



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PARTERAS**

Vivencia del primer embarazo en mujeres mayores de 35 años.

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORAS: Br. Antonela Cardoso

Br. Gimena Chocho

TUTORA: Prof. Adj. Obst. Part. Verónica Delbono

Montevideo, Junio 2018

Agradecimientos:

Queremos agradecer en primer lugar a cada una de las mujeres que participaron de esta investigación, compartiendo con nosotras algo tan valioso como es su tiempo, contándonos sus historias de maternidad. Sin ellas este trabajo no hubiese sido posible.

A nuestras tutoras Verónica y Tamara por acompañarnos y ayudarnos en este camino desde el inicio hasta el final, piezas fundamentales de este rompecabezas.

A la Obstetra Partera Nathalie Canobra por la disposición que tuvo durante todo el proceso.

A cada una de las Parteras que se cruzaron en nuestro camino y nos brindaron sus experiencias para nuestra formación.

A nuestras familias, novios y amigas, que hemos tenido en vilo durante el transcurso de esta hermosa carrera, con la cual hemos compartido anécdotas, alegrías y tristezas, nos contuvieron siempre.

Gracias.

Algunos lo llaman final, nosotras lo llamamos empezar algo nuevo...

Tabla de contenidos

AGRADECIMIENTOS.....	Pág. 2
TABLA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS.....	Pág. 5
RESUMEN.....	Pág. 6
ABSTRACT.....	Pág. 8
INTRODUCCIÓN.....	Pág. 10
CAPÍTULO I: ANTECEDENTES.....	Pág. 14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	Pág. 24
Maternidad.....	Pág. 25
Maternidad a nivel socioeconómico y cultural.....	Pág. 26
Movimiento Feminista.....	Pág. 35
Sexualidad Femenina.....	Pág. 39
Embarazo.....	Pág. 42
Cambios psicológicos y emocionales del embarazo.....	Pág. 42
Embarazo según riesgo.....	Pág. 46
Gestante añosa.....	Pág. 48
Implicancias de ser primigesta añosa.....	Pág. 49

Infertilidad y reproducción humana asistida.....	Pág. 54
Factores de riesgo en gestantes aÑosas.....	Pág. 56
Resultados obstétricos.....	Pág. 58
CAPÍTULO III: OBJETIVOS.....	Pág. 60
Objetivo general.....	Pág. 61
Objetivos específicos.....	Pág. 61
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....	Pág. 62
CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS.....	Pág. 65
Datos generales.....	Pág. 66
Caracterización de la población entrevistada.....	Pág. 69
Análisis y discusión de los datos.....	Pág. 72
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES, CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES.....	Pág. 101
Conclusiones.....	Pág. 102
Consideraciones y recomendaciones.....	Pág. 106
CAPÍTULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	Pág. 109
CAPÍTULO VIII: APÉNDICES Y ANEXOS.....	Pág. 118

Tabla de siglas y abreviaturas

BPS	Banco de Previsión Social
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CHPR	Centro Hospitalario Pereira Rossell
CLACSO	Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales
DD SS y RR	Derechos Sexuales y Reproductivos
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
MS	Ministerio de Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
MYSU	Mujer y Salud en Uruguay
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PARO	Policlínica de Alto Riesgo Obstétrico
RHA	Reproducción Humana Asistida
SIP	Sistema Informático Perinatal
TRHA	Técnicas de Reproducción Humana Asistida
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UNFPA	United Nations Population Fund (Fondo de Población de las Naciones Unidas)

Resumen

Debido a que en Uruguay se ha producido un aumento en la cantidad de mujeres que tienen su primer embarazo luego de los 35 años, consideramos importante abordar esta temática desde un enfoque vivencial, dado que el mismo en varias oportunidades no es contemplado. Esto queda en evidencia ya que no existen trabajos de investigación en nuestro país que contengan dicho enfoque, sino que se centran exclusivamente en los riesgos biológicos, mostrando únicamente al embarazo luego de los 35 años como algo negativo y de riesgo. Para realizar nuestra investigación nos planteamos como objetivo principal conocer los factores determinantes del primer embarazo y la vivencia del mismo en dichas mujeres, para lograr una asistencia integral.

Esta investigación tiene un enfoque cuantitativo-cualitativo, de carácter exploratorio, corte transversal, retrospectivo. La técnica de recolección de datos fue la entrevista personal semi-dirigida, voluntaria y anónima a 10 usuarias que tuvieron su primer nacimiento en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) durante el período estudiado de enero a octubre del año 2017, así como también la revisión del carné obstétrico perinatal con el fin de lograr la mayor veracidad posible. Destacamos que el resultado de estas entrevistas corresponde a una muestra de la población y no a la población en general, teniendo en cuenta que se trata de una muestra pequeña la cual tiene como fin, ser el puntapié inicial para continuar investigando la temática.

A partir de los datos obtenidos los resultados demuestran que la decisión de ser madre luego de los 35 años está influenciada por una variedad de factores individualizados que actúan en conjunto, siendo el cambio del rol de la mujer en la sociedad uno de los factores que más influye a la hora de tomar la decisión

de la maternidad. Por otro lado, en relación con la vivencia, el haber desarrollado patologías durante la gestación no determinó una influencia directa en cómo fue la vivencia de la misma, hecho a destacar ya que muchas veces se asocia el embarazo mal tolerado con una mala experiencia de esta. A su vez en relación con el equipo de salud la asistencia se valoró positivamente en general, pero quedan algunos aspectos para mejorar. Se destacó favorablemente la presencia de la Obstetra Partera durante todo el proceso de gestación y nacimiento, generando apoyo y contención.

Palabras Claves: Maternidad, primer embarazo, 35 años, edad avanzada, vivencia.

Abstract

Due to the fact that in Uruguay there has been an increase in the number of women who have their first pregnancy after the age of 35, we consider it important to approach this topic from an experiential approach, given that it is not contemplated on several occasions. This is evident as there are no research projects in our country that contain such an approach, but instead focus exclusively on biological risks, showing only pregnancy after 35 years as something negative and risky. In order to carry out our research, we set out as the main objective to know the determining factors of the first pregnancy and the experience of the same in said women, to achieve a comprehensive assistance.

This research is of an exploratory nature, with a qualitative, cross-sectional, retrospective approach. The technique of data collection was the semi-directed, voluntary and anonymous personal interview to 10 users who had their first birth in the CHPR during the period studied January to October 2017, as well as the revision of the perinatal obstetric card in order to achieve the greatest possible veracity. We emphasize that the result of these interviews corresponds to a sample of the population and not to the population in general, taking into account that it is a small sample which aims to be the starting point to continue investigating the subject.

Based on the data obtained, the results show that the decision to become a mother after the age of 35 is influenced by a variety of individualized factors that act together, with the change of the role of women in society being one of the factors that most influences when making the decision of motherhood. On the other hand, in relation to the experience, having developed pathologies during

pregnancy did not determine a direct influence on how the experience was, a fact that is often associated with poorly tolerated pregnancy with a bad experience of it. In turn, in relation to the health team, attendance was positively assessed in general, but there are still some aspects to improve. The presence of the Midwife Obstetrician was favorably highlighted during the entire gestation and birth process, generating support and restraint.

Keywords: Maternity, first pregnancy, 35 years, advanced age, experience.

Introducción

Cada vez se posterga más la maternidad en nuestro país por diferentes razones, entre ellas se encuentran, razones sociales, culturales, económicas, de las cuales se destaca priorizar el desarrollo profesional y lo que tiene que ver con la situación de pareja de la mujer, todo esto ligado principalmente a los cambios socioculturales propios de la liberación femenina. Así mismo se observa que los aspectos socioculturales han cambiado, pero no así los aspectos biológicos que son innatos, y muchas veces sucede que cuando deciden ser madres se encuentran con dificultades para lograr el embarazo.

Se ha visto un progresivo aumento en la cantidad de mujeres mayores de 35 años que tienen su primer hijo en nuestro país, observándose según datos aportados por el Ministerio de Salud (MS) en el 2008 un porcentaje de 1,4% del total de nacimientos, incrementándose en el 2015 a un 2,3%.

Se considera importante conocer la vivencia de estos embarazos desde nuestra profesión como futuras Obstetras Parteras para realizar un correcto abordaje de la situación, prevenir y detectar a tiempo factores de riesgo y complicaciones que se puedan desarrollar, acompañando en este proceso de vulnerabilidad, sin dejar de lado la vivencia de la maternidad, hecho que muchas veces no es prioridad para los profesionales de la salud quienes se centran en las consideraciones biomédicas dejando de lado la experiencia del proceso de gestación, lo que ayudaría a brindar una atención integral de la salud generando empoderamiento en las mujeres y contemplando los derechos de las mismas.

La Obstetra Partera es parte de la comunidad y uno de los principales referentes en la maternidad. Tiene una capacitación integral que le permite abordar situaciones en relación a lo biológico, psicológico y social. La vivencia del primer embarazo es de suma competencia para la Obstetra Partera, quien se encarga de acompañar, empoderar, contener y guiar a las mujeres en dicho proceso.

En nuestro país no hay estudios que contemplen la vivencia del primer embarazo en mujeres mayores de 35 años. Como futuras Obstetras Parteras, consideramos que este trabajo de investigación contribuye a la formación de nuestra profesión. Vivimos en un cambio constante, por lo que todo profesional de salud es responsable de adaptarse a las nuevas actualizaciones y a los nuevos cambios de la sociedad.

Para formular la pregunta principal de investigación, nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cómo es la vivencia del primer embarazo en mujeres mayores de 35 años?

Con ese fin los objetivos se basan en conocer la vivencia del primer embarazo en dicha población, profundizando en las experiencias, la aceptación del entorno social, incluyendo tanto a su familia como al equipo de salud. Junto con esto las causas y motivaciones por las cuales las usuarias tuvieron su primer embarazo a partir de los 35 años, además de saber cómo fue concretado y transitado el proceso de gestación, así como también cuál fue la percepción de los riesgos asociados por parte de ellas. Siendo entonces el objetivo general, conocer los factores determinantes del primer embarazo en mujeres a partir de los 35 años y la vivencia del mismo, mientras que los objetivos específicos plantean, determinar el porcentaje de usuarias mayores de 35 años que tienen su primer nacimiento en el CHPR durante el período establecido, conocer las

causas y motivaciones por las cuales las usuarias tuvieron su primer embarazo luego de los 35 años y describir la experiencia del proceso de embarazo y nacimiento.

El diseño metodológico tiene un enfoque cuantitativo-cualitativo, dado que se basa en el análisis e interpretación de la realidad subjetiva, en donde se otorgan ciertos significados a los discursos y donde el conocimiento surge de la interacción social dada en dicha investigación, además de contemplar los aspectos estadísticos. Presenta carácter exploratorio, ya que no hay evidencias de estudios en el país acerca de la temática y retrospectivo ya que los sucesos ya habían acontecido en el momento que estudiamos el proceso de concepción, gestación y nacimiento. Se logra recabar los datos mencionados anteriormente utilizando como base la entrevista personal semi-dirigida y en profundidad de carácter anónimo, confidencial y voluntaria a puérperas que cumplieran con los criterios de inclusión, contactadas en el CHPR durante el período estudiado, teniendo siempre presente las consideraciones éticas establecidas tanto en dicha institución, como en cualquier investigación que se realice con seres humanos. Además, se realizó la revisión del carné obstétrico para lograr una mayor exactitud de los datos estadísticos.

El presente trabajo cuenta con 10 capítulos que se organizan de la siguiente manera: en el capítulo 1 se muestran los antecedentes, nacionales e internacionales que abordan la temática desde varios puntos de vista; el capítulo 2 corresponde al marco teórico el cual contiene información relacionada al tema de investigación, ayudando a comprender diferentes aspectos del mismo, que incluye maternidad, maternidad a nivel socioeconómico y cultural, movimiento feminista, embarazo según riesgo, cambios psicológicos y emocionales del embarazo, gestante añosa y sus implicancias, infertilidad, reproducción humana asistida (RHA), factores de riesgo y resultados obstétricos en gestantes añosas; en el capítulo 3 se

encuentra el objetivo general y los objetivos específicos; en el capítulo 4 la metodología con su correspondiente descripción; seguido del capítulo 5 destinado a la presentación de datos, análisis y discusión de los mismos, donde se establece la cantidad de usuarias, las cuales participaron de la investigación, así como también las que no participaron y los motivos, se presenta a su vez la caracterización de la población estudiada. En cuanto a la discusión de los datos, se encuentran subdivididos en diferentes categorías para su mejor análisis y comprensión: decisión de la maternidad, experiencia del proceso de gestación y consideraciones acerca de la postergación del embarazo, en dicho capítulo se expondrán además frases destacadas de las propias entrevistas para poder transmitir de una forma más real lo surgido en cada una de ellas, las cuales despertaron varias emociones; luego en el capítulo 6 se presentan las conclusiones según los datos obtenidos en nuestra investigación además de las consideraciones finales y recomendaciones, detallando las posibles futuras líneas de investigación y para cerrar los próximos dos capítulos corresponden a la bibliografía consultada y los anexos.

CAPÍTULO I

Antecedentes

Se han llevado a cabo múltiples estudios acerca del embarazo en mujeres añosas. Dentro de los enfoques predominantes se encuentran los que tienen que ver con lo biológico, precisamente sobre los riesgos maternos-perinatales, morbilidad y mortalidad en las madres y sus recién nacidos. Mientras que en menor medida aquellos con enfoque social, psicológico y emocional.

Particularmente en nuestro país es nulo el abordaje de este fenómeno en lo que tiene que ver con estudios e investigaciones que tengan presentes los aspectos psico-sociales en madres añosas. A continuación, se desarrollarán algunas de las investigaciones relacionadas al tema.

Para comenzar, respecto a los factores influyentes en la postergación de la maternidad; un artículo de investigación titulado “Postergación de la maternidad en Chile: Una realidad oculta” informa que la postergación de la maternidad se está convirtiendo en un tema de salud pública relevante en algunos países, mientras que en otros ya corresponde a una realidad desde hace más de una década. Afirma que éste fenómeno no está visto como algo positivo por la sociedad científica dado que produce un aumento en la infertilidad, riesgos de cromosomopatías fetales, patologías del embarazo, morbilidad y mortalidad en recién nacidos; además de suponer un alto costo por parte de los gobiernos y estrategias para incentivar la maternidad. Esta investigación consistió en realizar un estudio analítico de dos centros hospitalarios, uno público y otro privado, con diferentes realidades socioculturales y económicas. Se planteó como hipótesis que el nivel socioeconómico de la mujer se asocia en forma directa a la postergación de la maternidad. Culminando con la confirmación de la hipótesis y agregando que la formación académica y el acceso a mejores oportunidades laborales cumplen un rol fundamental en la decisión de postergar la maternidad (Fuentes, et al., 2010).

Teniendo en cuenta los aspectos sociales, un estudio de investigación llamado “Comparación de las características demográficas y obstétricas de las mujeres primíparas canadienses de edad materna avanzada y de edades menores” informa por su parte que el postergar la maternidad es un hecho que se ha vuelto común y que es aceptado socialmente. Éste complementa el artículo anterior agregando otros factores influyentes en la postergación del embarazo como: el avance y la eficacia en cuanto a los métodos anticonceptivos, la mayor expectativa de vida y el contraer matrimonio tardíamente. El estudio consistió en comparar los dos grupos de primíparas teniendo en cuenta cuatro categorías: características demográficas, características obstétricas, conocimientos acerca de la salud y hábitos de comportamiento y resultados obstétricos. Realizado mediante entrevistas telefónicas. Se obtuvo como conclusiones que el embarazo en edad materna avanzada es diferente que, en mujeres más jóvenes; se destaca que las mujeres en edad materna avanzada tienen mayor estado socioeconómico y educacional, la mayoría planificó su embarazo, se observó más conocimiento acerca del embarazo, accedieron a las clases de preparación para el parto e informaron la práctica de hábitos saludables más que las mujeres más jóvenes. Como aspecto negativo se notaron más complicaciones obstétricas en las mujeres en edad materna avanzada durante el embarazo o porque ya presentaban enfermedades médicas crónicas antes del embarazo, además el aumento del intervencionismo, de las inducciones del trabajo de parto y la cesárea. En este caso se estimula a realizar acciones de promoción de salud en el grupo de mujeres primíparas más jóvenes (Bayrampour y Heaman, 2011).

Con el fin de acercarse a cómo las mujeres perciben el riesgo del embarazo en esta etapa de la vida, destaca el artículo de investigación denominado “Edad materna avanzada y percepción del riesgo: estudio cualitativo” el cual informa que el embarazo en edad materna avanzada se considera un embarazo de alto riesgo, existiendo variedad de estudios sobre este tema, pero no concretamente sobre cómo es la percepción de riesgo en las mujeres con edad

materna avanzada. La investigación consistió en realizar entrevistas en profundidad a 15 mujeres embarazadas que transcurrían el tercer trimestre, mayores de 35 años, nulíparas y que estaban cursado un embarazo único. Como conclusión se vio que, hay varios factores que influyen en como las mujeres perciben el riesgo del embarazo, que tampoco se ven únicamente riesgos físicos, si no también nombran riesgos psicológicos y sociales. Por ejemplo, al embarazo en edad materna avanzada lo consideraron de bajo riesgo cuando se encuentra dentro de un contexto saludable y sin complicaciones propias del embarazo, mientras que cuando se detecta alguna complicación, ansiedad, actividad física limitada, resultados anormales de estudios solicitados, la mujer reconoce que la edad materna avanzada por sí sola, es un factor de riesgo de resultados desfavorables durante el embarazo (Bayrampour, et al., 2012).

