

MATERNIDAD DESPUÉS DE 35 AÑOS: CUIDADO ORIENTADO A PROTEGER LA MUJER Y SU HIJO

Andrea Barrero Castro*
Luzmila Hernández Sampayo**

Recibido en abril 16 de 2016, aceptado en marzo 27 de 2017

Citar este artículo así:

Barrero A, Hernández L. Maternidad después de 35 años: cuidado orientado a proteger la mujer y su hijo. *Hacia promoc. salud.* 2017; 22(1): 13-26. DOI: 10.17151/hpsal.2017.22.1.2

Resumen

Objetivo: Describir las creencias y prácticas de las gestantes mayores de 35 años que afrontan una gestación de alto riesgo, hospitalizadas en una institución de tercer nivel en el municipio de Cali, durante el año 2015. **Materiales y Métodos:** Se empleó la etnoenfermería (Leininger) para explorar la perspectiva émica de las gestantes. Para el análisis de los datos se utilizó el método de James P. Spradley. Participaron dieciocho mujeres, mayores de 35 años hospitalizadas en una institución nivel III. El tamaño de muestra se definió por saturación de datos. La información se obtuvo a través de entrevistas en profundidad. **Resultados:** Las participantes admiten sentimientos de frustración y ansiedad cuando se enteraron que estaban embarazadas, lo que las llevó a realizar prácticas de auto cuidado que favorecían tanto a ellas como a su hijo por nacer y a establecer relaciones con su red de apoyo familiar para afrontar de una manera menos compleja la situación que estaban viviendo. **Conclusiones:** Las gestantes mayores de 35 años realizan prácticas de cuidado influenciadas por sus creencias, las cuales han sido transmitidas a través de la tradición oral por sus familiares, amigos o pares que estaban viviendo su misma situación.

Palabras clave

Embarazo, edad materna, cuidado del niño, salud materna, enfermería transcultural (*Fuente: DeCS, BIREME*).

* Enfermera, Magister en Enfermería Materno Infantil. Clínica Imbanaco, Cali, Colombia. Correo electrónico: andreita_barre@hotmail.com.
ID orcid.org/0000-0002-1541-5482

** Enfermera, Magister en Enfermería Materno Infantil. Escuela de Enfermería Universidad del Valle, Cali Colombia. Correo electrónico Autor para correspondencia: Luzmila.hernandez@correounivalle.edu.co.
ID orcid.org/0000-0002-7031-9266



MOTHERHOOD AFTER 35 YEARS: CARE ORIENTED TO PROTECT WOMEN AND THEIR CHILD

Abstract

Objective: Describe the beliefs and practices of pregnant women older than 35 years who face a pregnancy, hospitalized in a third level institution in Santiago de Cali, Colombia, during the year 2015. **Materials and Methods:** Ethno nursing (Leininger) was used to explore the emic perspective of pregnant women. The method of James P. Spradley was used for data analysis. Eighteen women, over the age of 35 who were hospitalized in a third level institution, participated. The sample size was defined by data saturation. The information was obtained through in-depth interviews. **Results:** The participants admitted feelings of frustration and anxiety at the time they realized they were pregnant, which led them to perform self-care practices favoring both the pregnant women and their unborn child. Those practices helped them to establish relationships with their family support network and in a way less complex overcome the situation they were living. **Conclusions:** Pregnant women older than 35 years performed care practices influenced by their beliefs, which have been transmitted through oral tradition by their family, friends or peers whom were living the same situation.

Key words

Pregnancy, maternal age, child care, maternal health, transcultural nursing. (*source: MeSH, NLM*).

MATERNIDADE DEPOIS DE 35 ANOS: CUIDADO ORIENTADO A PROTEGER A MULHER E SEU FILHO

Resumo

Objetivo: Descrever as crenças e práticas das gestantes maiores de 35 anos que afrontam uma gestação de alto risco, hospitalizadas em uma instituição de terceiro nível no município de Cali, durante o ano 2015. **Materiais e Métodos:** Se empregou a etno-enfermagem (Leininger) para explorar a perspectivaêmica das gestantes. Para a análise dos dados se utilizou o método de James P. Spradley. Participaram dezoito mulheres, maiores de 35 anos hospitalizadas em uma instituição nível III. O tamanho da amostra se definiu por saturação de dados. A informação se obteve a través de entrevistas em profundidade. **Resultados:** As participantes admitem sentimentos de frustração e ansiedade quando souberam que estavam grávidas, o que as levou a realizar práticas de auto cuidado que favoreceram tanto a elas como o seu filho por nascer e a estabelecer relações com sua rede de apoio familiar para afrontar de uma maneira menos complexa a situação que estavam vivendo. **Conclusões:** As gestantes maiores de 35 anos realizam práticas de cuidado influenciadas por suas crenças, as quais têm sido transmitidas a través da tradição oral por suas familiares, amigos os pares que estavam vivendo sua mesma situação.

Palavras Chave

Gravidez, idade materna, cuidado do menino, saúde materna, enfermagem transcultural (*Fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

La gestación es una de las experiencias más significativa en la vida de la mujer, en la que se llevan a cabo una serie de cuidados y prácticas para proteger su salud y la de su hijo; estos generalmente tienen su génesis en las experiencias de sus familiares o mujeres expertas en la comunidad en la que se desenvuelve. Actualmente vemos como cada vez esta experiencia de ser madre es aplazada por diversas circunstancias, tales como la espera de una mejor situación emocional o laboral, el control en la fertilidad, un matrimonio tardío o un segundo matrimonio (1).

