Internet]. 2011 [acceso: 20 feb 2013];13(2):230-237. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.13.\(2\)_01/p1.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.13.(2)_01/p1.html)
- (18) Bravo P, Uribe C, Contreras A. El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. *Rev Chil Obstet Ginecol* [revista en Internet]. 2008 [acceso: 15 mar 2011];73(3):179-184. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000300007>
- (19) Vasconcelos-Moura MA, Silva GF, Santos C, Araújo-Silva V. La calidad de asistencia de enfermería en el periodo prenatal desde la perspectiva de la mujer embarazada. *Aquichan*. 2014;14(2):196-206.
- (20) Salazar-Maya AM. Cirugía: entre la angustia y la alegría a la vez. *Aquichan*. 2011;11(2):187-198.

(21) Ardevol-Cordovez D, Lluch-Bonet A, Paz-Alemán DM. Labor educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. *Rev Cubana Enfermer* [revista en Internet]. 2015 [acceso 08 feb 08 2016];31(3):[aprox. 15 pantallas]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/224/126>

(22) Lafaurie MM, Antolinez P. Una mirada de género al embarazo después de los 35 años: experiencias de mujeres atendidas por la red de salud de Bogotá D.C. *Rev Colomb Enferm*. 2009;9(9):95-107.

(23) Cáceres-Manrique FM, Molina-Marín G, Ruiz-Rodríguez M. Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. *Aquichan*. 2014;14(3):316-326.

(24) Berlanga-Fernández S, Pérez-Cañaveras RM, Vizcaya-Moreno MF, Tarrés-Cansado RM. Apoyo social formal a un grupo de madres con hijos menores de un año. *Aquichan*. 2013;13(2):206-215.

(25) Araujo NB, Mandú EN. Produção de sentidos entre adolescentes sobre o cuidado de si na gravidez. *Interface (Botucatu)* [periódico na Internet]. 2016 [acesso: 2016 mar 12];20(57):363-375. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0083>