Respecto al plano psicológico, una investigación llamada “Asociaciones entre edad materna avanzada y angustia psicológica en las mujeres primíparas, desde el inicio del embarazo hasta los 18 meses posparto” plantea Investigar si la edad avanzada de la madre aumenta el riesgo de angustia psicológica durante el embarazo. En particular, en esta investigación la edad avanzada de la madre se definió como ≥ 32 años y un grupo de referencia de mujeres de 25-31 años fue utilizado para las comparaciones. Como resultado se obtuvo que las mujeres de edad avanzada tuvieron puntuaciones ligeramente mayores de angustia psicológica que el grupo de referencia. Cabe destacar que el antecedente de depresión aumentó el riesgo de angustia en todas las mujeres por igual. Como conclusión se dio entonces que las mujeres de 32 años y más habían aumentado ligeramente el riesgo de sufrimiento psicológico durante el embarazo y los primeros 18 meses de maternidad en comparación con las mujeres de 25 a 31 años (Aasheim, et al., 2012).

Otro artículo, el cual toma en cuenta tanto los aspectos psico-emocionales como los sociales, donde se utilizó la entrevista abierta a un grupo de 9 primigestas sanas, denominada “Significado de la primera gestación en mujeres mayores de 35 años”, se da a conocer por los diferentes sentimientos y emociones que atraviesan las mujeres durante el proceso de embarazo, entre ellos mezcla de miedo, incertidumbre, sugestión, felicidad, alegría. Éste dio como resultado que la maternidad después de los 35 años significa una elección de vida innovadora en cuanto a patrones sociales y culturales, generando una sensación en la mujer de autonomía y libertad; además destaca la importancia de tener en cuenta en las consultas prenatales, de la misma forma los aspectos psicológicos como los biológicos; recalando brindar respeto y tener siempre presentes los derechos en salud sexual y reproductiva (Lozano y Hernández, 2013). Por otro lado, en el artículo denominado “Edad materna avanzada: postergar el embarazo es raramente una opción consciente. Estudio cualitativo de la visión y experiencia de las mujeres.” El cual coincide con el artículo anterior, afirma que hay una tendencia global en postergar el embarazo más allá de los 35 años, particularmente en Estados Unidos el promedio de mujeres que dan a luz su primer hijo entre los 35 y los 39 años ha aumentado desde 1978 en un 2% anualmente. Destaca que fue el primer estudio cualitativo en Reino Unido sobre este fenómeno, el cual dio a conocer la importancia del abordaje por parte de los profesionales de salud que asisten el embarazo en esta etapa de la vida, siendo necesario brindar adecuada información y apoyo (Cooke, et al., 2011).

En otra investigación la cual tiene en cuenta también los mismos aspectos que las dos investigaciones anteriores, titulada “Consecuencias psicosociales del embarazo en mujeres añosas de 35 años o más” agrega otros motivos de la postergación del embarazo aparte de los ya relatados, como son, el aumento del divorcio y el deseo de formar una familia con una nueva pareja, así como también el avance en las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA). Por otro lado, afirma que lo importante para obtener buenos resultados

materno-perinatales, es el estado de salud preexistente de la mujer, el correcto control obstétrico y no asimismo la edad materna. Este dio como conclusiones que el rechazo por parte del entorno familiar se dio en un 47,75% de la población de usuarias estudiadas, la separación de la pareja se dio en un 60,09% y la depresión como consecuencia psicológica del embarazo se dio en un 61,06%. Por lo que se puede afirmar que la depresión y la separación son consecuencias psicosociales del embarazo, pero se recomienda ahondar más en el tema dado que existen pocas o nulas investigaciones sobre esto (Fassio y Medina, 2013).

Yendo a otro enfoque, desde el punto de vista de los riesgos biológicos, destacamos a nivel nacional una investigación realizada en la Escuela de Parteras (Facultad de Medicina – Universidad de la República) titulada “Resultados obstétricos y perinatales en gestantes añosas” La misma tuvo lugar en el CHPR, la cual concluye que existe un aumento de la morbilidad materna; siendo las causas principales: los estados hipertensivos del embarazo, la hipertensión crónica y la cesárea. Aumentando también la morbilidad neonatal debido a la incidencia de prematurez y bajo peso al nacer; también se demostró que existe un aumento en la tasa de mortalidad fetal. Expresa entonces la necesidad de que estos embarazos sean considerados de alto riesgo obstétrico y por lo tanto se asista como tal. Así como también destaca la importancia de brindarles a las mujeres la información necesaria en cuanto a los riesgos existentes, ante la decisión de concebir, destacando el rol de la partera en dichos casos como principal agente en las captaciones de embarazos (González y Ferreiro, 2013).

Mientras que a nivel internacional se encontraron variados estudios sobre dicho aspecto, los cuales se complementan unos a los otros. Destacamos entre ellos un estudio de la Escuela de Medicina en Valparaíso Chile titulado “Riesgo Obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años”, el cual tuvo como

objetivo valorar el riesgo materno y perinatal en gestantes mayores de 35 años, durante un período de 5 años, concluye que el 10,9 % de los partos fueron gestantes de entre 35 y 39 años, y 3,6% mujeres de 40 años o más, siendo un 27,2 % de los embarazos mujeres primigestas. Apreció que el riesgo de eventos adversos maternos y perinatales aumenta proporcionalmente con la edad, afirmando que la edad materna avanzada se asocia significativamente a eventos maternos y perinatales adversos de forma independiente (Chamy, et al., 2009).

Siguiendo en la misma línea de investigación, 2 artículos confirman el riesgo materno perinatal que presentan estos embarazos, al igual que lo expresa el artículo anterior. Por un lado, una investigación titulada “La maternidad en madres de 40 años” donde se realizó una revisión sistemática de estudios que informaron resultados sobre las distintas complicaciones maternas y neonatales. En donde se concluyó que en embarazos de edad materna avanzada hay una tendencia al incremento de sufrir enfermedades durante el embarazo, complicaciones en el parto y la salud del recién nacido. Por lo que se debe de informar a las mujeres de las posibles complicaciones, así como también capacitar al personal de salud para identificar los riesgos adecuadamente y obtener así, como resultado una madre y un recién nacido sanos (Martínez, 2016). Y por el otro lado un artículo informativo de Barcelona relativamente actual, de 2016 llamado “Complicaciones obstétricas y perinatales en mujeres mayores de 40 años: asociaciones con trastornos del crecimiento fetal” informa que la maternidad luego de los 40 años se está convirtiendo en un fenómeno habitual y que afecta al sistema de salud pública por el incremento de riesgo a nivel materno perinatal. En la investigación se comparó los resultados obstétricos de grupos de mujeres en diferentes rangos etarios y concluyó que la edad materna mayor o igual a 40 años está asociada a malos resultados obstétricos y perinatales (Zapata, et al., 2016).

Por otro lado, y relacionando particularmente la edad materna avanzada con complicaciones específicas, una investigación titulada “Asociación entre edad materna y malformaciones congénitas” la cual consistió en estudiar utilizando una base de datos perteneciente a Estudio Colaborativo Latino Americano de Malformaciones Congénitas a todos los recién nacidos que tuviesen malformaciones congénitas vivos o mortinatos en el período 1996-2005. Se planteó dentro de los objetivos calcular la prevalencia de este tipo de malformaciones en diferentes grupos etarios y el riesgo relativo de tener un/a hijo/a con malformaciones en cada grupo etario. Como conclusiones se vieron que existe una menor frecuencia de malformaciones congénitas en madres entre 20 y 29 años, mientras que en madres con edades extremas se calculó más de la mitad de los niños con malformaciones congénitas (55,8% en el período de tiempo estudiado). Dentro del tipo de malformaciones encontradas, se vio que, a mayor edad, aumenta el riesgo de síndrome de Down y otras trisomías como 13 y 18; además de una mayor frecuencia de otras malformaciones congénitas como las del sistema gastrointestinal y malformaciones múltiples, mientras que las más frecuentes encontradas en madres adolescentes fueron malformaciones craneofaciales y gastrosquisis (Nazer, et al., 2007).

En cuanto a la relación entre edad materna y muerte fetal, esta investigación titulada “Edad materna avanzada y riesgo de muerte fetal anteparto e intraparto” planteó como objetivo evaluar el riesgo de los nacidos muertos intraparto o antes del parto en mujeres con edad materna avanzada. Consistió en realizar un estudio retrospectivo donde se examinó el impacto de la edad materna avanzada anteparto e intraparto. Los resultados mostraron que la tasa de nacimientos (muertos) es mayor en mujeres de edad avanzada y concluye que a medida que avanza la edad materna las embarazadas se enfrentan con resultados fetales adversos y muerte materna (Salihu, et al., 2008).

Mientras que por otro lado y siguiendo con el mismo tema, en una investigación titulada “Edad materna avanzada ¿Las decisiones sobre el momento del embarazo una falta de comprensión de los riesgos?” Afirma que en el mundo desarrollado una porción de los nacimientos es atribuible a mujeres de edad avanzada mayor o igual a 35 años. Entre 1995 y 2003, la edad media de las primigestas en Canadá aumentó de 28,8 a 29.6 años. En promedio, las que son madres por primera vez en Canadá son mayores que las primigestas en otros países desarrollados. En este artículo se informaron resultados de una revisión sistemática, de 31 estudios de cohortes retrospectivos, de los cuales 6 de los casos de control indicaron una asociación significativa entre la edad materna avanzada y el riesgo de muerte fetal. Sostienen que todavía queda mucho por aprender sobre el impacto del estilo de vida y los factores socioeconómicos relacionados al riesgo de muerte fetal (Benzies, 2008).

Para finalizar se relatan tres estudios los cuales coinciden en que si bien el embarazo en mujeres en edad materna avanzada es considerado de riesgo, hay que ver la situación en su forma global, tal es así que un estudio de gestantes de edad avanzada pertenecientes al Hospital Universitario de Caracas, en donde se estudiaron 436 embarazadas atendidas en dicho Hospital, divididas en dos grupos para realizar un estudio comparativo; de los cuales el grupo A de alto riesgo obstétrico pertenecía a las mujeres embarazadas mayores de 35 años y el B de bajo riesgo obstétrico a las mujeres embarazadas menores de 35 años. El objetivo de dicho estudio fue determinar si la edad materna avanzada es un factor de alto riesgo obstétrico y perinatal, así como también si el control prenatal, el control del parto y puerperal en la mujer de edad avanzada disminuye el nivel de riesgo materno perinatal. Este estudio mostró que la edad materna avanzada a pesar de ser un factor de alto riesgo obstétrico no mostró gran diferencia respecto a la morbimortalidad con las gestantes menores de 35 años, teniendo en cuenta la adecuada atención prenatal para la detección oportuna de las complicaciones (Schuller, et al., 2007).

Por otro lado, una investigación de la Habana Cuba, titulada “Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años” donde se realizó un estudio observacional de algunos aspectos del embarazo en mujeres de 40 años. Encontró como resultado que la incidencia de los partos en esta edad ha aumentado en los últimos 5 años, las nulíparas representaron un 19% de mujeres, más del 60% tenían como antecedente haber cambiado de pareja, un 43% tenía sobrepeso al inicio del embarazo, 39,7% fumaban, y más de la mitad tuvieron un parto distócico. De las patologías asociadas al embarazo la que predominó en este estudio fue la patología hipertensiva. Dicho estudio expresa que en las mujeres que tienen su parto a los 40 años o más, es de mucha importancia el trabajo en la consulta prenatal y que dichas mujeres en buen estado y con un buen control preconcepcional tienen gran posibilidad de tener un parto exitoso (Valls, et al., 2009).

Por último, una investigación titulada “El primer embarazo en mujeres mayores de 35 años” la cual tiene como base la interrogante “¿Es el primer embarazo a partir de los 35 años, un factor de riesgo para que se presenten complicaciones en la gestación, el parto y en el recién nacido?” Relata que se está postergando la maternidad hasta una vez alcanzada la estabilidad emocional, social y financiera. Lo cual tiene como riesgos el aumento de la morbilidad materno-perinatal, según refiere por la mala adaptación del cuerpo al embarazo, teniendo como resultado un embarazo y parto no exitoso. Se concluye que existen tales riesgos, pero ninguna de tal gravedad como para desalentar la maternidad tardía. A destacar como conclusión se describió que la cesárea es el efecto adverso más frecuente y con evidente asociación estadística (Peña, et al., 2011).

CAPÍTULO II

Marco teórico

Maternidad

La maternidad no es un “hecho natural”, sino una construcción cultural multideterminada, definida y organizada por normas que se desprenden de las necesidades de un grupo social específico y de una época definida de su historia. Se trata de un fenómeno compuesto por discursos y prácticas sociales que conforman un imaginario complejo y poderoso que es, a la vez, fuente y efecto del género (Palomar, 2005 citado por Izzedin-Bouquet y Pachajoa-Londoño, 2011, p.150).

Es un fenómeno sociocultural complejo, además de pasar por los aspectos biológicos como son la gestación y el parto, tiene componentes psicológicos sociales, culturales, y afectivos del ser madre, los cuales se construyen de la interacción de las mujeres con otras personas en distintos ámbitos.

Debido a que todas las mujeres no siempre llegan y/o quieren ser madres, se considera que la maternidad no es algo universal, pero representa un instinto que se presenta en la mayoría de las mujeres las cuales se identifican con la figura de ser madres. Ese instinto natural se encuentra presente también en los mamíferos que viven el mismo proceso de reproducción que los seres humanos, siendo propio de la naturaleza. En los seres humanos no es sólo cuestión de naturaleza, sino que también la construcción social a lo largo de los años ha hecho que la mujer sea sinónimo de madre. Esta creencia es algo subjetiva debido a que existen mujeres que no ven la maternidad como algo necesario y condicionante para la mujer, es sólo una creencia cultural debido a que el hecho de que la mujer se encuentre preparada biológicamente para ser madre no significa que tenga que serlo, estaría en cada mujer la decisión de serlo o no.

Mientras tanto en aquellas mujeres que deciden ser madres ya sea naturalmente, por TRHA o mediante la adopción, todas ellas se encuentran destinadas a afrontar un cambio a nivel de sus vidas, donde se priorizará el cuidado y la atención del bebé que llegará, generando otras responsabilidades en torno a su bienestar.

Maternidad a nivel socioeconómico y cultural

La maternidad es una práctica en movimiento cuyo fenómeno y sentido se modifican mientras el contexto se va transformado. “Las madres tienen una historia y, por lo tanto, la maternidad ya no puede verse como un hecho natural, atemporal y universal, sino como una parte de la cultura en evolución continua” (Palomar, 2005, p.40). Fue gracias a las antropólogas e historiadoras que se entendió a la maternidad como una práctica cultural. Un ejemplo para dar cuenta del mismo es que, fuera del parto y lactancia las demás actividades ya sea conductas, actitudes y formas de ser se modifican según los valores de género prevalecientes (Palomar, 2005).

Asimismo, por otro lado, sabemos que la maternidad es algo que se les plantea a las mujeres en algún momento de sus vidas. Es un hecho que se presenta de forma naturalizada, por lo que se vive de manera automática, sin que haya una reflexión consciente en la toma de decisión de ser madre; provocado por mandatos sociales y culturales (Palomar, 2005).

En contextos de pobreza es mayor la tensión en cuanto a las exigencias e ideales de género, lo que genera malestar emocional; igualmente en contraposición, cada vez más se ve en las mujeres el hecho de asumir cualquier riesgo, por ejemplo, las prácticas clandestinas (aborto) para poder

decidir sobre su cuerpo y destino (Palomar, 2005). Hecho que actualmente en Uruguay no se da, dado la vigente ley de despenalización del aborto, la que asegura a todas las mujeres del país, sin importar estratos sociales un lugar seguro para la práctica de la misma, así como también el ofrecer la opción. Siendo antes de la vigente ley, la realidad también de nuestro País.

Factores como la extensa pobreza, la diversidad cultural, las políticas demográficas, los rituales populares, los usos y costumbres tradicionales, las políticas públicas en todos los campos, así como los saberes y las leyes propios de nuestro medio, imprimen un sello particular al significado de la maternidad y a la experiencia subjetiva de ésta (Palomar, 2005, p.54).

Para entrar un poco en la realidad de nuestro país, la que está seguida por políticas de gobierno y culturas específicas, como cada país en su particularidad, se obtuvieron datos aportados por el MS, los cuales utilizaron como fuente el Certificado de Nacido Vivo, donde se observó que a partir del año 2000 al 2011 hubo una progresiva baja en el total de nacimientos en nuestro país, para luego a partir del 2012 hasta el 2015 aumentar, con excepción del 2014, año en el cual se vio una disminución. Para esto habría que seguir evaluando si se mantiene en aumento o vuelve a decaer, como lo venía haciendo, dado que se tiene poco margen como para sacar conclusiones. Por otro lado, se reflejó desde el 2008 hasta el 2015 un progresivo aumento en el número de mujeres mayores de 35 años que tuvieron su primer/a hijo/a, en los cuales se evidenció un aumento de un total de 677 mujeres en el 2008 a un total de 1112 en el 2015. Confirmando el hecho de que la postergación del embarazo en nuestro país es una realidad.