Hasta hace sólo dos décadas, si una mujer quedaba embarazada a los 30 años, se consideraba un embarazo de riesgo debido a la “avanzada edad”, actualmente la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia considera gestaciones tardías a partir de los 35 años de edad (2).

La gestación tardía se asocia generalmente con los antecedentes patológicos de la mujer que inevitablemente se incrementan con la edad y a la asociación con enfermedades dependientes del embarazo. Entre las complicaciones más frecuentes están la hipertensión arterial crónica, la hipertensión gestacional, la pre-eclampsia añadida o no a la hipertensión, la diabetes gestacional, la restricción del crecimiento intrauterino, los problemas tromboembólicos, el parto pretérmino y el aborto (3), convirtiendo así el proceso del embarazo en una gestación de alto riesgo obstétrico.

En Colombia, según cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), durante 2011, el 8,43 % de los partos fueron de madres de 35 o más años de edad, y en el 2014 esa proporción fue de 7,8 % (4).

En Santiago de Cali, según el reporte de nacimientos vivos de acuerdo con la edad de la madre por comuna, en el 2011 nacieron 2944 hijos de mujeres

entre 35-39 años, 750 de mujeres entre 40-44 años, 56 de mujeres entre 45-49 años y 4 hijos de mujeres entre 50-60 años; lo que evidencia un aumento de los nacidos vivos de madres entre 35-49 años (5).

En Colombia existen diversas estrategias de cuidado para las gestantes clasificadas como de alto riesgo con el fin de reducir la mortalidad materna, dentro de las cuales se destacan los programas de planificación familiar, el acceso a servicios de aborto seguro, la atención del parto por personal calificado, la seguridad en la atención de la emergencia obstétrica y la implementación de un sistema de vigilancia de la morbilidad materna extrema, que permite definir una red de instituciones seguras con servicios de atención de emergencias obstétricas, en donde las gestantes complejas puedan ser atendidas en unidades de cuidado crítico obstétrico: unidad de cuidado intensivo, unidad de alta dependencia o unidad de alta complejidad obstétrica (6).

A niveles mundial y nacional, la salud materna y perinatal en gestantes mayores de 35 años, ha sido objeto de muchos estudios (7, 8), la mayoría con un abordaje cuantitativo y desde una perspectiva biológica realizada por profesionales de medicina, existen pocos de ellos realizados por profesionales de enfermería (9, 10).

El presente estudio busca profundizar en el conocimiento de las prácticas y creencias de las gestantes mayores de 35 años que cursan con una gestación de alto riesgo, hospitalizadas en una institución de tercer nivel en el municipio de Cali. Su importancia radica en que el profesional en enfermería como miembro del equipo de salud debe desarrollar un conocimiento de la cultura de las personas a las que ofrece cuidado, el cual debe ser coherente con las necesidades de éstas.

Por todo lo descrito, la investigación tiene como referente teórico la teoría de los cuidados culturales de Madeleine Leininger (11). Puesto que el conocimiento de las prácticas y creencias

de los individuos es el primer paso para que los profesionales de enfermería puedan incorporar en su práctica los tres modos de acción de cuidado: conservación y mantenimiento de las prácticas y creencias, la negociación o adecuación de éstas y el rediseño o restauración de las mismas cuando estos son perjudiciales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para la presente investigación se propuso un diseño de tipo cualitativo con el abordaje de la etnoenfermería (12), la cual, aplica los métodos etnográficos a una unidad social o a un grupo determinado. Este tipo de metodología se centra en la clasificación sistemática de las creencias y prácticas, a través de las manifestaciones émicas (significados, fundados y basados en las personas y no desde las convicciones y prácticas del investigador) (12).

Las participantes del estudio fueron mujeres mayores de 35 años hospitalizadas en una unidad de alto riesgo obstétrico de un hospital de tercer nivel de atención de la ciudad de Cali. La muestra estuvo conformada por 18 participantes clave, el tamaño muestral se obtuvo aplicando el criterio de saturación de datos, es decir, se recolectó la información hasta el punto en que ya no se consiguió nueva información y la que se tenía comenzó a repetirse (13).

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión: edad mayor de 35 años en cualquier etapa del embarazo, que fueran primíparas o múltiparas, hospitalizadas en la sala de Alto Riesgo Obstétrico de una institución nivel III. El estudio contó con la aplicación a la Resolución 8430 de 1993, emanada del Ministerio de Salud de Colombia (14), la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y las cuales se reflejan en el consentimiento informado; además, fue avalado por el comité de ética de la Universidad del Valle y de la institución de salud donde se desarrolló el estudio.

Para la recolección de la información se utilizó la entrevista en profundidad, previa firma del consentimiento informado, las entrevistas fueron realizadas en su totalidad por las investigadoras, las cuales fueron grabadas en audio, con una duración de aproximadamente una hora y para lo cual se utilizó una guía etnográfica, a cada participante se le realizaron entre dos y tres entrevistas.

El análisis de la información se realizó en forma simultánea con la recolección de la información y según el método de James Spradley (15). Se identificaron los dominios y luego se pasó a la construcción de taxonomías, los patrones recurrentes y finalmente emergieron los temas. Cada uno de los dominios incluyó los tres elementos básicos: el término cubierto o dominio cultural, los términos incluidos y la relación semántica, que es la encargada de establecer una conexión entre el término incluido y el nombre del dominio. Posteriormente, se procedió a la construcción taxonómica considerada como las categorías organizadas sobre la base de una relación semántica. Finalmente, se identificaron los temas, a partir de los cuales se posibilitó plantear, por parte de las investigadoras, las conclusiones y recomendaciones.