Otro dato importante que destacar fue que, de ese total de mujeres, en la gran mayoría el nacimiento ocurrió a nivel privado con un total de 1031, mientras que a nivel público el total fue de 65 mujeres, el resto se repartió en otros tipos

de establecimientos como Banco de Previsión Social (BPS), Hospital Policial, Militar, entre otros. Hecho que vincula el fenómeno de la postergación de embarazo con sociedades de estratos sociales medios a altos, básicamente.

Estos últimos datos llevan a reflexionar y según aportes de Mujer Y Salud Uruguay (MYSU) (2012) los cuales llevan a profundizar en el tema, refiere que, en cuanto al nivel educativo se ve una clara diferencia entre mujeres con mayor y menor nivel educacional, en cuanto a la edad en que tuvieron su primer/a hijo/a. Las mujeres con estudios terciarios tuvieron en promedio su primer/a hijo/a a los 27 años, mientras que las que tienen menos nivel de instrucción, lo tuvieron a los 20 años, esto demuestra una diferencia de 7 años. También se vio la desigualdad en cuanto a la cantidad de hijos/as con relación al nivel de instrucción, el cual informó que en mujeres que tienen estudios primarios la media de hijos/as es de 3,09, mientras que la media de hijos/as de mujeres con niveles terciarios es casi la mitad, 1,6 hijos/as.

Cabe destacar que “En nuestro país, donde se produce el índice más alto de reproducción social, es en los sectores pobres, afectando mayormente a niños y adolescentes” (Marotta, 2009 citado por Pintos, 2015, p.29). Esto lleva a reflexionar a su vez que “El número y el espaciamiento de los hijos tenidos por las mujeres, en una sociedad y en un tiempo histórico determinado, es un dato relevante para analizar el cumplimiento de los derechos reproductivos” (MYSU, 2012), en este sentido MYSU (2012) se plantea el hecho de considerar que es fundamental la educación y el acceso a bienes materiales como servicios de salud oportunos, de calidad, para ejercer y apropiarse de los derechos sexuales y reproductivos, además de generar autonomía y empoderamiento en la toma de decisiones reproductivas y sexuales.

Por otro lado, en cuanto a expectativas y satisfacción respecto al número de hijos/as, dos sería el número promedio de hijos/as tenido por las mujeres y a su vez también el número ideal de hijos. En este punto la diferencia está dada en mujeres con mayor instrucción donde se acentúa la brecha entre número de hijo/a tenido y número de hijos/as deseados/as. Esto podría deberse a la postergación del embarazo.

La compleja relación entre vida productiva y vida reproductiva de las mujeres y la dificultad para armonizar estas dimensiones es un desafío enorme. Es necesario transformar la histórica y naturalizada responsabilidad social del cuidado y crianza de los hijos depositada casi exclusivamente en las mujeres, en detrimento o postergación de otros intereses y proyectos de vida (MYSU, 2012).

Cabe destacar que actualmente nuevas perspectivas no se enfocan en la maternidad, si no en la parentalidad, dando a conocer el hecho de que cada vez más, los roles de madres y padres se van equiparando, entonces esta definición englobaría ambos padres sin distinción del sexo y género, dado que ambos están involucrados en una responsabilidad común (Palomar, 2005). Esto es importante tenerlo en cuenta, para dar noción del cambio de mentalidad que se está logrando con el correr de los años.

El Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) (2007) expresa y coincide por otro lado que, a diferencia de los países de la Unión Europea, en los países en vías de desarrollo, particularmente Uruguay, el tema de la articulación entre la vida productiva y la vida reproductiva, no es tomada en cuenta, ni tampoco se encuentra en la agenda pública de discusión, por ende, no existen políticas que amparen esta problemática, lo cual, si existiesen, darían un antes y un después en la vida de las familias uruguayas. CLACSO (2007) refiere que las responsabilidades de las mujeres varían según la clase social a la que pertenecen, la edad, estado civil o el lugar de residencia. Por

ejemplo, en casos de mujeres que cuentan con un trabajo estable, no les queda otra opción que recurrir a diferentes opciones para el cuidado de sus hijos/as, dado que el estado no les brinda facilidades en cuanto a este tema como se menciona anteriormente, entre los lugares que recurren son centros educativos públicos o privados, empleadas domésticas o dejarlos con algún familiar o amigos, ya sea por todo el total de horas de trabajo o parcialmente.

Así mismo, CLACSO (2007) describe que la mayor parte de las mujeres refieren que una de las grandes problemáticas de género que tienen que saltar las mujeres uruguayas, además de la violencia y maltrato, es la no cooperación por parte de la pareja en el cuidado de los/as hijos/as y las tareas domésticas, las cuales restringen su tiempo. De esta forma también se puede observar la desigualdad de género en cuanto al acceso laboral, exigencias y salario, destacando que, dependiendo del lugar donde se trabaje es la flexibilidad horaria que se les tiene y es el cumplimiento también de las leyes que las amparan. Por ello, creen que determinadas medidas públicas podrían ayudar a mejorar esta situación, además de ser una condicionante en la decisión de tener hijos/as y en la cantidad.

Rangel y Rivero (2013) por su parte coinciden, reflexionando además de los motivos por los cuales se decide postergar la maternidad y se refieren a la misma como un proceso más allá de lo biológico, como una decisión dependiente del entorno que se les presenta, como factores y condicionantes socioeconómicas. Tal es así que, para un número creciente de mujeres, el ámbito laboral y de formación profesional, es considerado como primordial y constituye el eje de su identidad de género, generándoles autonomía. Esto a su vez genera una mayor estadia en el hogar de los padres y una postergación en la formación de una nueva familia (Santarelli, 2011 citado por Rangel y Rivero, 2013).

Por otro lado, se toma como una posible caída de las tasas de fecundidad en relación con la economía el tema de que los padres son motivados a sustituir cantidad de hijos/as con calidad de educación que se les brinda a los mismos (Pegano et al., 2010 citado por Rangel y Rivero, 2013).

Para el gobierno, por un lado, este fenómeno se ve como un factor negativo dado por el envejecimiento de la población activa, los gastos en políticas para el incentivo de la maternidad y las repercusiones en el sistema de seguridad social. Por otro lado, se ve como aspecto positivo a nivel económico, así como también social en el hecho de la mejora de las condiciones de vida en los hogares. Pudiendo implicar además mejoras en la salud, educación y empleo en las mujeres.

Las “oportunidades laborales, económicas, sociales y culturales que trae consigo la educación se refleja así mismo en los determinantes próximos de fecundidad, siendo entre los más importantes la educación sexual, el uso de anticonceptivos y la planificación familiar” (La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2011 citado por Rangel y Rivero). De igual manera se destaca la disminución de la desigualdad de género lo que ha favorecido la superación de la mujer y por ende mejora la toma de decisiones en cuanto a su vida reproductiva.

Los estratos sociales medios y altos son los que han generado mayor impacto en la disminución de la tasa de natalidad, debido a que las mujeres han concientizado las implicancias de tener un/a hijo/a, más que nada la calidad de tiempo que requiere el/la mismo/a. Asimismo, las mujeres que tienen como objetivo un alto desarrollo a nivel profesional y laboral, entienden que teniendo hijos/as no lo van a lograr (Villasmil, 2012 citado por Rangel y Rivero). También

se ve una diferencia a nivel urbano y rural, observándose familias más amplias a nivel rural.

Por otro lado, tenemos a la población más vulnerable y con otras realidades en la cual Pintos (2015) afirma que hoy día en las poblaciones de pobreza extrema, sigue existiendo conceptos antiguos acerca de la maternidad, lo siguen viendo como una obligación, apareciendo la ecuación mujer-madre, madre-mujer, la cual actualmente ya es considerada como un mito social. La figura paterna por su parte aparece como el progenitor, lo cual se reduce únicamente al aporte biológico, probablemente dado por la relación y percepción que tienen de los varones, ya que muchas de ellas han sufrido abandono y/o violencia por parte de los mismos o por sus progenitores. Cabe destacar además que, en sus relatos, las mujeres refieren que la ausencia del padre no genera muchos conflictos en la vida de los/as niños/as, pero si la ausencia de la figura materna, como si fuese el único ser capacitado biológicamente y naturalmente para el ejercicio de la maternidad; esto también se comparte con la visión de los varones, donde las mujeres deben hacerse cargo a tiempo completo de sus hijos/as, si no se categorizan como “malas madres”.

Pintos (2015) expresa que las vidas de las mujeres en este estrato social son reducidas a ser madres, dedicándose totalmente al rol de madre, no dando lugar a otra cosa y juzgando a casos que se alejan de esa realidad. A su vez se plantea que este grupo social tienen ideologías que no son generalizadas a nivel social, por lo que se vuelve un grupo marginado, dado que no comparte con las ideologías de la mayoría de la sociedad y no es aceptado. “Son familias que han transmitido generacionalmente costumbres, formas de vida y supervivencia que las hacen socialmente vulnerables y en donde la maternidad les brinda sentimiento de pertenencia a una realidad marcada por el desarraigo” (Pintos, 2015, p.13). Ven la maternidad como forma de realización

personal y a sus hijos/as como una pertenencia, originado por la situación social en la que se encuentran. Es inevitable entonces pensar “cuál es el “precio” a ese sentido, cuánto hay de sus deseos y/o decisiones al momento de pasar a ser madres” (Pintos, 2015, p.24). Nos podemos preguntar entonces, “¿cuán dañada está la identidad de estas mujeres?, ¿a cuánto habrán renunciado para aceptar el ejercicio de la maternidad? y ¿cuáles serán las consecuencias subjetivas de esto?” (Pintos, 2015, p.24). Por otro lado Pintos, (2015) hace referencia a que la mayoría de las mujeres no buscaron en su consciencia los embarazos, pero a su vez tampoco utilizaron un método anticonceptivo para evitarlos, ya sea por distintos motivos: falta de información o directamente por no querer usar ningún método; entonces esto lleva al planteo “¿Cuánto implica la maternidad para estas mujeres?, y pensando en la identificación femenina ¿Qué es lo que transmiten ellas como referentes a sus hijas, que es lo que éstas ven en sus madres?” (Pintos, 2015, p. 34).

Esta situación de la maternidad en situaciones de pobreza se relaciona con que mayoritariamente el embarazo se da en adolescentes, los que abandonan los estudios. De tal forma se reproduce la falta de educación en este sector de la población lo que imposibilita la salida de los mismos de las condiciones de indigencia (Marotta, 2009, citado por pintos, 2015).

De todas estas visiones señaladas anteriormente, se desprende el concepto tradicional de nuestra cultura de que la mujer tiene un instinto maternal, que nace con él, como si fuese una herencia. Hecho discutido, que lo único que hace es reafirmar la condición de que la mujer debe ser madre, lo cual limita el ver a la mujer como un ser pensante y apto para la toma de decisiones y que además genera un conflicto entre las mujeres, quienes se sienten condicionadas (Pintos, 2015).

Cada vez los autores utilizan menos el concepto de “instinto maternal”, ya que con más frecuencia se demuestra que “la condición biológica de la mujer para procrear no implica la misma condición natural para generar de forma innata un instinto o amor materno” (Badinter, 1991 citado por Pintos, 2015, p.17), haciéndose dos cuestionamientos “¿qué clase de instinto es éste que se manifiesta en unas mujeres sí y en otras no? ¿Hay que considerar “anormales” a quienes lo ignoran?” (Badinter, 1991 citado por Pintos, 2015, p.17) los cuales dejan en claro la implicancia del término “instinto maternal”.

Para finalizar el tema, según la United Nations Population Fund (UNFPA) (2006) el tener hijos/as y formar una familia sigue siendo actualmente un tema de importancia y fuerza a nivel general de la sociedad, así como también indiscutible el derecho de tener hijos/as, sin embargo, no dejan de existir ciertas limitaciones como las biológicas y socioeconómicas, las cuales también tienen sus alternativas.

Movimiento feminista

Se cree importante considerar el tema del movimiento feminista como parte influyente de éste fenómeno que es el embarazo en mujeres mayores de 35 años, y para esto es necesario tener en claro diferentes terminologías como lo es el feminismo, definido como “la lucha por conseguir una nueva identidad humana a partir del hecho biológico de haber nacido mujer, es analizar junto con los hombres, una nueva y superior categoría: la de persona” (Roig, 1986, p.4), la misma también lo define como “un análisis riguroso y exhaustivo del por qué de la opresión secular de una parte de la humanidad” (Roig, 1986, p.5). Teniendo en cuenta que a lo largo de la historia las mujeres han sido consideradas el sexo inferior o débil, con todo lo que esto conlleva o supone.

Por otro lado, Roig (1986) afirma que esta filosofía ha sido una de las mayores impulsoras que ha colaborado con el avance de la humanidad, siendo considerada una nueva concepción del mundo: un mundo en paz con la convivencia de ambos sexos, sin ningún tipo de marginación, discriminación, ni opresión.

Yendo a la historia según Roig (1986) no se puede especificar con exactitud cuándo fue el momento en que las mujeres se despertaron y se rebelaron, sin embargo, se describe que, desde siempre, existieron grupos de mujeres que no aceptaban su condición, sin sobresalir. La revolución industrial generó una mayor y acentuada marginación de la mujer a los roles de esposa y madre, dado por la desvinculación del hogar y del mundo de la producción donde hasta entonces trabajaban conjuntamente ambos sexos. Las obreras pasarían a realizar trabajos en las fábricas en condiciones insalubres, mientras que las mujeres de la burguesía se convertían varias veces en “objetos pasivos” que complacían a los varones de la burguesía (Roig, 1986). Sin embargo y

continuando con esta línea, durante el siglo XVIII las ideas igualitarias que desembocaron en la revolución francesa despertaron grandes esperanzas entre las mujeres. Asimismo, se dio la unión de miles de mujeres y en 1791 de Gouges escribió la declaración de los derechos de la mujer y de la ciudadana, lo cual no tuvo un buen desenlace, acabando en la guillotina 2 años después acusada por ser “una conspiradora que había abandonado las virtudes propias de su sexo” (Roig, 1986, p.9). Esto nos hace dar cuenta de cómo era la mente humana en esos tiempos.

Durante el siglo XIX persistió la lucha de las primeras feministas para el pleno acceso en lo que refiere a la educación, profesión, vida pública y obtención del voto femenino, donde para este entonces había una conciencia colectiva de la mujer, en la cual sus voces ya no serían aisladas (Roig, 1986). Por otro lado, en Estados Unidos, el primer movimiento feminista se centró en la batalla por los derechos legales y el voto, tal es así como, con muchos vaivenes y perseverancia en 1848 se celebró la primera convención sobre los derechos de las mujeres, donde exigían igualdad de derechos en varios campos. Cabe destacar que las norteamericanas no votaron en su totalidad hasta 1920, demostrando la constante lucha de las mujeres (Roig, 1986).

Dentro de los ideólogos, los socialistas y anarquistas con algunas pocas excepciones fueron los que ideaban una comunidad futura libre, sin clases y con la realización plena de mujeres y varones, además también fueron los que generaron conciencia sobre la opinión de las mujeres; mientras que las ideologías nazis y fascistas “sistematizó e impulsó de manera autoritaria y coercitiva los valores más represivo del patriarcado” (Roig, 1986, p.17) viendo a la mujer llamada a la dedicación exclusiva de la maternidad y la familia, sometiéndola a la voluntad del varón y de la patria.

En la década de los 60 las mujeres participaron otra vez en diversos movimientos de oposición social y política para manifestarse, siendo en esta época el movimiento de liberación de la mujer más amplia e internacional. A partir de allí “las mujeres empiezan a interrogarse sobre su ser en el mundo y se enfrentan directamente a las estructuras económicas, sociales y políticas que las controlan y las dominan” (Roig, 1986, p.21) generando una conciencia integradora “los prejuicios ancestrales que habían sido sustentados por el mito religioso eran desbancados por los nuevos métodos científicos en el campo de la biología, medicina, sociología, antropología y más modernamente por el psicoanálisis” (Roig, 1986, p.24).

En 1967 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) proclamó la Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, dado que a pesar de que ya existía hace pocos años la Declaración Universal de los Derechos Humanos y todo el avance en cuanto a esta temática, todavía persistía la desigualdad social entre varones y mujeres, y la fuerte discriminación hacia las mujeres, por lo que fue necesario realizar esta nueva declaración, más específica. Ocho años más tarde, no se habría notado variaciones en cuanto a esta situación, por lo que las mujeres se hicieron notar, y los movimientos feministas cada vez se mostraban más firmes y fuertes, generando una gran presión en la sociedad y el gobierno. Tal fue así, que en 1975 la ONU declaró ese mismo año, Año Internacional de la Mujer, como una forma de reflejar la problemática y de generar conciencia. Ese mismo año se celebró en México la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer, en donde surgieron recomendaciones y programas para quitar la discriminación hacia las mujeres. En ese mismo momento también se declaró el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz. En 1980 se celebró la segunda conferencia donde evaluarían los resultados y donde se volvió a reconocer que no había dado muchos resultados, más que la sensibilización sobre el tema. (Roig, 1986) “Pero no hay que olvidar que lo único que este organismo (ONU) hace al respecto es recomendar acciones a

tomar a sus países miembros y a las recomendaciones suele llevarse el viento” (Roig, 1986, p.7).

Yendo más cerca, en nuestro país según Martorelli (1978), a fines de los 70 del siglo XIX se dio el acceso creciente de la mujer a niveles de educación formal y la ampliación de la coeducación para varones y mujeres, lo que fue un logro imprescindible para la participación e inclusión de la mujer al mundo del trabajo además de generar en la mujer una mejora en su propia visión, comprensión del mundo y de la sociedad.

Como dato importante, en 1901 en Uruguay ingresa a Facultad de Medicina la primera mujer y en ese mismo año también ingresa como empleada pública la primera mujer. Otros datos y años importantes según la comisión del bicentenario (2014) dados en Uruguay fueron, 1913 donde se aprobó por primera vez la ley que permite el divorcio por la sola voluntad de la mujer, sin expresión de causa, destacando que nuestro país fue uno de los primeros países en el mundo en regular el tema divorcio. En cuanto al voto en nuestro país, gracias a la fuerza y esfuerzo de las organizaciones feministas, en 1938 se logró conseguir el derecho al voto de la mujer y el ejercicio del mismo. En el siglo XX corrientes políticas concientizadas sobre la situación de la mujer, dieron cuenta de la necesidad y conveniencia de la “liberación femenina” dando protecciones legales, estimulando la independencia femenina y dándoles participación en todas las actividades sociales y nacionales, dejando una huella indeleble en la sociedad uruguaya, lo que no quiere decir que no siga existiendo hasta hora en menos medida, pero, aun así, la desigualdad de género (Martorelli, 1978).

Al analizar esta búsqueda, por parte de las mujeres, en hacer valer sus derechos al igual que el sexo opuesto, nos lleva a reflexionar sobre las

décadas en que las mujeres se vieron sometidas a las condicionantes de la época. Vieron postergados sus derechos en cuanto a formación personal, trabajo, dedicándose íntegramente a la maternidad y a las tareas del hogar sin poder optar y perseguir sus ideales y deseos que todo ser humano tiende a hacer propios.

Sexualidad femenina

En cuanto a la sexualidad femenina, sabemos que durante siglos “el sexo de la mujer no era otra cosa que el habitáculo que contenía y expulsaba criaturas creadas por el hombre” (Roig, 1986, p.28), desde siempre el tema de la sexualidad ha sido un tema tabú y sobre todo en lo que respecta a las mujeres. Hasta estos días sigue existiendo el ocultamiento del tema, la falta de información, la vergüenza y el no enfrentar la sexualidad tal como es.

La sexualidad femenina ha existido en cuanto servía de desahogo de la potencia del macho, o bien con el fin de desempeñar las funciones reproductoras y cuidadora de la prole. Pero el descubrimiento de los contraceptivos ha supuesto la posibilidad de distinguir procreación y sexualidad femenina. Conocer el propio cuerpo como fuente que da y recibe placer, ha de influir profundamente en la relación de la mujer consigo misma (Roig, 1986, p.29).

El miedo al embarazo ha inhibido en gran parte la vida sexual de las mujeres, la anticoncepción otorgó a las mujeres la posibilidad de elegir ser madres o no, además del momento indicado, cantidad de hijos/as, entre otras opciones. Así todavía en los sectores menos cultos y desarrollados de la sociedad subsisten fuertes prejuicios físicos y morales en relación con la utilización de contraceptivos, la difusión e información de los contraceptivos unidas a una

educación sexual antidiscriminatoria son pasos importantes hacia la liberación de la mujer, ya que todavía existen residuos de la vieja moral (Roig, 1986).

Por otro lado, la gran influencia que tuvo la Iglesia por ejemplo en la sociedad uruguaya desde sus inicios se ha ido perdiendo poco a poco, esto ha ido generando un gran cambio a nivel de la sociedad, en lo que tiene que ver con la libertad sexual, donde muchas prohibiciones de las estructuras religiosas fueron quedando sin efecto, como por ejemplo el divorcio, relaciones sexuales prematrimoniales o extramatrimoniales, entre otras ya conocidas.

En relación al cambio vinculado a la maternidad, dentro de lo más destacado es la baja en la natalidad que ha ocurrido desde el siglo XX. Se destaca como uno de los factores determinantes de esta baja de la natalidad, la mejora de la calidad de vida en conjunto con el papel de la mujer en la toma de decisiones para la familia, así como también el poder dedicarse sin prejuicios a otros tipos de actividades dentro y fuera del hogar. “De una natalidad estimada en 1910 en 36 por mil, llegamos en 1975 a 21 por mil” (Martorelli, 1978, p.22) hecho que se sigue manteniendo hasta estos días. Otro punto que destacar del censo realizado en 1975 es que hay una tendencia importante en el comportamiento reproductivo femenino, uno de los ejemplos es que tienden a tener menos hijos a medida que corren los años (Martorelli, 1978). Parecería importante entonces tener en cuenta el concepto de lo que sería la maternidad mencionada al inicio, como para comprender el significado de todo lo que conlleva.

El planteo de Izzedin-Bouquet y Pachajoa-Londoño (2011) coincide con que en el siglo XX se vio un cambio a nivel de la visión de la maternidad y crianza, antecedida por todas las movilizaciones que realizaron las mujeres descriptas anteriormente; ya no se veía la maternidad como una realización personal, ya que las mujeres no tenían muchos hijos/as, pero si otros tipos de actividades

relacionadas con lo educacional y laboral, fuera del hogar. Se vio una fuerte presencia de la mujer en el ámbito laboral, debido a los cambios socioculturales y esto a su vez provocó cambios en cuanto a la procreación y los roles tradicionales de varones y mujeres, tal es así como a mediados del siglo XX la mujer no se ve, ni se siente obligada a tomar el camino de la maternidad y se daría también comienzo a lo que respecta la postergación del embarazo. Fenómeno predicho como veíamos, que está sucediendo actualmente.

Embarazo

Cambios psicológicos y emocionales del embarazo

Nos resulta de importancia mencionar los cambios psicológicos y emocionales que suceden durante la gestación debido a que los mismos se verán reflejados en la vivencia del embarazo.

En la vida intrauterina el feto está sumergido en líquido amniótico y a su vez contenido en un ambiente emocional por parte de la gestante y su entorno, el cual es favorable para el desarrollo del mismo.

Si bien el embarazo en la mayoría de los casos es vivido con mucha expectativa y alegría se presentan retos emocionales importantes que hay que transitar. Para ello, es muy importante reconocer las expectativas de la gestante y las personas que rodean el embarazo para que acompañen y conozcan dicho proceso (Maldonado, et al., 2008).

Dentro de la transición a la maternidad, la mujer tiene la tarea psicológica de convertirse en madre, este proceso se ha denominado parentificación o parentalidad. Es importante tener en cuenta que con el nacimiento, nace también la madre, por eso es que, durante el proceso de gestación las gestantes tendrán que cambiar no sólo hábitos y estilos de vida, sino también su forma de pensar y sentir. Para la futura madre uno de los cambios más grandes es tener que dejar de pensar en sí misma para pensar en “nosotros” en ella misma y en su hijo/a (Lebovici, 1989, citado por Maldonado, et al. 2008, p.7).

El apego de una madre a su hijo/a se inicia con la noticia del embarazo, hay mujeres que desde niñas tienen la fantasía de ser madres, pero aun así la noticia de embarazo puede ser recibida con una variante de sentimientos como miedo, inseguridad, o hasta se puede presentar un rechazo inicial, incluso la ambivalencia que se presenta en la mayoría de las mujeres embarazadas; sumado a que un porcentaje de embarazos no son planificados y pueden ocurrir en un momento inoportuno.

Posteriormente con la confirmación de la gravidez se desencadenan procesos emocionales que llevarán a la futura madre a prepararse para lo que se viene. Como es común en el primer trimestre del embarazo se pueden presentar náuseas, vómitos, cansancio, somnolencia, luego irán apareciendo los gustos o rechazos por determinadas comidas que quizás antes no se consumían a lo cual se lo conoce popularmente como “antojos”. Se manifiesta así el deseo de ser atendida por otros y se genera una dependencia hacia su entorno por lo que demanda conductas de cuidado y atención especial, presenta emociones más intensas y necesita apoyo del entorno que la rodea. Por lo que es necesario estar atentos a todos estos cambios y conflictos que puedan tener que atravesar la futura madre para ayudar a transitarlos lo mejor posible. (Maldonado, et al. 2008).

En el segundo trimestre, superadas las molestias del principio del embarazo, la embarazada comienza a imaginarse, pensar, e interactuar con su hijo/a dentro del útero acariciando su panza al percibir sus primeros movimientos, se imagina a su hijo/a y a sí misma en el rol de madre, así como también fantaseará con el color de sus ojos a quien se parecerá y cómo será su carácter. Esto le será de gran ayuda para la llegada del recién nacido/a. Hacia el final de este trimestre se observan los cambios fisiológicos como el aumento

del tamaño uterino, crecimiento de las mamas, aumento de peso, y síntomas asociados al crecimiento del útero (Maldonado, et al. 2008).

Maldonado et al. (2008) propone que la mujer embarazada realiza un trabajo psicológico de adaptación en tres etapas. La primera es: “estoy embarazada”, lo que sólo le pasa a ella y a su cuerpo; la segunda es: “estoy esperando un bebé”, lo que incluye a otro ser distinto de ella y que por ahora está dentro de su cuerpo; la tercera es: “estoy esperando un bebé de...”, lo que incluye, además del bebé, al padre de éste (en los casos que corresponda), lo que da lugar al surgimiento de la noción de maternidad y paternidad.

En el tercer trimestre el feto crece en tamaño y ocupa gran parte de la cavidad abdominal por lo que genera otros cambios, como el desplazamiento de otros órganos del abdomen, lo que hace que la embarazada necesite comidas en proporciones más pequeñas y más frecuentes; se presentan cambios en la marcha y en la postura, la respiración es más costosa, el diafragma se eleva. La embarazada comienza a presentar períodos de sueños más interrumpidos, despertándose varias veces en una misma noche, aumentan las molestias digestivas por el reflujo esofágico, entre otras molestias (Maldonado et al.2008).

En el final del embarazo tanto la madre como el padre comienzan a hacerle lugar a su futuro hijo este “hacer lugar” en primer término, se refiere a que la mujer y su compañero se preparan psíquicamente para pensarse, no como individuos, sino como una entidad conjunta con el bebé, y las tareas relacionadas a eso, creando espacios físicos, adquiriendo una cuna para que el bebé duerma, elaborando ropa, etc. este tipo de conducta es conocida y denominada por varios autores como “preparar el nido” (Maldonado et al. 2008 p.8).

Algunos autores describen al embarazo como un proceso crítico o de alta sensibilidad psicológica, en donde surgen recuerdos, sentimientos y emociones negativas y/o positivas que afloran mucho más y con más facilidad. Durante el embarazo la futura madre revive los conflictos que pudo tener con su madre y las experiencias que vivió como hija, lo que había estado latente, puede resurgir en esta etapa debido a que el modelo imaginario que se tiene de ser madre puede estar relacionado con las propias experiencias de la infancia vividas en el rol de hija. Por lo tanto, cuando existen relaciones conflictivas entre madre hija, puede que sea dificultosa la transición a la maternidad. A su vez dado que es una etapa compleja y de alta vulnerabilidad muchos especialistas afirman que existe una necesidad de apoyo emocional en comparación con otras etapas de la vida y que es más factible que surja el realizar intervenciones psicológicas en el período de gestación (Maldonado et al. 2008).

Embarazo según riesgo

El embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación (Menéndez et al., 2012).

Asimismo, el proceso de gestación es vivido de manera única e irrepetible por cada mujer. Según la medicina y a lo largo de la historia se ha utilizado la clasificación de los embarazos en dos grandes grupos: Embarazo de bajo riesgo “aquel en el cual la madre o su hijo/a tienen probabilidades bajas de enfermar antes, durante o después del parto” (Ministerio de Salud, 2008, p.86) y embarazo de alto riesgo “aquel en que la madre, el feto y/o el neonato tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto” (Schwarcz et al., 2005, p.143).

Parece oportuno destacar ciertas definiciones para tener claro este tipo de conceptos como, riesgo, el cual según Schwarcz et al. (2005) “es la probabilidad que tiene un individuo o grupo de sufrir un daño en su salud” y factor de riesgo la cual lo define como “toda característica asociada a una probabilidad mayor de sufrir un daño” (p.143). Por otro lado, siendo más específicos con el tema, un factor de riesgo obstétrico se definiría como “una característica o circunstancia social, médica, obstétrica, o de otra índole que incidiendo en una o más gestaciones, se asocia con una morbilidad y mortalidad perinatal superior a la de la población general” (Bajo Arenas et al., 2007, p.235). Asimismo, no quiere decir que un embarazo clasificado como de bajo riesgo no presente complicaciones durante el transcurso del mismo, del

parto o del puerperio, por esto es necesario y se estimula el correcto control prenatal para la detección oportuna de posibles complicaciones y tratamiento precoz en casos que corresponda.

Para la detección de factores de riesgo, es necesario realizar en el primer contacto que se tenga con la usuaria, ya sea, en la consulta preconcepcional o en la captación del embarazo que debería ser precoz, considerándolo así cuando se capta en el primer trimestre de gestación (Castillo y col., 2009); una cuidadosa historia clínica, una anamnesis adecuada, el examen físico completo, la solicitud y posterior valoración de análisis de sangre y orina correspondientes a las rutinas obstétricas y otros exámenes en caso de que se crea pertinente. Para esto se han establecido diferentes listados donde se encuentran los distintos hechos determinantes de un embarazo de alto riesgo, habiendo un alto consenso de los mismos entre los diferentes autores, existiendo pequeñas o nulas variaciones.

Dentro de estos listados se encuentra el tema a estudiar que es la gestante añosa, la cual según Castillo y col. (2009) corresponde a embarazadas mayores de 35 años, dado que quedan fuera de la edad reproductiva ideal, que comprende al rango etario entre los 20 y los 35 años, por ende, las mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años pasarían a ser consideradas embarazadas de mayor riesgo. Otros términos que se utilizan para nombrar a las gestantes añosas, a tener en cuenta son edad materna “avanzada”, “madura” y “tardía”.

Es importante considerar que ante la presencia de un embarazo de alto riesgo, dado que éste conlleva un aumento del riesgo de desarrollar complicaciones materno-perinatales, probablemente, según González-Merlo et al. (2013) podrá “requerir una valoración adicional de la gestación, consultar con otros

especialistas, realizar exploraciones complementarias específicas o remitir a la mujer a un centro de asistencia especializada” (p.112), además de poder disponer una mayor frecuencia de los controles prenatales, lo que será valorado por cada profesional actuante. Todo esto para poder tomar acciones pertinentes y así conseguir el mejor resultado obstétrico perinatal.

Sin embargo, cabe destacar que, según el MSP (2007) la categorización de los embarazos en bajo y alto riesgo no es recomendado dado que no mejora los resultados obstétricos, genera aumento en los gastos públicos y el hecho de derivar a toda embarazada que sea considerada de alto riesgo de manera estricta a un centro de complejidad genera inconvenientes en la mujer y al sistema de salud pudiendo elevar aún más el riesgo. Para esto, lo que se cree conveniente es analizar a cada embarazada en particular junto con ella para determinar donde se realizará el seguimiento del embarazo, pudiendo realizar referencias a un centro de complejidad para que realicen tratamientos o exámenes puntuales y luego continuar su control en el centro originar, evaluando todos los aspectos de la mujer, biológicos, sociales y culturales. Bergsjö, (2001) agrega que la categorización de riesgo conlleva altos niveles de falsos positivos y negativos, por lo que se considera que no es una medida en salud pública satisfactoria, pero aun así la detección de factores de riesgo debe ser valorada y el seguimiento del embarazo debe ser según las necesidades individuales.

Gestante añosa

Como nombramos en el capítulo anterior se define gestantes añosas como aquellas mujeres que tienen su gestación con una edad mayor o igual a 35 años, quedando fuera del rango óptimo para la reproducción por la asociación a diferentes complicaciones obstétricas y perinatales (Pérez y Donoso, 1999).

La edad óptima para la reproducción según la Organización Mundial de La Salud (OMS) son las gestantes de 20 a 35 años, este rango de mujeres es considerado de menor riesgo perinatal (Fescina, et al., 2011).

Implicancias de ser primigesta añosa

Hay que tener en cuenta ciertos aspectos en relación a las gestantes añosas desde el punto de vista obstétrico. Dentro de los aspectos biológicos, el más conocido es la asociación de enfermedades preexistentes como las enfermedades crónicas, las cuales pueden desencadenar complicaciones a lo largo del embarazo, parto, puerperio y en el/la recién nacido/a.