En cuanto al rigor metodológico para asegurar la calidad científica de este estudio fueron la credibilidad, capacidad de auditoría y la transferibilidad (16) que a continuación se describen:

La credibilidad. Para hacer frente a este criterio, cada uno de los participantes en el estudio se muestra el texto de los dominios identificados después de transcribir las entrevistas. En ese sentido, se les pidió que indicaran si lo que se presentan en dichos dominios representados, lo que habían manifestado durante la entrevista. El mismo procedimiento se siguió cuando se identificaron las taxonomías y el análisis componencial.

La capacidad de auditoría. Con el fin de trazar las conclusiones del estudio, las discusiones se realizaron en las interpretaciones con otros investigadores.

La transferibilidad. Dado que este criterio implica que los resultados sean significativos para otros en situaciones similares, se espera que los resultados de este estudio sean aplicables a otras gestantes en situaciones y contextos similares.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de las gestantes

La edad de las participantes, oscilaba entre 35 y 45 años. De las cuales, 10 de ellas eran afrocolombianas, 7 eran mestizas y una blanca. En su mayoría vivían en unión libre y en cuanto al nivel educativo, 8 de ellas contaban con secundaria incompleta, 3 con secundaria completa, 6 con primaria incompleta y una de ellas no contaba con ningún tipo de escolaridad.

De las mujeres participantes, 15 de ellas se dedican a las labores del hogar, dos tenían trabajo independiente y una era empleada doméstica. En cuanto a la procedencia, 10 procedentes de Cali, 3 de otros municipios del Valle del Cauca, 2 del departamento del Cauca y 2 del Choco.

En relación al número de embarazos de las mujeres participantes, 15 eran multigestantes y 3 primigestantes, con edades gestacionales que oscilaban entre 21 y 36 semanas.

Las mujeres gestantes mayores de 35 años, realizan prácticas de cuidado influenciadas por sus creencias, las cuales han sido transmitidas a través de la tradición oral por sus familiares, amigos o mujeres que están viviendo su misma situación. A continuación, se describen los temas encontrados.

Tema 1. Embarazarse después de los 35 años: motivaciones y circunstancias

A pesar que la maternidad muchas veces no es planificada, en el caso de los embarazos tardíos, algunas de las madres participantes del estudio, que decidieron embarazarse después de los 35 años estuvieron motivadas por diversas razones, dentro de las cuales se destacan: tener la compañía de sus hijos, reafirmarse como mujer a través de la maternidad, establecer una relación de pareja con un hombre menor que no tenía descendencia, fortalecer la relación sentimental con un hijo de la nueva pareja y la falla de los métodos anticonceptivos. A continuación, se describe en detalle lo relacionado a las motivaciones y las circunstancias que llevaron a las mujeres a tener un embarazo tardío.

Las participantes (P) consideran que su hijo estará con ellos más adelante cuando estén viejos, que será su compañía y apoyo, especialmente en los casos donde los hijos mayores ya se han ido. Así lo relata una de las participantes:

P. 1: *“cuando le conté al papá, se puso muy feliz, porque ya nuestro hogar estaría completo, tendríamos nuestro hijo, nuestra compañía, la persona que nos cuidaría cuando viejitos...”*

Un aspecto relevante para las mujeres frente al embarazo tardío es el deseo de su pareja de ser padre, consideran que es de vital importancia ofrecerle al hombre esa experiencia, que las llevaría a compartir la felicidad de ser padre.

Una de las embarazadas lo comenta:

P. 2: *“Cuando me di cuenta del embarazo, sentí susto, miedo, porque yo tan mayor la verdad no pensaba tener más hijos, pero mi pareja me apoyó y me dijo que Dios así lo había querido. Él está muy contento porque no tiene hijos, tiene 25 años y es su primer hijo, en algunas ocasiones él me había comentado su deseo de ser papá y la felicidad que para él sería”.*

Otras manifestaron que a pesar de que su pareja actual tuviese hijos para ellas era muy importante tener un hijo de los dos, este hecho fortalecería el vínculo afectivo y su estabilidad como pareja, una de ellas lo manifestó de la siguiente manera:

P. 3: *Yo apenas tengo una, y no es de mi pareja actual, cuando me enteré ahí mismo fui a contarle a mi marido, se puso muy contento, porque la última hija de él tiene 18 años, entonces después de 18 años, él otra vez va a ser papá, él está muy contento, además este hijo nos unirá más”.*

Antiguamente la identidad femenina colocaba la maternidad como el rol principal de la mujer. En el presente estudio la principal motivación para embarazarse en el caso de las primigestantes fue complementarse como mujer, consideran que el hecho de cumplir con la maternidad las reafirma como el único ser que puede dar vida, esto hace que asuman su embarazo con responsabilidad y confianza en sí misma.

P. 4: *“Yo sé, a mí me dicen que es de alto riesgo, pero no me importa, ya que estoy cumpliendo con el sueño de toda mujer, de ser mamá, de dar vida y eso es lo más importante, yo le pido a Dios que salga bien, porque sé que esto de la presión alta puede ser peligroso, pero sé que saldré adelante”.*

Se encontró también cómo algunas mujeres se sintieron presionadas por los familiares o amigos, muchas veces ellos cuestionaban su fertilidad y de una u otra forma se sintieron forzadas a cumplir con el ‘requisito’ de tener un hijo.

P. 10: *“Yo llevaba muchos años buscando un embarazo, pero nada y cuando mi mamá me decía hija mira que una pareja sin hijo es como un jardín sin flores, eso me daba mucha tristeza, sentía que yo no era capaz de tener hijos, me hice tratamientos y nada y en el momento que menos pensé quedé y bueno ya tenía los años que tengo”.*

En algunos casos, a las participantes la gestación les llegó por alguna circunstancia que les ponía la vida, es así como dos de las ellas comentaron que se encontraban planificando, pero que quedaron embarazadas, extrañadas por la situación solicitaron información y descubrieron que varias mujeres quedaron embarazadas debido a que los anticonceptivos estaban vencidos. Así lo comentó una mujer:

P. 8: *“Yo estaba confiada que no iba a salir en embarazo porque bueno me estaba colocando la inyección mensual y cuando no... La sorpresa con maluqueras y sí señor, embarazada; yo me di cuenta que otras mujeres quedaron embarazadas y el cuento es que esas inyecciones estaban vencidas.”*

Para otras mujeres la gestación llegó en el momento menos esperado, ellas consideraban que su etapa fértil había cesado, este grupo de participantes tenía la certeza que a partir de los 40 o 42 años como les había disminuido la libido y tenían ciclos menstruales irregulares, ya habían entrado a la etapa de la menopausia, ellas consideraron que cuando una mujer ya no menstrua en forma regular “pierde la fuerza de atracción hacia los hombres”, por esto creían que no tenían ningún riesgo de embarazarse.

P. 7: *“Imagínese yo con mis hijos grandes y a mi edad (42 años) uno cree que ya nada de barriga, eso es muy duro, empezar de nuevo, pero créame yo pensé que nunca me iba a pasar esto yo pensaba que ya me había llegado la menopausia... la pena que a uno le da con los otros hijos”.*

Una de las participantes comentaba que incluso consultaron a un profesional de la salud y éste las había informado que si ya la menstruación no les llegaba regular, que no se preocuparan por el embarazo.

P. 11: *“Yo le pregunté a un doctor y él me dijo ‘no se preocupe, gallina vieja solo da caldo’, y me confíe y mire ahora barrigona”.*

Tema 2: La noticia del embarazo: sorpresa y desconsuelo

Algunas de las participantes admiten sentimientos de frustración y ansiedad cuando se enteraron que estaban embarazadas. Para ellas experimentar un embarazo después de cierta edad y reiniciar un rol que no estaba dentro de sus planes les causaba sensaciones diversas.

P. 7: “Cuando me enteré pensé Dios mío yo qué voy a hacer, con todos estos años y un nuevo hijo... no... es muy duro uno se siente terrible, uno piensa que es el fin del mundo, que me va a tocar estar en constante chequeo médico y que de pronto algo puede salir mal tanto a mí como al niño”.

Algunas mujeres el embarazo las tomó por sorpresa, consideraban que por su edad, su capacidad reproductiva había terminado; confiadas en esto, mantenían relaciones sexuales sin ningún tipo de protección, lo que las llevó a un embarazo no deseado, pero aceptado. Así lo comentan las participantes:

P. 12: “Me embaracé por confiada pensando que yo ya estaba en la menopausia, como me venía a veces y a veces no me venía, pensé que ya no me podía embarazar, porque estaba en la menopausia”.

P. 11: “Cuando me di cuenta, hay me sentí muy triste, muy mal... por la edad, porque yo hasta ya tengo nietos, a mí me dolió mucho, pero ya, al saber que llevo una vida dentro de mí, tenía que aceptarlo”.

Varias de las mujeres debieron enfrentar también problemas familiares y económicos. En cuanto a los primeros, al enterarse sus familias no asumieron positivamente la noticia del embarazo, algunas se sintieron rechazadas y abandonadas por esta situación.

P. 7: “Mis dos hijas, de 20 y 18 años, a raíz de mi embarazo dejaron de hablarme, nunca más quisieron volver a la casa, me tildaban de sinvergüenza, la sobrina mayor que el tío, algunos de los familiares se alejaron por la misma causa”.

P. 9: “Al principio mi mamá me dijo que yo para que me puse a tener más hijos, tan vieja, que lo de mi enfermedad me lo busqué yo, igual yo le dije que esta enfermedad no da por la edad, porque aquí hay mujeres más jóvenes con lo mismo”.

En lo relacionado a la situación económica, el cambio de vida que el embarazo significaba, junto con los escasos recursos económicos de algunas de ellas y su familia, las llevaron a tener sentimientos de tristeza, miedo, preocupación y rechazo en el momento que se dieron cuenta de su embarazo, ya que no era solo pensar en ellas sino en su bebé, en casi todos los casos las mujeres al final se resignaron y aceptaron el embarazo.

P. 8: “Por eso yo sentí mucha tristeza, porque yo no estaba pensando en tener más, pero mi Dios me lo dio entonces toca recibirlo, no quería tener más porque usted sabe la situación económica no está para eso, no lo deseaba, pero toca conformarse, Dios ya me lo dio, qué más puedo hacer”.

P. 7: “Me sentí prácticamente mal, porque yo no quería tener más hijos, y me sentí mal por la forma de uno, de la situación, que tengo ya muchos hijos, mucha edad, y pues el embarazo es una enfermedad muy larga”.