La maternidad tardía se asocia generalmente a alteraciones preexistentes que inevitablemente se incrementa con la edad, las cuales en su mayoría se identifican como grupo de riesgo. En este período de tiempo aparecen enfermedades como la prematuridad, hipertensión arterial crónica (HTA), fibroma uterino, malformaciones congénitas y alteraciones genéticas, entre otras, que afectan sensiblemente la morbilidad materno infantil” (Haines et al., 1991 citado por Araujo, 2014, p. 23).

A su vez se presentan también patologías obstétricas directas como la insuficiencia placentaria, distocias del parto, metrorragias del embarazo, lo que puede influir en la salud fetal generando hipoxia fetal y recién nacidos/as con bajo peso. Varios estudios también coinciden en que la edad materna avanzada está asociada a malformaciones congénitas principalmente al síndrome de Down y a óbitos anteparto sin explicación (Araujo, 2014).

En cuanto al parto vaginal se ve un aumento de laceraciones a nivel cervical, vaginal y perineal, ocasionado por la mayor fibrosis de los tejidos que causa

rigidez en las partes blandas. Por otro lado, dado los riesgos conocidos que acarrea la gestante añosa, se ve un aumento del intervencionismo médico, por lo que se observa, por ejemplo, una mayor cantidad de cesáreas en esta población (Araujo, 2014).

Otra implicancia de estas mujeres es la reducción en la reserva ovárica y un aumento de aneuploidías lo que puede generar abortos y dar lugar a niños/as con alteración en el cariotipo (Bajo Atenas, et al., 2007). Rodríguez (2015) por su parte afirma que a medida que aumenta la edad disminuye la fertilidad de la mujer, la probabilidad en porcentaje de lograr un embarazo y nacido/a vivo/a mensual pasa de un 24% en mujeres de 25 años a 5% en mujeres de 40 años (Larsen et al., 2000, citado por Rodríguez, 2015) esto se explica por el envejecimiento ovárico, siendo este uno de los factores que se entiende como el “descenso gradual de la cantidad y calidad de los ovocitos presentes en los folículos de la corteza ovárica” (Rodríguez, 2015, p.43) teniendo en cuenta que este proceso varía en cada mujer y esta mediado por múltiples factores. En cuanto a la calidad de los ovocitos se relaciona más que nada con la competencia genética, el cual asocia el aumento de la edad, con mayor riesgo de alteraciones cromosómicas, como se describía anteriormente (Rodríguez, 2015).

Cabe destacar que “de los cuatro eventos del envejecimiento reproductivo (subfertilidad, esterilidad, irregularidad menstrual, menopausia), los únicos reconocibles por la mujer son la irregularidad menstrual y menopausia” (Rodríguez, 2015, p.47) existiendo una gran variabilidad de mujer a mujer.

Para finalizar con el tema se considera que la postergación de la maternidad ligada a la esterilidad son los principales factores que han incrementado el aumento en el uso de las TRHA y a su vez la edad como factor individual da

una eficacia limitada en cuanto a estas técnicas. Por ejemplo, en el caso de la Fecundación In vitro la edad es el principal factor en la determinación del éxito, causado por una respuesta menor al tratamiento de estimulación ovárica y menores tasas de implantación, donde a partir de los 36 años desciende de forma progresiva la tasa de implantación, asociada a la calidad ovárica (Rodríguez, 2015). Generando una situación de presión para con la mujer, sabiendo el hecho de que la afectación de la edad del varón se da sólo cuando la mujer es mayor de 35 años, recayendo todo el peso en ella (López y palacios, 2011).

Dado que el tema de la postergación del embarazo asociado a la infertilidad es un tema importante a tener en cuenta y uno de los factores incidentes en la maternidad luego de los 35 años, se desarrollará a profundidad en el capítulo siguiente.

Cambiando de tema y yendo en consideración con los aspectos psicosociales a contemplar en la población objetivo, se considera que las mujeres en estas circunstancias, en su mayoría planifican su embarazo y suelen tener correctos controles del mismo, dado que el producto de gestación es muy valioso para ellas. A su vez se estima que generalmente las mujeres mayores suelen tener más responsabilidades laborales, por lo que los cambios ocasionados en el embarazo, las molestias más que nada, suelen sentirlos más ya sea por las responsabilidades, como también por el estado físico propio de la edad y desencadenar afectación a nivel psicológico. Este nuevo embarazo genera además un cambio dentro de sus rutinas, desestabilizándola, por lo que se observa una mayor frecuencia de depresión posparto, ocasionado por esos factores y además por otros como la intromisión de la familia por el riesgo que implica el embarazo en edad avanzada (Fassio y Medina, 2014), Lozano (2012) coincide en este último punto, afirmando que el decidir un embarazo a partir de los 35 años es exponerse a críticas, prejuicios de muchos y a las felicitaciones

de otros. Esto lleva a dañar la autoestima de las mujeres, generando diferentes sentimientos de culpabilidad, desasosiego y las somete a estados depresivos con sus posteriores complicaciones. Aquí es donde debería entrar en juego nuestra intervención como profesionales de la salud, brindando recomendaciones, seguridad, apoyo y herramientas para manejar este tipo de situaciones, tratando de evitar el impacto negativo y frustrante que les genera a las mujeres.

Siguiendo en la misma línea según Fassio y Medina (2014) la depresión y la separación de la pareja, es consecuencia psicosocial del embarazo en mujeres mayores de 35 años, igualmente refiere que es necesario contemplar más estos temas e investigar dado que existe poco material acerca de esto, para poder lograr conclusiones más sólidas.

Por otro lado, Lozano (2012) describe que la gestación a esta edad tiene un buen pronóstico en cuanto a lo psicológico dado que en la mayoría de los casos el producto de gestación fue deseado, lo que le permite a la mujer realizar una preparación psicológica de lo que va a transitar durante todo el proceso de embarazo con sus consecuentes cambios. Sin embargo, en otros casos suele darse que la adaptación al embarazo se torne difícil de llevar tanto para la mujer como para la pareja, independientemente de si el embarazo fue planificado o no. Describe como punto importante y clave, el apoyo y la contención emocional psicológica durante todo el proceso, para transitar el embarazo de la mejor manera.

Otra implicancia de ser gestante añosa y además primigesta, es la categorización que se les da como embarazo de alto riesgo, el cual lleva al desencadenamiento de diferentes sentimientos, principalmente miedo, en el cual los profesionales de la salud debemos intervenir, informando

correctamente, apoyando y brindando contención, sin perder de vista que la actitud y conciencia que tengan las mujeres junto con la disposición que pongan frente a esta situación, será lo que determinará la vivencia y el bienestar de ellas mismas junto con la del futuro hijo/a, adoptando conductas de autocuidado y adherencia al sistema de salud, con el objetivo de minimizar las posibles complicaciones que puede generar el embarazo dentro de los extremos de la vida reproductiva, y así lograr el mejor resultado materno-perinatal (Lozano, 2012).

Infertilidad y reproducción humana asistida

Para iniciar corresponde definir la infertilidad la cual es “la incapacidad para lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de mantener relaciones sexuales regulares sin protección” (MSP, 2014, p.7). Cabe destacar que el ser humano tiene un bajo potencial reproductivo, siendo un porcentaje menor al 30% la fecundidad mensual máxima en una pareja joven. “Un 60% podría lograr un embarazo en 6 meses, el 80% en 12 meses y un 90% en 18 meses” (MSP, 2014, p.7).

La infertilidad por su parte puede ser originada por diferentes causas, ya sean provenientes de la mujer, varón o ambos, mientras que en un 20% de los casos las causas son desconocidas. En cuanto a los diferentes factores que pueden determinar la infertilidad tanto en la mujer como en el varón, son múltiples y variadas, desde factores biológicos como las disfunciones en el aparato reproductor y endocrino, así como también factores sociales y psicológicos, como la obesidad, adicciones, entre otros. En relación a la edad, tema de competencia para esta investigación, se debe tener en cuenta que el punto máximo de fertilidad de la mujer se encuentra entre los 23 y 24 años, mientras que a partir de los 30 la capacidad reproductiva disminuye con los años gradualmente, sobre todo luego de los 35 años, siendo este muy bajo luego de los 40 años, motivo por el cual se desaconseja la aplicación de técnicas de baja complejidad en mujeres mayores de 40 años. La edad junto con la reserva ovárica son los principales marcadores del pronóstico reproductivo de la paciente. (MSP, 2014)

Hay que tener en cuenta que la infertilidad suele generar estrés en la mujer o en la pareja, lo que suele afectar aún más el poder lograr el embarazo, por esto es que es muy importante el ofrecer la valoración con psicólogo/a que tenga

formación en esta temática, además de la contención y apoyo por parte del equipo de salud actuante (MSP, 2014). Dichos aspectos deben ser contemplados además cuando ya se logra el embarazo, por ende, durante la asistencia de todo el proceso de gestación ya que el tema de la infertilidad comprende y remueve mucho a la mujer y su entorno.

Es de importancia tener presente que en el año 2013 en nuestro país entró en vigencia la Ley N°19.167 la cual tiene como objetivo regular las TRHA avaladas científicamente, incluidas dentro de las prestaciones del Sistema Nacional integrado de Salud (SNIS), brindando así la oportunidad a muchas parejas y mujeres, con distintos factores que les impiden lograr un embarazo, el acceso a determinados tratamientos para lograr la concepción, integrando a personas que hasta antes de la Ley no podían acceder a ellas por un tema económico.

Se considera que el avance de la tecnología en cuanto a la reproducción asistida junto con la Ley, tuvieron de alguna manera una influencia en relación con la primigesta añosa, ya que, se dio la igualdad de oportunidades para acceder a la misma y junto con ello el aumento en los casos de acceso a los centros de reproducción asistida, con el posterior logro en varios casos de un nuevo embarazo.

Para mejor comprensión de algunos aspectos del texto, se adjunta en anexos la ley completa.

Factores de riesgo en gestantes añasas

La edad a los extremos de la vida de la mujer es considerada riesgo obstétrico por la probable asociación de patologías propias del rango etario, como son la hipertensión arterial, diabetes, nefropatías y cardiopatías, se asocia a mayor índice de morbimortalidad perinatal, mayor incidencia de intervenciones y resultados desfavorables. Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), el embarazo en mujeres mayores de 35 años lleva a complicaciones del binomio madre-hijo/a.

Varios estudios y publicaciones describen al embarazo en edad avanzada como de riesgo y se detallan las siguientes complicaciones como ser: ganancia excesiva de peso, obesidad, mortalidad materna, estados hipertensivos del embarazo, diabetes gestacional, rotura prematura de membranas, parto de pretérmino, hemorragia posparto; aumento en el índice de cesárea (Araujo, G. 2014).

Otro de los factores de riesgo que nos compete destacar dado por la población objetivo de nuestra investigación es la primigravidez descrita por varios autores como riesgo para múltiples de las patologías ya mencionadas. Se considera de esta forma debido a que se desconoce cómo será la adaptación al primer embarazo, además de que en estas gestaciones no contamos con un canal de parto probado (González, et al., 2013) lo que le suma a la población investigada doble predisposición para el desarrollo de complicaciones.

La edad no puede ser modificada y sabemos que a partir de los 35 años la mujer se expone a riesgos ya mencionados anteriormente, por lo que es necesario que las mujeres conozcan estos riesgos y puedan decidir qué

momento es el más adecuado para buscar un embarazo; como también es necesario que el personal de salud se encuentre capacitado correctamente y pueda brindarles consejería sobre esta etapa y los exámenes diagnósticos que se consideran de importancia para dicha población. Para esto es de gran valor la asistencia a los controles prenatales, para detectar factores de riesgo con antelación y realizar medidas preventivas oportunas.

Otro de los riesgos de la edad materna avanzada son las anomalías del desarrollo en el feto, pueden ocurrir alteraciones cromosómicas genéticas de las cuales el síndrome de Down es la más frecuente. En Latinoamérica la edad de la madre es el principal factor de riesgo en relación con este síndrome (Fescina, et al., 2010).

Otro de los factores de riesgo prevalentes es la pérdida de embarazo “El riesgo de aborto espontáneo se incrementa desde un mínimo de 8 % a los 22 años hasta un máximo del 84 % a los 48 años, independientemente de problemas reproductivos ocurridos previamente al embarazo en cuestión” (Battin, citado por Araujo, 2014.p.24). Las mujeres mayores de 35 años tienen un riesgo más alto de aborto que las mujeres más jóvenes, y después de los 40 años este riesgo aumenta al doble en comparación a una mujer de 20 años, en la mayoría de los casos dichos abortos son producto de anomalías cromosómicas, las cuales son muy frecuentes en mujeres mayores de 35 años.

Entre un 10% y un 15% de las gestantes desarrollan hipertensión durante el embarazo y sabemos que los trastornos hipertensivos pueden traer complicaciones para el binomio madre-hijo/a. En cuanto a la preeclampsia es mayor el riesgo en las mujeres que tiene su primera gestación en edad materna avanzada, en algunos casos sucede como resultado de tener diabetes o hipertensión previa al embarazo.

En cuanto a la diabetes gestacional el riesgo de desarrollar esta patología durante el embarazo es común en todas las mujeres, pero este riesgo aumenta en las embarazadas de mayor edad.

Por último, en relación con las complicaciones desarrolladas en el parto el riesgo se ve aumentado para las mujeres mayores de 35 años, y aún más para las mayores de 40 años. Los estudios demuestran que para las mujeres en edad materna avanzada se tiene más probabilidades en la prolongación de la segunda etapa del parto, y de sospecha de hipoxia fetal, esto aumenta la probabilidad de tener un parto con fórceps o una cesárea (Araujo, G. 2014).

Resultados Obstétricos

Basándonos en un estudio de investigación nacional realizado en el CHPR se estimó que el 3,9 % de los nacimientos en el año 2013 correspondieron a mujeres primíparas en edad materna avanzada.

Dentro de las patologías del embarazo más frecuentes encontradas en dicha población fueron la rotura prematura de membranas con un 27,8 %, la hipertensión arterial inducida con un 22,2 % y las infecciones urinarias con el 16,7 %. Se observó además en un menor porcentaje la amenaza de parto de pretérmino con un porcentaje de 5,6%.

En cuanto al inicio del trabajo de parto un 50% fue espontáneo, 18,7% inducido, mientras que el 31,3% correspondió a cesáreas electivas. En lo que

respecta a la vía de finalización, el parto vaginal espontáneo fue de un 33,3%, el fórceps 11,1%, mientras que la cesárea representó el mayor porcentaje estimado de 56,6 %.

Con referencia a los resultados neonatales el 72,2% de los/as recién nacidos/as fueron de término. Con relación al peso para la edad gestacional el 87,5% fueron adecuados, 12,5% pequeños para la edad gestacional, no se registraron grandes para la edad gestacional (González y Ferreiro, 2014).

CAPÍTULO III

Objetivos

Objetivo general:

Conocer los factores determinantes del primer embarazo en mujeres a partir de los 35 años y la vivencia del mismo, en usuarias del CHPR que tuvieron su nacimiento de enero a octubre del año 2017.

Objetivos específicos:

- Determinar el porcentaje de usuarias mayores de 35 años que tienen su primer nacimiento en el CHPR durante el período establecido.
- Conocer las causas y motivaciones por las cuales las usuarias tuvieron su primer embarazo luego de los 35 años.
- Describir la experiencia del proceso de embarazo y nacimiento.

CAPÍTULO IV

Metodología

Esta investigación tiene enfoque cuantitativa-cualitativa, de carácter exploratorio, de corte trasversal, retrospectivo. La técnica de recolección de datos utilizada es la entrevista personal semi-dirigida y en profundidad grabada en audio, así como también la revisión del carne obstétrico perinatal utilizando como instrumento para la obtención de datos estadísticos, con el fin de lograr la mayor veracidad posible.

Los criterios de inclusión de dicha investigación son mujeres primigestas con edad mayor o igual a 35 años, que tuvieron su nacimiento en el CHPR cursando puerperio, desde enero a octubre del año 2017. El tipo de muestreo es no probabilístico.

Consta de 10 entrevistas, con la posterior transcripción a formato Microsoft Office Word. Las usuarias se contactaron en el CHPR y posteriormente las entrevistas se realizaron en sala de púerperas cuando allí se encontraban internadas. En los casos de que no estuviesen internadas se coordinó mediante llamada telefónica, lugar y horario a conveniencia para la realización de la entrevista.

Como en toda investigación de naturaleza cualitativa, se pretendía entrevistar a tantas personas como sea necesario, hasta obtener saturación de datos, entendiendo por ello al momento del relevamiento de datos en el cual no se obtiene más información nueva.

Se analizaron las entrevistas y se establecieron categorías de análisis, según datos obtenidos de las mismas, que marcaron una similitud o tendencia general, acerca de cada aspecto estudiado, que nos permitió cumplir con los objetivos planteados.