Ser madre después de los 35 años constituye un reto para cada participante del presente estudio, para ellas el nuevo embarazo representa una nueva oportunidad que Dios les ha dado en la vida, aunque muchas veces tienen sentimientos de ambivalencia, ya que algunas madres al principio de la gestación tienen sentimientos de alegría y felicidad, pero luego se sienten invadidas de miedo y preocupación al no sentirse capaz de terminar el embarazo clasificado como “de alto riesgo”.

P.2: *“Cuando me di cuenta que estaba embarazada, me sentí feliz porque los dos queríamos de verdad tener el bebé, y a la vez susto, también mucho miedo porque yo sabía que a la edad que yo tengo podía ser malo tenerlo y pues a raíz de eso todo lo que he vivido ha sido complicado...”*

Tema 3: Cuidándose a sí misma para proteger a su hijo por nacer

Para la mayoría de las participantes, el hecho de ser consideradas como de alto riesgo implicó cambiar totalmente su estilo de vida y por ello decidieron poner todo de su parte para enfrentar el proceso de la gestación. Las gestantes manifestaron ajustes a sus actividades de la vida diaria y nuevas prácticas encaminadas a proteger a su hijo y a ellas mismas, con el fin de evitar que la enfermedad que enfrentaban, se complicara por la falta de cuidado.

10: *“Desde que supe de mi embarazo dejé muchas cosas, yo bailaba mucho y me gustaba el traguito, imagínese ahora con diabetes nada de esas cosas puedo hacer, ni comer dulces, porque se imagina si sigo la misma vida: me muero yo o se muere mi hijo”.*

Las mujeres comentaron que para ellas era muy importante contribuir a su bienestar, por lo tanto, siguen al pie de la letra las indicaciones médicas en cuanto a la alimentación, la asistencia a las citas con el especialista, la realización de los exámenes de laboratorio, la toma de ecografías, entre otros. Una de las mujeres lo relata así:

P. 10: *“El ginecólogo, él me ha dicho que es diabetes gestacional, que hay que tener cuidados para que no me vaya a pasar nada, ni al bebé, me mandan dieta, yo estoy con el nutricionista también, tengo todos los cuidados que hay que tener; yo hago lo que dicen ellos, porque tengo que pensar en que mi bebé salga bien”.*

Respecto a los cuidados brindados por la familia en búsqueda de proteger la salud y el bienestar tanto de la madre como del bebé, las mujeres manifestaron que la familia, y en especial su pareja, se esmeraban en apoyarlas en su proceso, a través de la alimentación, la protección y el acompañamiento. Así lo relata una de las participantes:

P. 12: *“Todos en mi familia están pendientes, de que si me tomo los medicamentos, que es lo que estoy comiendo, no me dejan agitar para que no se me suba la presión y me quitaron la sal de las comidas”.*

El cuidado se encuentra influenciado por la cultura, ésta determina los estilos de vida que conllevan a la toma de decisiones de las personas, la teoría del cuidado transcultural propuesta por Madeleine Leininger señala que las prácticas de cuidado de los individuos difieren de acuerdo con la cultura de cada persona. En esta investigación se encontró que los valores culturales frente al cuidado de sí, cobran un papel importante para la mujer clasificada como de alto riesgo obstétrico; a continuación se describen algunas prácticas recomendadas por las mujeres ‘expertas’ de la familia o de la comunidad para contribuir a la conservación de su salud.

Uno de los cuidados para evitar las náuseas y el vómito al principio del embarazo, fue tomar polvo de concha de ‘gurre’. El gurre es un animal salvaje conocido científicamente como armadillo, éste se caracteriza por poseer un caparazón dorsal formado por las placas yuxtapuestas, las mujeres comentaron que se tomaba parte de dicho caparazón y lo rallaba hasta obtener un polvo y este lo mezclaban con agua. Una de las participantes lo menciona de la siguiente manera:

P. 6: *“Al principio yo vomitaba mucho, entonces mi mamá me dio un polvito, un polvito de cascarón de un animal que se llama ‘gurre’, mi mamá me consiguió un pedacito, entonces uno lo lima y saca*

un polvito que se le echa un poquito de agua y se lo toma uno y es bendito para el vómito.”

Algunas mujeres consideraron de suma importancia evitar la anemia durante la gestación, para ello se apoyaron de sus madres quienes les aconsejaban diversas maneras de evitar esta enfermedad. Así lo relata una de las participantes

P. 14: *“Hay anemia durante el embarazo y tiene uno que cuidarse, a mí me dan hígado, jugo de mora, de uva, que es lo que sube los glóbulos, también el jugo de guayaba con maní, espinaca y maní; hay que comer mucho maní para la anemia”.*

La mayoría de las gestantes se cuidan de no exponerse a fenómenos naturales como el eclipse, ya que lo relacionan con defectos en el niño, como quemaduras, lunares oscuros en el rostro, o en el peor de los casos con la muerte del hijo que está por nacer. Ellas son sumamente cuidadosas y no salen de sus viviendas el día que anuncian un eclipse solar, comentan que muchas veces pierden la cita médica o la cita para algún examen porque para ellas se corre mucho riesgo. Así lo manifestó una de las entrevistadas:

P. 9: *“Yo me cuido de no salir cuando hay el eclipse, eso es malo, porque si sale en el eclipse la mujer que está en embarazo, puede morirse o a veces se pierde el bebé, y también salen unos lunares en la cara como quemaduras uno no va a querer que le pase eso, por lo tanto yo no salgo por nada de este mundo”.*

Apoyo familiar: clave para salir adelante en el periodo de hospitalización

Algunas mujeres consideran a la familia como su principal apoyo, especialmente aquellas que no cuentan con una pareja, pero para alguna de ellas sus familiares muchas veces no pueden visitarlas por no contar con los medios económicos para el transporte, o por inconvenientes como el

domicilio lejano al municipio donde se encuentran hospitalizadas. Así lo comentan:

P. 8: *“Gracias a Dios, yo tengo acá mi familia, mi mamá que a pesar de que al principio no quería el embarazo, me han dado mucho la mano, entonces yo dije, sea para bien o para mal, yo me quedo aquí hospitalizada”.*

P. 3: *“Me da mucha tristeza cuando mi familia no me viene a visitar, pero tengo que pasar eso, porque, a veces no hay pal bus, o para traerle algo a uno, es maluco sí, yo les digo no se desesperen porque yo estoy acá bien, estoy bien atendida, y tengo que conformarme con lo poco que me puedan dar; uno tiene que estar agradecido por su apoyo”.*

Las mujeres que se encontraban hospitalizadas en la unidad de alto riesgo obstétrico, especialmente las que cursaban con diagnóstico de preeclampsia no severa, manifestaron sentirse agobiadas por el encierro, la sensación de soledad y la experiencia de un fuerte aislamiento social y familiar. Ellas consideran que deberían estar en casa, sienten que ya su salud no está tan deteriorada como cuando llegaron a la institución, comentan que dialogan con el personal de salud para manifestarles su deseo de volver a casa, pero que en algunos casos ellas no entienden las explicaciones dadas por estos, comentan que muchas veces uno explica una cosa y el otro explica otra diferente o con términos incomprensibles, llevándolas a aumentar su desespero dentro del servicio. Así lo manifestaron las participantes:

P. 13: *“Me siento atada, me quiero ir a mi casa, me da mucha tristeza que mi niño allá en casa necesítandome, porque mi esposo trabaja y hay que buscar quien lo cuide y muchas veces no encuentra quien, es duro, pero no puedo hacer nada, porque usted sabe que siempre uno en la casa hace presencia para todo, pero también me siento mal porque me da mucho miedo que pueda pasarle algo a este bebé y esa no es la idea, por*

eso me he aguantado aquí, llevo ocho días hoy, ocho días aquí encerrada”.

P. 12: *“Aquí las enfermeras son muy lindas cuando lo ven a uno como triste como aburrido, ellas vienen y le dan un abrazo, le dicen no tranquila no se preocupe, pero uno se siente como bien para irse a casa y no lo dejan salir, y si se le pregunta al doctor, él dice cosas que uno no entiende”.*

Un hallazgo importante en el estudio fue el relacionado con la situación del abandono temporal del hogar, para ellas separarse de sus otros hijos es una situación muy difícil de afrontar, ya que en algunos casos los niños en casa no tienen quien los cuide y en el mejor de los casos pasan de familiar en familiar para ser cuidados, y otras veces les toca quedarse solos en el hogar. Así lo comenta una madre:

P. 13: *“A mi hijo no lo dejan entrar acá, por eso él está aburrido, a veces me llama y se pone a llorar, pero una doctora aquí me dijo, usted tiene que estar bien para levantar esos dos bebés. Me preocupa mi hijo en la casa, me hace falta, porque cuando me como algo aquí pienso: ¿será que mi hijo comió? Él está con mi mamá, pero usted sabe que uno como madre quiere estar al lado de su hijo”.*

Tema 4: Temores por su salud y la de su hijo por nacer

El embarazo en mujeres mayores de 35 años genera especial preocupación, debido a que en la literatura científica está demostrado que a partir de esta edad hay aumento de complicaciones tanto maternas como fetales. Según Salazar (17): “no existe un período en la vida de las mujeres que sea tan crítico como el periodo perinatal”. Un factor de riesgo en el embarazo, de acuerdo con este autor “es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos”.

Los temores y preocupaciones de las participantes en este estudio se organizaron en tres subtemas: “temor a la muerte de ellas o de su hijo”; “temor a complicaciones del parto” y “temor a que el niño salga enfermito”.

“Temor a la muerte de ella o de su hijo”

Las gestantes participantes del estudio manifestaron sentir temor por su embarazo de alto riesgo, esta clasificación las lleva a que tengan pensamientos relacionados con la muerte, ya sea la de su hijo que está por nacer o la de ellas mismas. Un participante manifiesta lo siguiente:

P. 2: *“La presión se me sube, a veces me baja, está descontrolada, por esto me dijeron que yo tenía que estar en el hospital todo este tiempo que me falta para el parto, por los problemas que tengo, porque es muy peligroso, porque estoy embarazada y más de todo la preeclampsia, que es una enfermedad que se le puede subir la presión de un momento para otro y se puede morir uno y también el bebé se puede morir, yo estoy peligrando por ese problema, eso me da mucho miedo, pero yo sí quisiera salir cuanto antes de todo esto”.*

“Temor a complicaciones del parto”

Algunas de las participantes del estudio refirieron que una de sus preocupaciones era el parto, ya que su condición de salud actual no era la mejor, por sus enfermedades relacionadas con el embarazo y lo cansadas que se sentían por todo lo que estaban pasando; todo esto, sumado a lo complejo que es un parto, en donde cualquier cosa puede suceder, las llenaba de miedo y preocupación con el desenlace final de su embarazo. Así lo relata una de ellas:

P. 3: *“Pienso mucho en el parto, me da miedo porque es de mucho riesgo, porque con mi edad y mi enfermedad, las cosas pueden salir muy mal, que tal que no se controle la presión y llegue a convulsionar, o me llegue a morir, porque pues la edad es como de 20 no, ahora hay menos fuerza,*

los huesos no los aguanta uno, se cansa mucho, se agita mucho, en el primer embarazo no fue así, no estaba así, todo fue normal, la presión normal, no me sacaban tanto examen, tantas ecografías, estaba bien, nueve meses bien, normal”.