Esta investigación cuenta con la aprobación del comité de ética del CHPR. Se destacan algunos aspectos éticos que se tuvieron en cuenta a la hora de realizar las entrevistas, por tratarse de una investigación con seres humanos. Uno de ellos, consentimiento informado a las usuarias, pudiéndose negar a ser entrevistadas. Por otro lado, la formulación de las preguntas se realizó con lenguaje simple directo y familiar para las participantes, teniendo en cuenta que no incomode u ofenda a las usuarias ni que se sientan enjuiciadas. Por último, se realizaron las entrevistas respetando la intimidad y dejando en claro la confidencialidad de la misma las cuales fueron de carácter anónimo, destacando además la finalidad de la entrevista la cual pretende mejorar en un futuro la asistencia de la población objetivo de esta investigación y se estimuló a que se den respuestas con sinceridad para una mayor validez al trabajo.

CAPÍTULO V

Presentación, Análisis y Discusión de los datos

Presentación

Datos Generales

Esta investigación se realizó en el correr del año 2017. Las usuarias fueron contactadas en la sala de puérperas del CHPR cuando allí se encontraban internadas, y mediante llamada telefónica una vez que obtuvimos los datos aportados del SIP de las usuarias que cumplían con los criterios de inclusión. El propósito de esto fue lograr el número más cercano a la población total seleccionada, la cual fue de 32 usuarias del subsector público que tuvieron su nacimiento en el CHPR, en el período de enero a octubre del año correspondiente.

Se realizó una entrevista personal semi-dirigida a un total de 10 usuarias, las cuales manifestaron el interés de participar en la investigación, con previo consentimiento informado y teniendo en cuenta las consideraciones éticas pertinentes.

Dichas usuarias cumplieron con los criterios de inclusión, siendo mujeres primigestas con edad mayor o igual a 35 años que tuvieron su nacimiento en el CHPR en el período estudiado.

POBLACIÓN OBJETIVO

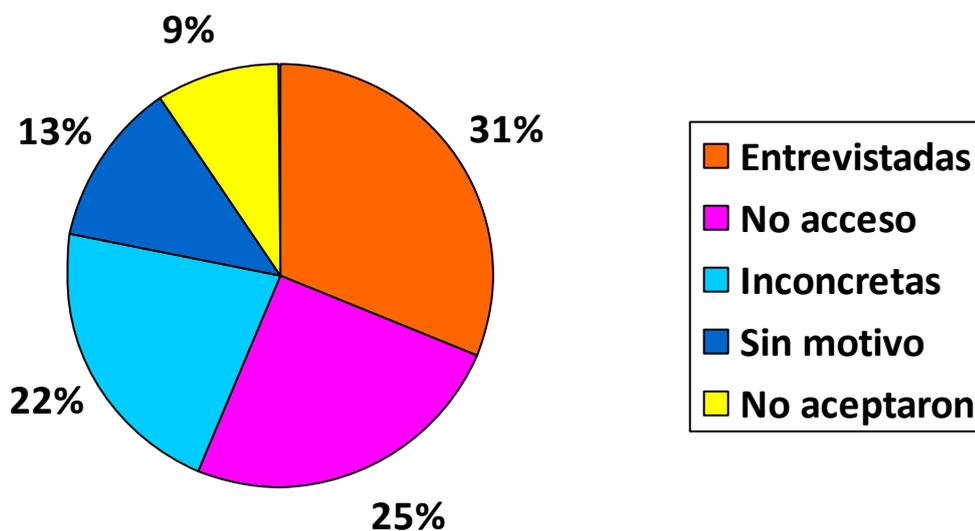


Gráfico 1: Representa la intención de contactar a la población objetivo.

Éste gráfico describe la intención de contactar a las usuarias que cumplen con los criterios de inclusión de nuestra investigación descritos anteriormente.

El porcentaje de entrevistadas fue de un 31% respecto a la población objetivo, este se origina a raíz de que no logramos el acceso a más mujeres por motivos que se describirán a continuación, de esa manera queda definida una muestra no intencional. Las mujeres que incluye esta muestra aceptaron y se interesaron en participar de la investigación sin inconvenientes, algunas de ellas accedieron a la entrevista en sala de puerperio, mientras que otras eligieron lugar y fecha a convenir según disponibilidad.

El 25% correspondió a usuarias que no se pudieron contactar mediante llamado telefónico por diversos motivos, entre ellos número de contacto (teléfono o celular) incorrecto, fuera del área de cobertura, no podían recibir llamadas, celular apagado o simplemente no contestaron al llamado telefónico en reiteradas oportunidades.

El 22% representa a las usuarias que inicialmente aceptaron participar de la entrevista, pero posteriormente no se pudo concretar ya sea por el surgimiento de eventualidades expresadas por parte de las usuarias, por ser del interior del país, o por evadir la entrevista llegando al momento pautado.

El 13% correspondió a las usuarias que tuvieron conocimiento de la investigación ofreciéndoles participar, sin obtener ninguna respuesta ni motivo aparente y explícito para la negativa de su participación.

Únicamente el 9% de las usuarias negó la participación de forma voluntaria, mientras que el motivo manifestado y unificado fue el desinterés.

Caracterización de la población entrevistada desde el punto de vista cuantitativo

El rango etario de las usuarias entrevistadas fue de 35 a 42 años inclusive.

5 de cada 10 mujeres tienen formación universitaria completa, las 5 restantes tienen cursado secundaria, representado por 3 de 5 que tienen ciclo básico aprobado, 1 de 5 tiene ciclo básico incompleto y 1 restante tiene bachillerato completo.

6 de cada 10 mujeres se encuentran en unión estable, 2 de 10 casadas, y 2 restantes solteras. La totalidad de la muestra manifestó una orientación sexual heterosexual.

5 de cada 10 mujeres tenían antecedentes personales a destacar como hipotiroidismo e hipertiroidismo, cardiopatía, síndrome de ovario poliquístico, enfermedad inflamatoria pélvica y endometriosis.

En cuanto al embarazo y nacimiento

6 de cada 10 de los embarazos en estas usuarias fueron planificados, destacando a partir de este dato que 5 de 6 correspondieron a embarazos producto de TRHA de alta complejidad, mientras que 1 restante fue un embarazo espontáneo. Por otro lado, 4 de cada 10 de los embarazos fueron no

planificados, donde en la mitad de los casos no utilizaban ningún método anticonceptivo y el restante sí.

Cabe destacar que del total de las entrevistadas en un único caso se dio el embarazo gemelar.

8 de cada 10 usuarias no presentaron hábitos tóxicos durante el embarazo, en 2 de los casos restantes donde existió el consumo de tabaco, este hábito fue suspendido ante el conocimiento del embarazo.

9 de cada 10 de las usuarias presentaron patologías durante el embarazo, de las cuales 4 de 9 requirieron internación.

De las características del control obstétrico de estas usuarias, diremos que 9 de cada 10 de los embarazos fueron bien controlados en cantidad y calidad, viéndose que la mitad de estos fue controlado en policlínica de alto riesgo obstétrico.

4 de cada 10 mujeres entrevistadas concurren a clases de preparación para la maternidad y paternidad.

La totalidad de las usuarias estuvieron acompañadas durante el proceso de trabajo de parto en los casos correspondientes, y durante el parto o cesárea.

6 de cada 10 de los embarazos culminaron en cesáreas, mientras que los restantes 4 en partos vaginales normales. Dentro de los motivos de las

cesáreas se describen, macrosomía fetal, preeclampsia, sospecha de pérdida de bienestar fetal, embarazo gemelar, trabajo de parto detenido.

La totalidad de los nacimientos de los/as hijos/as de las mujeres entrevistadas correspondieron a recién nacidos/as vivos, de los cuales 6 de 11 correspondieron a recién nacidos/as de término mientras que 5 fueron de pretérmino: 2 pretérminos severos, 1 pretérmino moderado y 2 pretérminos leves. De estos/as recién nacidos/as 3 de 5 ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

9 de cada 11 de los/as recién nacidos/as presentaron un peso adecuado para la edad gestacional. 2 de 11 fueron pequeños para la edad gestacional y en ninguno de los casos se vio el diagnóstico de grande para la edad gestacional.

Ninguno de los/as recién nacidos/as presentó diagnóstico de defectos congénitos.

Análisis y discusión de los datos

En primera instancia cabe destacar que el análisis de los datos obtenidos de esta investigación, los cuales se desarrollan a continuación, no deben ser generalizados a toda la población con estas características, debido a que las vivencias obtenidas son en base a los relatos de las mujeres entrevistadas, con las cuales no se llega a una muestra representativa para nuestro país. Destacamos que es el primer estudio en Uruguay que aborda a esta población desde una mirada vivencial, siendo el puntapié inicial para seguir investigando, dado que es un hecho que va en aumento y es de relevancia a nivel social.

La entrevista tuvo como base tres preguntas introductorias, las cuales tuvieron como fin recabar datos acerca de la vivencia desde la concepción pasando por la experiencia del embarazo, trabajo de parto y parto. Las mismas fueron:

“¿Cómo fue la decisión de quedar embarazada?”

“¿Cómo viviste la experiencia del embarazo y parto?”

“¿Por qué consideras que las mujeres postergan el embarazo?”

A partir de las respuestas obtenidas surgieron tres categorías para el adecuado análisis, donde se ven reflejadas las diferentes experiencias de las mujeres en relación con el proceso, desde la concepción hasta el nacimiento. De estas vivencias surgen además diferentes emociones, situaciones, experiencias, anécdotas de cada una de las mujeres, con sus relatos personalizados como cada individuo, viéndose como único, pero que al mismo tiempo muchos de esos sentimientos o emociones fueron compartidas entre varias de ellas, hecho que vemos enriquecedor.

Con el fin de cumplir con los objetivos planteados, se desprenden tres categorías de análisis subdivididas en: decisión de la maternidad, experiencia del proceso de gestación y consideraciones acerca de la postergación del embarazo.

Decisión de la maternidad

La visión de la maternidad en conjunto con la decisión de ser madre ha ido cambiando en el correr de la historia. Actualmente la mujer tiene otras prioridades que las hacen postergar esta decisión, dada por la autonomía y el empoderamiento, rompiendo el esquema tradicional del rol de la mujer como ama de casa y dedicada exclusivamente al cuidado de sus hijos/as.

Los datos obtenidos de nuestra investigación más la bibliografía consultada, muestran que podemos empezar a dejar de lado el criterio de que mujer es sólo sinónimo de madre y verlas como ser humano tal como es con todos sus derechos. Esta es una realidad que se está empezando a ver en nuestra sociedad, pero muestra que todavía queda mucho por hacer en cuanto a la igualdad de género.

Todas las usuarias entrevistadas manifestaron el deseo de ser madres y la decisión fue tomada por ellas mismas excluyendo cualquier tipo de influencia sociocultural.

Para un mejor análisis corresponde iniciar con la valoración de 2 situaciones totalmente diferenciadas, planteadas por las entrevistadas en base a las motivaciones o razones de ser madres después de los 35 años:

- Situación 1: la mitad concretó la maternidad después de los 35 años por considerar otras prioridades a nivel personal.
- Situación 2: la otra mitad logró la maternidad después de los 35 años por razones exclusivamente biológicas.

Maternidad después de los 35 años por otras prioridades

En la situación 1, se dio un caso en el cual el embarazo fue planificado, en el resto de los casos los embarazos no fueron planificados, (dos no utilizaban métodos anticonceptivos y los dos restantes sí). En el CHPR el hecho de no utilizar métodos anticonceptivos según el informe de gestión y sistema informático perinatal 2016, es de un 65% en mujeres mayores de 19 años, lo que refleja una circunstancia frecuente. Asimismo, ambas usuarias justificaron la no utilización de métodos anticonceptivos por sospechar no poder quedar embarazadas, sin haberse realizado ningún estudio ni tener un diagnóstico previo de infertilidad. Esto nos hace reflexionar en que quizás el embarazarse no era su prioridad, dado que ambas teniendo la sospecha de una posible infertilidad no acudieron a realizarse estudios y confirmarlo, además de que refirieron tener planificado embarazarse más adelante y no en ese momento precisamente por diferentes motivos.

En cuanto a las razones y motivaciones por las cuales este grupo de mujeres no decidió embarazarse antes, surgen varias ideas y planteos por cada mujer en particular.

E1 “...yo lo fui postergando porque me fueron pasando otras cosas en la vida, necesité hacer otras cosas, en mi caso fue viajar formarme con un oficio (...) también sabía que no quería ser madre soltera y entonces tenía que encontrar una pareja y que eso iba a llegar en algún momento pero que mientras tanto tenía que ir cumpliendo otros sueños míos y que no iba a ser mamá hasta que no lo decidiera...”

En este caso como en todos los demás, no fue únicamente una razón la que las motivó a embarazarse luego de los 35 años, sino que fue un conjunto de factores dados por “la vida misma” como son los deseos, las aspiraciones, los proyectos, el momento en el que se encuentran, como se sienten, etc. Por ejemplo, en otros casos, el aspecto que fue nombrado es el hecho de no sentirse preparada emocionalmente para transitar todo lo relacionado a la maternidad, así como también el no sentir ganas de ser madre en esa situación puntual.

E2 “... la persona ideal, estar un poco mejor pero también una estabilidad emocional, yo no me sentía del todo plantada, o sea, no me sentía una persona plena (...) tenía muchas carencias para dar una vida, para traer una vida al mundo...”

E3 “... yo estaba para mis cosas, sabía que no iba a tener tiempo, que no iba a tener dedicación, como que no tenía ganas de tener hijos. Me sentía joven todavía y era inmadura, me gustaba salir y para traer un hijo al mundo y no darle la atención que requiere prefería no tenerlo. No estaba como para ser mamá no sentía esas ganas de tener hijos...”

Se puede observar que cada una tiene una visión particular, influenciada por muchos aspectos, lo cual es totalmente respetable y debería serlo para todos, porque al final como nombramos anteriormente todas tienen derecho y libertad de decidir sobre sus propias vidas.

En uno de los otros dos casos se nombró también el hecho de no encontrar una pareja ideal y que no se dieron las circunstancias como para buscar el embarazo, mientras que en el otro caso los motivos fueron priorizar la profesión y lo laboral, fundamentalmente.

E6 “... yo tenía todos los recursos para quedar embarazada en esa época y lo postergué, porque yo tenía un cargo que era el que yo quería (...) era así como que esto puede esperar, aunque tuviese 38, 39 años, tu decías no, no, es importante este otro cargo y así vas...”

En este último caso se puede ver como el querer alcanzar un objetivo de realización personal tan anhelado, hace dejar de lado el formar una familia a pesar de tener todas las demás condiciones y el deseo, esto podemos relacionarlo al tema de la desigualdad de género que persiste hoy en día, como el de poder congeniar el proceso de la maternidad con lo laboral, dado que sigue existiendo el no contratar a una mujer por el simple hecho de que se puede embarazar, y el que se embarace puede estar mal visto en el lugar de trabajo, lo cual genera no querer arriesgarse a perder el empleo o perder el prestigio y respeto. Es una realidad que la maternidad va a influenciar la vida de las mujeres ya que va a requerir cambios en sus vidas vinculadas al embarazo, a la demanda del/la recién nacido/a, entre otras cosas por lo que no va a estar 100% dedicada a lo laboral, lo cual implica ver como inconcebible el hecho de tener un buen cargo laboral con ser madre, pero el punto es que debería ser igual para ambos sexos dado que un/a hijo/a es responsabilidad de

ambos e implica cambios en los dos padres, lo cual no se toma en consideración y por eso se relaciona con la desigualdad de género.

Cabe destacar que en los casos donde los embarazos no fueron planificados, todas las mujeres nombraron el hecho de que no se plantearon la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y durante el transcurso de la entrevista hicieron alusión a que el embarazarse era algo que tenía que darse en ese momento, como una situación del destino o de Dios.

E1 “... los niños llegan cuando tienen que llegar (...) ahora pienso otra cosa de los embarazos lo veo de un lado más místico que llegan cuando tienen que llegar, la compatibilidad de un óvulo, con un espermatozoide...”

E6 “... cosa de Dios porque yo no hice absolutamente nada, nada, nada para quedar embarazada que no sea lo tradicional, impresionante...”

Por eso es por lo que hemos hablado hasta ahora acerca de la decisión de la maternidad en general, dado que por más de que en 4 casos los embarazos no fueron planificados, igualmente decidieron continuar con el proceso de gestación y nunca se plantearon el interrumpirlo, hecho que en nuestro país actualmente está a disposición. En este aspecto podemos reflexionar que además de tomar la situación como un hecho del destino o de Dios, también la presión de la edad fue como una mochila que tenían cargando constantemente y por esa razón alguna de las mujeres que se encontraban en pareja expresaron el tener planificado un embarazo a futuro, pero un futuro cercano.

E3 “... si bien estaba hacía tiempo con mi pareja, lo teníamos pensado para el próximo año por la edad porque ya tenía 36 años. Lo teníamos planificado, pero no para ese momento...”

E6 “... ya queríamos quedar embarazados lo que pasa que eso fue un plazo, un plan que quedó como en stand by (...) me dijo, así como tenemos que empezar a buscar bebé porque a mí ahorita no me importa, pero yo sé que a ti se te va a pasar el tiempo va a llegar un momento que no vas a poder, tú ya eres muy grande...”

Por eso es por lo que también pensamos que esta situación forma parte de los motivos (no siendo el único) por los cuales no se plantearon otra alternativa como el IVE, creemos que no se tomaría de igual manera esta noticia 10 años atrás, quizás surgirían otros pensamientos.