“Temor a que el niño salga enfermito”

El temor de dar a luz a un niño con discapacidad está presente en la mayoría de las participantes, ellas refieren que el embarazo a mayor edad, mayor es el riesgo para que el niño nazca con algún problema congénito. Así lo relata una participante:

P. 7: *“Me preocupa que la bebé venga con un retraso, yo conozco a una señora por la casa también que tuvo un hijo como a los 40 años y le salió enfermito, eso lo pone a uno a pensar que de repente con mi edad mi hijo puede salir así retardado o mongolito”.*

Sin embargo, otras mujeres comentan que guardan toda la fe y la esperanza en que un ser supremo las protegerá y les evitara otro padecimiento mayor al que están viviendo, además piensan que todos los estudios ecográficos que les han realizado les proporciona cierta tranquilidad con respecto a malformaciones como síndrome de Down u otras alteraciones físicas.

P. 5: *“Bueno a mí sí me preocupa como viene mi hijo, pues uno con 41 años es una lotería pero bueno estoy aferrada a Dios, él es maravilloso y está conmigo, y sé que me va a ayudar a que mi hijo salga sanito”*

DISCUSIÓN

El cuidado es un fenómeno que se presenta y es necesario en varias fases del desarrollo del ser humano (y otros seres vivos, también). No obstante, hay algunas fases y circunstancias en las que el cuidado es más necesario y entre ellas podemos mencionar: el embarazo, el nacimiento, la adolescencia, la pérdida de un ser querido, un

accidente, una dolencia, la vejez, la muerte, entre las más contundentes (18). Las embarazadas mayores de 35 años practican acciones de cuidado y protección que se encuentran enmarcadas dentro del cuidado genérico o émico que define la teoría del cuidado cultural de Leininger (19), dentro de las cuales se destacan ajustes en la alimentación, evitar exponerse a los eclipses para evitar malformaciones al hijo por nacer.

Según Leininger, la enfermera debe ir más allá de un mero reconocimiento o de apreciación de las diferentes culturas. La cultura es para ella el conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida característicos de un grupo humano, y que son aprendidos, compartidos, transmitidos de generación en generación, considera además que las creencias guían a las personas en su quehacer, es decir a las prácticas o actividades que realizan en los diferentes etapas de su vida, por lo tanto al ofrecer cuidado de enfermería a las mujeres clasificadas como gestantes de alto riesgo debido a la edad, se debe tener en cuenta sus razones, motivaciones y circunstancias que la llevaron a embarazarse después de los 35 años, como también es de mucha importancia reconocer que estas gestantes tienen temores, angustias y preocupaciones, aspectos que pueden influir en el estado de salud por el que están atravesando.

La propuesta de Leininger insta a los enfermeros identificar tres formas de acción para brindar cuidados a las personas que sean responsables y coherentes culturalmente, desde esta perspectiva entonces se proponen tres formas de acción:

Preservación o mantenimiento de los cuidados culturales. Se refiere a las acciones o actividades profesionales de asistencia, apoyo y facilitación que ayudan a las personas de una cultura determinada a recuperar o conservar su bienestar desde su propia visión, para el presente estudio vale la pena preservar los cambios de las gestantes en su estilo de vida y el uso de bebidas que son utilizadas por las gestantes para aumentar los niveles de hemoglobina (jugo de guayaba, mora, espinacas y maní).

Adaptación o negociación de los cuidados culturales. Hace referencia a las acciones o actividades creativas profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a las personas de una cultura determinada a adaptarse o a llegar a un acuerdo con otras culturas, para así obtener resultados beneficiosos y satisfactorios del trato con el personal de salud. Según los resultados del estudio vale la pena negociar con las gestantes la creencia de la exposición al eclipse.

Reorientación o reestructuración de los cuidados culturales. Describe las acciones o actividades profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayuda a las personas a reorganizar, cambiar y modificar en gran medida sus modos de vida. Según los resultados del presente trabajo es importante reestructurar la creencia de que a determinada edad (después de los 40 años), la mujer deja de ser fértil.

Generalmente, las gestantes sienten una gran esperanza por el futuro nacimiento de un nuevo ser, pero a la vez la noticia causa temor y miedo sobre todo cuando se conoce que a determinada edad tiene riesgo tanto para ella como para su hijo. Estos sentimientos hacen que la gestante realice unos cambios en su estilo de vida, encaminadas a proteger a su hijo y a ellas mismas, con el fin de evitar que su enfermedad se complique por la falta de cuidado. Un estudio denominado “Significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia” (20), las participantes identifican que la presencia de enfermedad condiciona a un cambio en el modo de vida, bien sea por voluntad propia o porque la presencia de enfermedad lo ha generado. Resultados similares se encontraron en la presente investigación, en donde todas las participantes asumieron algunos cambios en cuanto a sus hábitos en la alimentación, en su trabajo, en la forma de divertirse para cuidar de ellas y de su hijo.