Maternidad después de los 35 años por razones biológicas

Por otro lado, en la situación 2, hacemos referencia a las mujeres que comenzaron a planificar el embarazo en edad reproductiva ideal, pero que por factores biológicos no lograron embarazarse espontáneamente y tuvieron que acceder a TRHA. Esto les llevo varios años, específicamente entre 5 y 12 años de estudios y tratamientos. Cabe destacar que todas lograron el embarazo gracias a técnicas de alta complejidad, cuatro casos de fecundación in vitro y una ovodonación.

Del proceso de planificación del embarazo surgen varios sentimientos y emociones describiéndolo como un proceso difícil, largo, se vive con mucha

vulnerabilidad, resulta traumático y angustiante, que se sufre, y con varios momentos llenos de frustración. Implica además responsabilidad y compromiso.

E9 “...cada resultado que yo iba a levantar allá iba al Pereira con las inseminaciones que te dan la hojita y veía que decía negativo, era una cosa que se siente horrible (...) era toda una cosa fuerte el vivirla el pasar mes a mes (...) después me ganaba en mi dormitorio, me quedaba sola con mi esposo y me quebraba, llorábamos a mares los dos y decíamos ¿por qué no se nos da? ...”

Otro tema que surgió en el correr de las entrevistas fue la importancia de la pareja y su rol en el proceso de planificación del embarazo, este aspecto fue resaltado por parte de todas las mujeres.

E9 “... yo en mi caso por ejemplo tuve el apoyo de mi esposo en todo momento (...) por ejemplo al Pereira el me llevaba me esperaba y me venía a buscar, estuvo constantemente siempre ahí entonces eso para mí fue fundamental, el apoyo de él fue fundamental más que cualquier otra persona (...) obviamente iba a ser mi esposo, esto era un hijo de los dos juntos...”

E7 “... que tu pareja quiera hacer ese tratamiento, ¡mira que hay que hacer ese tratamiento! (...) para ellos es tan o más traumático que como para nosotras (...) tenés que ser amigo de la otra persona y entender que sufre igual que vos, sino, no anda esto...”

Se puede destacar que el proceso que tienen que vivenciar las mujeres entrevistadas que accedieron a TRHA es muy complejo e implica la participación de la pareja ya que también se encuentran involucrados en dicho proceso, viviéndolo a la par de su pareja. Es fundamental esta unión, para que se genere el apoyo y contención entre ambos. Al mismo tiempo tienen que estar preparados emocionalmente para acompañarse durante todo el proceso, e indiscutiblemente el rol de la pareja es uno de los pilares indispensables para recorrer esta etapa lo mejor posible.

Otro punto que abordar es el tema de la vivencia de este proceso relacionado a la creencia en Dios. Se puede ver que las usuarias que tienen esta creencia lo viven de una manera diferente al resto.

E9 “... yo soy muy creyente soy de una familia creyente, llegó un momento que lo dejé en manos de Dios y que sea lo que Dios quiera, si es para mí que sea y si no bueno...”

E5 “...yo tenía mucha paz, porque yo soy muy creyente y estaba aferrada a Dios, fuerte y bueno estaba tranquila, hay que entregarle las cargas a él, si tenía alguna carga o alguna duda que sea su voluntad y no la mía...”

Lo viven aceptando la voluntad de Dios y esto les genera menos presión, menos estrés y más tranquilidad, sabiendo que en las parejas que acceden a las TRHA hay un componente importante psicológico el cual incide en el logro del embarazo.

Para finalizar, por parte de todas las entrevistadas surgió el agradecimiento a la ley número 19.167 de la RHA, ya que refirieron que sin esta ley no hubiesen podido acceder al embarazo, ya sea por los costos que insume realizar los tratamientos por fuera de la misma. Mediante la ley se les facilitó el acceso a las TRHA, respetando los derechos en salud sexual y reproductiva (DD SS y RR), y garantizando la confidencialidad del proceso, por lo cual lo tienen muy presente.

Experiencia del proceso de gestación

De esta categoría se desprenden varios aspectos a analizar, como son:

- Reacciones ante la noticia del embarazo
- Vivencia positiva y negativa del proceso
- Comportamiento del entorno social
- Relación con el equipo de salud

Reacciones ante la noticia del embarazo

Uno de los momentos importantes y que corresponde analizar son las reacciones ante la noticia del embarazo las cuales fueron variadas. En aquellas que estaban realizando la planificación del embarazo, tuvo un impacto especial y gratificante debido a que el proceso les llevo mucho tiempo, entonces la noticia fue sumamente positiva y emocionante, mientras que, en aquellas que no estaban planificando el embarazo fue tomado con sorpresa y generó varias reacciones entre ellas, shock, impacto, ambigüedad, miedo, incertidumbre, manifestaron que fue difícil procesarlo, pero todas aceptaron la noticia del

embarazo y decidieron seguir adelante con el mismo, viviéndolo de la mejor forma posible. Dejaron ver que fue un cambio radical y ahora sostienen que fue un cambio lindo.

E3 “...fue difícil porque yo no quería tener hijos todavía, entonces fue complicado (...) fue como un impacto al principio...”

E2 “...en principio fue como mucho, ¿jta!? (...) fue como un momento muy, muy ambiguo, en ese momento que me enteré que estaba embarazada me puse a llorar (...) después me fui alegrando porque era una vida lo que tenía adentro...”

E6 “... cuando me veo sí que estaba embarazada, era positivo, ¡no yo esto tiene que ser un error! ...”

E8 “...me costó, me costó, me costó (...) por más que yo tengo la edad que tengo eh, no es fácil...”

En todos los casos la noticia fue totalmente inesperada e implicaba muchos cambios en sus vidas y estos cambios a su vez, al no ser planificados, iban a tener que aceptarse y procesarse en conjunto con la noticia y el transcurso del embarazo, para lograr una adaptación.

Todas tuvieron que afrontar diferentes situaciones, por ejemplo, sobrellevar el rol en un cargo importante, sobreponerse a que no era lo esperado y no se sentían preparadas, o que no era con la persona que lo habían planificado.

Podemos ver que, aunque los embarazos no fueron planificados y generaron todas estas emociones e implicancias, esto no necesariamente reflejo que se vivieran de forma negativa en todos los casos, sino todo lo contrario.

Vivencia positiva y negativa del proceso

En cuanto a la experiencia del proceso de gestación visto a nivel general, a grandes rasgos se pudo ver que en el 60% de los casos vivió de forma positiva, en un 30% de forma negativa, mientras que el 10% no entró en esta clasificación.

Dentro de las mujeres que lo vivieron de manera positiva, se destacan los sentimientos de felicidad, alegría, disfrute, paz y tranquilidad; lo describen como un proceso lindo, bueno y emocionante. Muchas de ellas hicieron referencia al vínculo que se origina con el/la hijo/a desde la panza y no exclusivamente en el nacimiento, lo relatan de forma nostálgica hechos como el momento en que sintieron los primeros movimientos, las caricias en la panza, la interacción con la pareja, el ponerle música y hablarle, tratando de interpretar las reacciones del bebé.

E5 “...los sentimientos fueron de vínculo, le poníamos música, le hablábamos pila en la pancita el padre, yo, bien feliz tranquila, con mucha paz...”

E6 “... yo era la que organizaba la fiesta cuando me acerque a dar las palabras el bebé empezó así (movimiento de manos), se puso... estaban las cornetas cerca se aceleró mucho y yo ¡no! Me tengo que ir (...) son

esas cosas que tú las vas viendo y vas reaccionando, las vas conociendo y vas viviendo como va reaccionando desde la barriga, eso es impresionante...”

Cabe destacar que predominantemente se dieron los sentimientos positivos, pero surgieron sentimientos encontrados, ambivalencias, miedo, susceptibilidad.

VIVENCIA POSITIVA SEGÚN LOGRO DE EMBARAZO

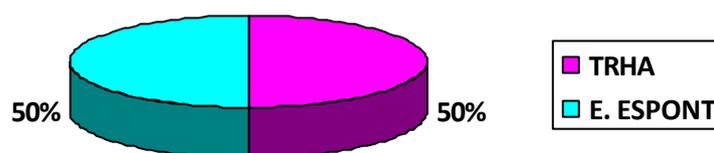


Gráfico 2: Relación entre forma de concebir y vivencia positiva.

Como expresa el gráfico 2 no hay relación directa entre las mujeres que accedieron a TRHA con la vivencia positiva del embarazo, es de suponer que se vivan únicamente de manera positiva por ser estos embarazos muy deseados, pero con este gráfico queda al descubierto que no es algo predecible.

Las mujeres que vivieron el embarazo de forma negativa en su mayoría fueron por patologías o complicaciones desarrolladas durante la gestación y en un único caso por factores sociales. Esto de alguna manera les impidió el disfrute de esta etapa. En todos los casos ante la pregunta que tiene relación con la experiencia del embarazo, respondieron de forma negativa, por lo que creemos que eso fue el hecho predominante.

E4 “... lo tome mal porque en la ecografía decía que venía con problemas, que tenía síndrome de Down, que tenía problemas en el corazón, pasaba, me pase el embarazo llorando todo el tiempo...”

E10 “... pase muy mal, muy mal todo el embarazo, eh mal del estómago me atacó el estómago, me atacó todo (...) estaba tirada en la cama ahí era imposible no me podía levantar...”

E2 “... no era el embarazo ideal que yo había soñado, la verdad (...) no era con la persona que yo quería, no era montones de cosas, no era de la forma que yo quería, no era como debería económicamente, o sea muchas cosas...”

En el 20% de estos casos los embarazos fueron producto de TRHA mientras que el 10% correspondió a un embarazo espontáneo. A partir de esto surge la idea de que a veces por más de que los embarazos sean planificados, llegado el momento del transcurso del mismo pueden surgir adversidades las cuales impidan el disfrute y el conectarse con todo lo relacionado a esa etapa.

Por último, a uno de los casos, no se logró categorizarlo en ninguna de las dos vivencias ya que la misma se expresa como positiva y negativa al mismo tiempo. Correspondería a la ambivalencia que describimos en el capítulo marco teórico, en referencia a que los cambios psicológicos y emocionales en esta etapa son realmente importantes.

Cabe mencionar que uno de los instantes más destacados por las mujeres entrevistadas, vivido como positivo y emocionante es el nacimiento, el

momento en el que se encuentran con el/la recién nacido/a, el/la cual las estuvo acompañando en todo el proceso de gestación, haya sido esta experiencia positiva o no, no deja de asombrarlas y más aún las usuarias que tuvieron la posibilidad de tener un parto vaginal, fue impresionante las descripciones en referencia a ese momento.

E8 “... es algo alucinante que vos esperaste todo este tiempo, que te imaginas, que como será...”

E2 “... fue emocionante, fue el día más hermoso de mi vida creo yo, nunca pensé de quedar embarazada y vivir esa experiencia, fue un parto tan lindo...”

E9 “...fue espectacular para mí, yo creo que no lo volveré a tener por mi edad pienso que no voy a volver a ser madre, pero este fue una experiencia para mí fue increíble, fue divino...”

Comportamiento del entorno social

El entorno social son todas las relaciones personales cercanas y no cercanas que se van generando en el día a día y en el transcurso de la vida, son todas las personas con las que interactuamos constantemente, directa e indirectamente, desde las que se encuentran en nuestro vecindario, nuestros amigos, conocidos, compañeros de trabajo de estudio, hasta nuestra propia familia.

Al encontrarse tan vinculados con este entorno es inevitable que de una u otra manera no lleguen sus influencias en la vivencia de todo el proceso, desde la concepción hasta el nacimiento y la llegada del nuevo integrante. En muchos de los casos el entorno se convierte en la red de apoyo directo en las mujeres y sobre todo en las embarazadas donde, sabemos que es uno de los momentos en la vida de mayor vulnerabilidad.

Como mencionamos anteriormente una de éstas redes incluye a la pareja, la cual en los casos donde había presencia de la misma, fue descrita como imprescindible y fundamental para atravesar el proceso, no siendo ésta la única figura descrita como positiva obviamente.

Por otro lado, en el entorno también aparecen muchas veces figuras negativas que quieren opacar la vivencia positiva, que emiten prejuicios y generen momentos de angustia, y cuestionamiento.

En nuestra investigación el 50 % de las entrevistadas recibió algún tipo de comentario prejuicioso por parte del entorno, relacionado a la edad. En el 30% de los casos, los prejuicios se originaron por parte del vecindario y de allegados a la familia, en un 10% los prejuicios provinieron del equipo de salud, y un 10% de ambos.

E2 “... ¡pero que nunca pariste antes que estas gritando así! No, la verdad que no....”

E5” ...me dijo que mi edad, capaz me puede salir hasta Down, yo lo iba a aceptar igual (...) son personas que te juzgan y no podés juzgar a

nadie, es algo que está en la biblia, no juzgues para no ser juzgado (...) lo que importa es sana, que esa vecina era lo que nos decía que podía ser un extraterrestre...”

E8” ...algunos clientes de la panadería me dijeron que ta, que era vieja, que era vieja y yo le dije... lo corrí al hombre directamente...”

E9” ...en un momento me llegó a decir que yo con 40 años ya era vieja para tener hijos (...) ¿y tenés más hijos ya no? No, no tengo, es la primera, ah la primera y ¿por qué a esta edad? Siempre el tema de la edad estuvo (...) ¿y por qué a esta edad? Porque hacía 12 años que estaba buscado...”

A pesar de que en estos casos hubo una influencia negativa de parte del entorno, no fue condicionante para la vivencia del embarazo, el mismo se sobrepuso ante todos los prejuicios, logrando en 3 de 5 casos vivirlo de forma positiva; en el resto de los casos donde se manifestó una vivencia negativa no estuvo dada por este hecho únicamente sino por otros factores.

Otro aspecto para tener en cuenta son los dichos sociales, muchas veces mitos que llegan a las usuarias, a veces negativos, exagerados y que depende de cada persona como los tome, por ejemplo, en uno de los casos la usuaria decidió no informarse, no escuchar, sino vivir su experiencia, por la cantidad de historias negativas que le hacían llegar, entre otros motivos.

Cabe destacar que en todos los casos la familia recibió la noticia de forma positiva, siguiendo de cerca todo el proceso, brindando contención y apoyo,

dando seguridad de que no se sintieran solas, asistiendo a los controles, estando en el trabajo de parto y parto. Llegamos a esta reflexión debido a que las entrevistadas manifestaron espontáneamente que siempre estuvieron acompañadas por sus familias, aquellas que se encontraban en pareja y las que no. Así como hablamos de la pareja y su rol indispensable, la familia juega un papel muy importante en la vivencia de estos embarazos lo cual es referido por todas las entrevistadas.

Relación con el equipo de salud

La totalidad de las usuarias realizó su atención de salud a nivel público, de allí se desprende que un 50% se controló en policlínica de alto riesgo obstétrico (PARO), correspondiendo a las usuarias que accedieron a TRHA.

El 50% restante se controló en policlínica periférica, de las cuales el 30% lo hicieron con partera (a pesar de no contar con el dato estas usuarias deberían haber tenido al menos una consulta en PARO, según el MS), y el 20% lo hizo con ginecólogo/a.

En cuanto a las experiencias relatadas en relación con el equipo de salud dividimos por un lado lo referente al control prenatal, y por el otro a la experiencia del trabajo de parto, parto y puerperio vivido en el CHPR.

De los controles prenatales podemos decir que el 100 % de las entrevistadas refirió una buena relación con el equipo de salud, donde dentro de las descripciones de la atención se nombró la paciencia, la confianza que les generaron, tranquilidad, el sentirse contenidas, el mostrarse pendientes

brindando toda la información y evacuando dudas; refieren una buena atención en general. También nombraron al equipo de salud como fundamental y demuestran agradecimiento para con ellos. Sin embargo, existieron otras opiniones como “cosas puntuales”, que a pesar de que en forma global la experiencia con el equipo de salud fue positiva, siempre existen cosas a mejorar o algunos detalles.

E7 “...tienen 20 personas para atender, entonces si miran la parte obstétrica, eso se fijan, pero la otra parte que vos venís con una carga muy importante (...) esa parte como que no la tienen en cuenta...”

Este caso da a entender que la atención por los motivos que fueran, no se dio de manera integral, no se contempló del todo lo referente a aspectos emocionales o psicológicos. Otro punto que fue nombrado es el tema de las largas esperas para los controles y los estudios, más que nada por parte de las usuarias que viajan desde el interior del país.

Uno de los datos que creemos importante para considerar adecuado el control prenatal, es el brindar información correcta y necesaria, evacuar dudas en todo momento, ya que es derecho de las usuarias. Esto les genera seguridad, confianza y sobre todo empoderamiento y autonomía a la hora de tomar decisiones, lo que permite un intercambio entre equipo de salud y usuaria, logra una dinámica de la consulta diferente donde ambos participan de forma activa, dejando en el recuerdo una linda experiencia.

En relación con este aspecto cuando se les preguntó a las usuarias si se les había informado acerca de los riesgos del embarazo en relación con la edad, un 90 % relató que, sí se les había informado, muchas nombraron además que

por eso tienen marcado en el carné con amarillo, que les dijeron que era un embarazo de alto riesgo por la edad.