La experiencia de la hospitalización es vivida en forma personal por parte del paciente, de acuerdo

con sus referencias culturales, valores y experiencias (21). El paciente, al ser admitido en el hospital es vulnerable, sus pensamientos y sentimientos orientan su comportamiento. Por lo tanto, la comprensión de estos aspectos es fundamental al brindar cuidado culturalmente coherente, un punto clave en el presente estudio fue la necesidad del apoyo familiar, las participantes consideran que la participación de sus familiares es fundamental para hacer más llevadera su situación de salud.

CONCLUSIONES

En el estudio se encontraron prácticas de auto cuidado que favorecen tanto a la madre como a su hijo por nacer, y las relaciones que estas establecieron con su red de apoyo familiar para llevar a cabo dichos cuidados y afrontar de una manera menos compleja la situación que estaba afrontando la gestante.

Durante el periodo de gestación las mujeres refuerzan su cuidado a partir de los conocimientos, las creencias, las experiencias y la cultura en la cual nacen, crecen y se desenvuelven, la teoría del cuidado transcultural posee elementos importantes que facilitan a enfermería ofrecer un cuidado coherente con las necesidades de las personas que cuida.

Conocer cómo se cuidan las gestantes tardías y cómo lo hacen para proteger a sus hijos por nacer, desde su lógica cultural, permite a la enfermera integrar un cúmulo de conocimientos valiosos desde la perspectiva de la mujer, con el fin de coordinar acciones para preservar, mantener o negociar dichos cuidados.

AGRADECIMIENTOS

A las gestantes por compartir su experiencia de salud, a la institución hospitalaria por permitirnos realizar el estudio y a las docentes de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle por ofrecernos su apoyo en investigación cualitativa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez J, Cantó L. Current understanding and management of pregnancy over 40. *Medwave* 2010; 10(6).
2. Valls M, Enríquez O, Rodríguez A, López J. Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años. *Rev Cubana Obstet Ginecol*; 2000; 35(1).
3. García I, Alemán MM. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2013 jun [acceso, enero 06 de 2012]; 39(2): 120-127. Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000200007&Ing=es
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Estadísticas vitales nacimientos año 2011. [acceso 21 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/esp/component/content/article/118-demograficas/estadisticas-vitales/2871-nacimientos-2011-preliminar>.
5. Secretaria de Salud Pública Municipal Santiago de Cali. Reporte de nacimientos vivos de acuerdo con la edad de la madre por comuna. 01 enero-2011 al 31 diciembre-2011. Santiago de Cali, 13 de Junio 2012
6. Rojas-Suárez JA, González M, Monsalve G, Escobar MF, Vasco M. Consenso colombiano para la definición de los criterios de ingreso a unidades de cuidados intensivos en la paciente embarazada críticamente enferma. *Rev Colombiana de Obste y Ginecol*. 2014; 65 (1): 47-74.
7. Peña W, Palacios J, Oscuvilca E. El primer embarazo en mujeres mayores de 35 años de edad, *Rev Per Ginecol Obste*. 2011; 57(1): 49-53.
8. Chamy V, Cardemil F, Betancourt P, Ríos M, Leighton L. Riesgo obstétrico y perinatal en mujeres mayores de 35 años. *Rev. chil. obstet. ginecol*. 2009; 74 (6): 331-338.
9. Lafaurie M, Castañeda KV. Vivencias de gestantes con embarazo de alto riesgo. [en línea] *Revista Colombiana de Enfermería*. 6 (6): 15-28 (acceso 15 de enero del 2013).
10. Lozano A, Hernández L. Significado de la gestación en mujeres mayores de 35 años. *Av Enferm*. 2016; 34(1): 8-18. en línea: doi: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm>.
11. Boyle J. Estilos de etnografía. En: Morse J., editora. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. 3ª ed. Medellín. Editorial Universidad de Antioquia; 2003. p.185-211.
12. Leininger M. *Ethnography and ethnonursing: Models and modes of qualitative data analysis*. In: Leininger M, editor. *Qualitative Research methods in nursing*. Orlando, Fl: Grune & Stratton; 1985. p. 33-75.
13. Railler M, Marriner T, Ana. *Modelos y teorías de enfermería*. Séptima edición. Ed. Elsevier. España. 2011.
14. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud Bogotá: 1993, p. 3. [acceso febrero 2 de 2010]. Disponible en: <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/NewsDetail.asp?ID=10287&IDCompany=3>.
15. Spradley J, McCurdy D. *The cultural experience: Ethnography in Complex Society*. 2ª ed. E.U.: Editorial Waveland Press. 2005
16. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Rev. Colombia Médica*. 2003; 34(3):165.
17. Salazar JA. Embarazo de alto riesgo. Colegio Médico de Bolivia. IV Jornada de Educación Médica Continua [en línea] [acceso 26 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://www.cmqqbb.com/EMBARAZO_DE_ALTO_RIESGO.pdf.

18. Waldow V. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index de Enfermería/Cuarto Trimestre 2014*, 23(4): 234 – 238.
19. Leininger M. Culture care. A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs* 2002; 13: 189-192
20. Noguera N. Significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia. [en línea] Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. Bogotá, Colombia. 2012 [http:// www.bdigital.unal.edu.co/9805/1/5539702.2012.pdf](http://www.bdigital.unal.edu.co/9805/1/5539702.2012.pdf) [acceso: 6 de febrero de 2015].
21. Gomes A, Kay M, Costa M. Sentimientos, sentidos y significados en pacientes de hospitales públicos en el noreste de Brasil. *Rev. Salud Pública*. 2009; 11(5): 754-765.