Por otro lado, una cosa es la información que se les brinda y otra es cómo fue por parte de las usuarias la percepción de los riesgos, cómo lo entendieron ellas. De ahí podemos ver que surgen varias visiones. Todas las usuarias a las que se les informó de los riesgos, los entendieron, comprendieron que no es lo mismo embarazarse a sus edades que antes, incluso muchas ya sabían de ante mano que iban a ser embarazos de alto riesgo. Por este motivo refirieron el haberse cuidado en todo el embarazo, haber tratado de estresarse lo menos posible, concurrir a los controles, hacerse todos los estudios solicitados, cumplir con todas las recomendaciones; pero, por otro lado, en 4 casos se dio de que si bien manifestaron entender este concepto, no asociaban que les podría pasar algo debido a que se consideraban mujeres sanas, sin ningún hábito tóxico, que si se cuidaban no iban a tener complicaciones. El aspecto que si tenían presente era el riesgo de síndrome de Down, pero lo asumían.

Otras de las visiones que surgieron fueron que, ante la información, 2 de los casos las hicieron pensar y llenarse de interrogantes, en otros 2 de los casos surgió el miedo de lo que podría llegar a pasar y en un único caso fue tomado positivamente y no le generó ningún cambio. Este último caso se asocia a la creencia en Dios que tenía la entrevistada, ya que en todo momento nombró que iba a ser lo que estuviera a disposición de Dios, pero a su vez confiaba que estos iban a ser resultados positivos.

Por último, en el único caso en que no se informó estos riesgos, la usuaria tampoco asumía que su embarazo era de alto riesgo por las mismas razones que nombramos anteriormente, el hecho de ser sana, etc., y tampoco tenía información de ante mano acerca de este tema. Si sabía y conocía los riesgos

sobre las cromosomopatías, pero aun así no consideró que fuera su embarazo de alto riesgo.

En lo referente al último proceso del embarazo, vivido en el CHPR, el 90% consideró que su experiencia fue positiva en cuanto a la atención por parte del equipo de salud mientras que en un único caso se dio lo contrario.

La experiencia que fue descrita como negativa fue debido a que el equipo de salud les generó desconfianza, tanto a ella como a su acompañante, por diversas situaciones, entre ellas la falta de atención, el sentirse que no la estaban entendiendo en su situación, el no estar de acuerdo con las conductas que tomaban, el sentirse sin contención, incluso hasta la falta de respeto. También nombró el tema del ambiente y entorno, el hecho de que había mucha gente, haciéndole las mismas preguntas en un momento inoportuno; en resumen, la falta de consideración.

E3 “... nadie usaba la lógica conmigo (...) me habían como abandonado ¿viste? Ya estaban re cansados de mí, me habían dejado ahí (...) todos los días contestar lo mismo a 10 personas distintas que vengan y te metan el dedo sumá, pone en un paquete, ponete vos en el lugar de la otra persona...”

Igualmente, a pesar de todo lo negativo, mencionó aspectos positivos que caben destacar como el procedimiento de la cesárea, el tema de la analgesia, el trato por parte de los anestesistas y algunas Obstetras Parteras, pero que en su conjunto la experiencia termina siendo negativa y capaz que algunas situaciones de las nombradas se podrían intentar cambiar, ya que sabemos que muchas veces es una realidad presente.

De las usuarias que vivieron de manera positiva el pasaje por el CHPR, lo recuerdan con mucha alegría y lo describen de manera sumamente positiva cuando hacen referencia a la atención.

E6 “... gente que está enfocada al servicio (...) yo pienso que la atención en general es excelente, como yo le digo a mi esposo tienen una... la ética ¿sabes? Todos se ocupan, hasta la gente que da la comida...”

E7 “... vos lo notas desde que entras al Pereira, yo encontré una calidad humana en el Pereira que no hay en otros lados...”

Se destaca además que las Obstetras Parteras fueron nombradas por muchas de ellas, las hicieron presentes, y en algunos casos hasta hacen referencia y describen como fue su atención y su rol de manera muy positiva.

E1 “... de las parteras más que nada yo les agradezco un montón, para mí el trabajo de las parteras es súper necesario en la sociedad (...) estuvieron tendiéndome paciencia acompañándome (...) siempre dándome una explicación...”

E3 “... después hablé con una partera que vino y me explicó, esto se hace por eso, esto por esto...”

Nombrándolas y haciéndolas presentes tanto en lo que refiere al control de embarazo, como en el trabajo de parto, parto y puerperio, siendo un rol fundamental.

Las nuevas salas de nacer del CHPR fueron un aspecto muy nombrado por parte de las usuarias, las que se mostraban encantadas en cuanto a esa infraestructura del centro.

Asimismo, también surgen aspectos negativos que hay que nombrar, como la cantidad de gente, la cantidad de estudiantes que caracteriza al CHPR. Se mencionó también la atención fría por parte de la admisión de puerta de emergencia.

En cuanto al momento del trabajo de parto, muchas hicieron referencia a que las demás usuarias muchas veces las ponían nerviosas y se asustaban por cómo estaban viviendo ese proceso:

E7 “...yo pensaba cuando viene esa parte que yo grito...”

Por otro lado, en relación con esto también se encuentra la falta de comprensión de los tiempos del trabajo de parto y parto, lo que generó desacuerdo por parte de las usuarias y acompañantes ante las conductas tomadas, siendo este un hecho frecuente, por lo que podríamos reflexionar que sigue habiendo carencias en cuanto a la información que se les brinda a las usuarias y sus familiares.

Por último, en dos casos se hizo referencia a mitos del CHPR, como es el hecho de que “desaparecen los/as niños/as, que roban niños/as”. Con esto vemos nuevamente como el entorno social juega un rol importante en la influencia de las mujeres, es decir en todos los individuos de por sí.

Consideraciones acerca de la postergación del embarazo

Como hemos mencionado en capítulos anteriores, la postergación de la maternidad se ha vuelto una realidad en nuestro país y es confirmado según datos del MS. Por este motivo y debido a que no hay investigaciones de este tipo en nuestro país, consideramos de suma importancia conocer la opinión de las usuarias acerca de esta situación.

El 90% de las usuarias refirieron que la postergación del embarazo es una realidad que se está dando en nuestro país en estos últimos tiempos, relataron que los motivos por los cuales se llega a dicha situación son variados y que no es solamente un factor el determinante, sino un conjunto de los mismos, entre ellos se destacan:

- Factores económicos
- Factores sociales
- Factores biológicos

Dentro de los factores económicos las usuarias manifestaron que es uno de los principales motivos por los que se posterga la maternidad, es que muchas veces se busca el lograr una estabilidad económica, conformar un hogar con

las cosas básicas y necesarias, tener la comodidad de un vehículo, el culminar una carrera para conseguir un buen oficio. En resumen, una seguridad económica antes de planificar el embarazo, dado que esto generaría el sentimiento de poder brindarle todo y que no les va a faltar nada en cuanto a lo material, hecho que esta sobre valorizado a nivel social y que a su vez implica un tiempo prolongado para lograr estos objetivos planteados.

En cuanto a los factores sociales se nombró el encontrar la pareja indicada y estable para el proyecto de tener un/a hijo/a, hicieron referencia a que muchas veces es difícil encontrar una pareja que les genere seguridad como para tomar la decisión de planificar el embarazo y que a su vez el deseo sea de ambas partes. Otro aspecto nombrado fue el no sentirse preparadas emocionalmente para la maternidad, postergándolo hasta el momento en que se sientan seguras y confiadas de dar el paso, asumiendo que cada una tiene sus tiempos, siendo este un aspecto subjetivo e individual. También destacan que los ritmos de vida hoy en día son diferentes, donde la mujer tiene otro protagonismo de su vida, buscando el desarrollo personal, el cumplir con prioridades individuales como son viajar, cumplir proyectos, formarse profesionalmente, e ir cumpliendo metas para la realización personal.

E1 “... Por eso se posterga, porque tenemos que hacer otras cosas por nosotras mismas, y ya el empoderarnos como mujer, valorarnos, tener nuestro oficio, eso a lo mejor eso es lo que hace que se retrasen un poco las cosas, o tener deseos de poder hacer otras cosas y mientras tanto acceder a métodos para cuidarnos y mientras tanto, resolver un oficio o lo que fuera para después con nuestros niños poder hacer otras cosas, tiene que ver con eso, con un nuevo empoderamiento de la mujer...”

Por último, los factores biológicos hacen referencia a la infertilidad. Las entrevistadas nombraron esta situación como una realidad la cual las sorprendió ya que no se imaginaban que era tan frecuente y a su vez implica muchos años de tratamientos, los cuales muchas veces culminan con un embarazo fuera de la edad reproductiva ideal.

Se pudo observar que cuando se les realizó la pregunta con relación a esta temática, la respuesta estuvo influenciada según la vivencia personal, por ejemplo, en este último caso nombrado, las que hicieron referencia a los factores biológicos fueron las que accedieron a TRHA.

Ante la reflexión por parte de las mujeres de todos estos factores que inciden en la postergación de la maternidad, surgió en algunos casos pensar que el lograr un embarazo a edades mayores muchas veces puede ser dificultoso, y se replantean si de verdad vale la pena postergar por factores que están a su alcance de ser modificables, incluso surge la idea de que si tuvieran la posibilidad de retroceder el tiempo, hubieran intentado buscar el embarazo mucho antes, por el tema del reloj biológico que no es modificable y que les pesa de forma considerable. Asumen igualmente que es un tema individual pero controversial a la hora de discutir sobre esta temática.

Por otro lado, hubo únicamente una entrevistada la cual no consideró que la postergación de la maternidad exista en nuestro país sino todo lo contrario, manifiesta que en su entorno la realidad es el embarazo adolescente y recapacita en que puede ser una realidad en niveles socioeconómicos medios-altos.

Compartimos esta visión junto con varios autores, los cuales aseguran que la postergación de la maternidad se da mayoritariamente en dichos estratos sociales y además es una situación que está a la vista en la sociedad. Creemos que las prioridades a nivel personal y las oportunidades son diferentes en cada nivel socioeconómico, lo que influye de manera significativa en las formas de vida de cada uno.

Para darle cierre a esta categoría decidimos hacer referencia a los planteos que surgieron espontáneamente por parte de las entrevistadas ante la reflexión de un próximo embarazo. Esto se dio en un 70% de las mujeres, quienes se proyectaron a la posible decisión de quedar embarazadas nuevamente, de allí surgió que a un 20% le gustaría volver a embarazarse, un 10% tiene planes de un nuevo embarazo, pero asume que no va a ser fácil, un 20% no pensaron en eso y un 20% restante refiere no querer volver a embarazarse por los riesgos materno-fetales y por los tiempos, de querer dedicarlo y disfrutarlo con su hijo/a actualmente. Mientras que en un 30% no se mencionó este aspecto.

Con esto podemos ver que el hecho de tener el primer embarazo después de los 35 años puede ser un factor condicionante a la hora de planificar el próximo embarazo. A pesar de estar presente en algunas de las entrevistadas, surgen varios aspectos para tener en cuenta, como el aceptar que posiblemente no sea fácil con las implicancias que esto determina, surge el tema de los tiempos, que el disfrutar del/a nuevo/a integrante de la familia necesita del mismo, lo que determina el pasar de los años y de la edad, el asumir que existen riesgos que ellas mismas lo vivieron y no están dispuestas a pasar. A su vez creemos que la vivencia y la experiencia del embarazo positivas, hacen que quieran volver a transitarla. Pero en resumen sabemos que no es lo mismo las consideraciones que se deben de tener a sus edades que a edades menores.

Para reflexionar respecto a todo lo aportado por parte de las mujeres entrevistadas, en el correr de la vida hay aspectos que están al alcance de modificar y otros que no, esto refiriéndonos a la hora de pensar en los motivos de postergar la maternidad. Dentro de los aspectos modificables serían todos los que tiene que ver con lo material y aspectos de realización personal, como también las ambiciones; mientras que los no modificables son los que tienen relación con lo biológico, y además con los aspectos sociales, como el encontrar una pareja en los casos que lo consideren indispensable, y el hecho de no sentirse preparada. Con todo esto creemos que la información en lo referente a la maternidad es de suma importancia, por ejemplo el tener conocimiento acerca de las dificultades que existen para lograr un embarazo en edad avanzada o de los riesgos existentes, creemos que tener conocimiento de todos estos aspectos modificarían la decisión de la maternidad, ya que hay aspectos modificables los cuales se podrían ir realizando en conjunto con la planificación familiar o en el caso donde se postergue por decisión personal, que esa decisión sea con una base de información la cual la haría totalmente consciente, ya que cada una tiene sus motivos y creencias personales en cuanto a cómo vivir sus vidas, y tomar sus decisiones lo que es totalmente respetable.

CAPÍTULO VI

Conclusiones, consideraciones finales y recomendaciones

Conclusiones

En relación con los datos obtenidos de este estudio, mediante las entrevistas realizadas a las usuarias que estuvieron dispuestas a participar de la investigación y en base a los objetivos planteados, se concluye lo siguiente:

- Se logró entrevistar al 31% de usuarias de igual o mayor a 35 años que tuvieron su primer/a hijo/a en el CHPR, siendo el 69% las que no participaron de la investigación por diferentes motivos. De ellas surge que el mayor porcentaje o sea un 25% correspondió a usuarias que no se las pudo contactar debido a que el número telefónico era incorrecto, por lo que podemos concluir que es de gran importancia el correcto llenado del SIP, ya que este tiene como finalidad principal obtener datos estadísticos y realizar trabajos de investigación.
- Se concluye que en cuanto a la decisión de ser madre luego de los 35 años, la misma está influenciada por una variedad de factores individualizados que actúan en conjunto, desde priorizar otras aspiraciones personales hasta por razones dadas por la infertilidad.
- Podemos concluir además que según literatura internacional la percepción del equipo de salud y de las propias usuarias, el rol de la mujer ha cambiado notoriamente en la sociedad, y es uno de los factores que más influyen a la hora de tomar la decisión de la maternidad.
- La edad de la mujer tiene una influencia importante en la decisión de la maternidad, lo que se desprende del hecho de que ninguna de las usuarias se planteó otra decisión que no fuese continuar con el

embarazo, cuando éstos fueron embarazos no planificados, asumiendo además tener una planificación en un futuro cercano sobre la maternidad, dejando en evidencia la presión existente por el reloj biológico.

- Las usuarias que accedieron a TRHA destacaron y agradecieron a la reciente ley referente a dicha temática existente en nuestro país, por lo que se concluye que la Ley N°19.167 de RHA es beneficiosa para alcanzar la maternidad en aquellas mujeres que tienen inconvenientes para ello, aún más cuando superan los 35 años, generando el acceso y ampliando las oportunidades para dicho objetivo.
- El tener una creencia o fe ayuda a transitar todo el proceso en relación con la gestación con menos presión y con más tranquilidad, generado por el aferrarse a un Dios y la creencia en su voluntad.
- De los datos que analizamos pudimos comprobar que el 90% de nuestra población de estudio presentó una o más patologías en el embarazo, por lo que concluimos que el embarazo en mujeres de edad materna avanzada es un factor de riesgo para desarrollar complicaciones materno-fetales.
- En cuanto a la experiencia del embarazo a pesar de que el 90% de los mismos desarrollaron patologías durante su transcurso, el 60% fue vivido de manera positiva, por lo que se puede concluir en que no hay relación directa entre los embarazos mal tolerados y la vivencia de los mismos.

- Se destaca que los embarazos en este tipo de población fueron sumamente cuidados, bien controlados en cantidad y calidad, lo que puede asociarse a la madurez en conjunto con el asumir las responsabilidades de que eran embarazos de riesgo.
- Podemos concluir que el hecho de encontrarse frente a una usuaria con un embarazo producto de TRHA, genera una mayor responsabilidad en el equipo de salud que atiende el trabajo de parto y parto, inevitablemente se da una atención diferenciada con el resto de las mujeres embarazadas, se tiende a sobreproteger generando mayor intervencionismo.
- El nacimiento por parto vaginal fue uno de los momentos más destacados como importantes y positivos por las usuarias que tuvieron la posibilidad de vivirlo, por lo que concluimos en que hay que seguir incentivando y estimulando el parto vaginal, ya que hay muchos motivos para hacerlo.
- El entorno social cumple un rol fundamental en las mujeres embarazadas, ya sea positivo o negativo, modifica la vivencia del mismo considerablemente.
- Concluimos que la experiencia con relación al equipo de salud fue vivida como positiva, desde la clínica de reproducción asistida en los casos que corresponde, hasta el momento del nacimiento en el CHPR.
- La mayoría de las usuarias mencionó la presencia de la Obstetra Partera en todo el proceso de gestación como positiva, de apoyo y empatía, por lo que creemos es un rol fundamental, inclusive en esta población que

son embarazos de riesgo, el acompañamiento, el entendimiento, la forma de desempeñarse, el brindar conocimientos, hacen sentir a las usuarias cómodas, tranquilas y confiadas.

- Finalmente, a modo de conclusión haciendo referencia a nuestro estudio, consideramos que hemos cumplido con los objetivos planteados, pudimos conocer las causas y motivaciones que llevaron a las usuarias a tener sus respectivos embarazos en edad avanzada, como fue la vivencia de los mismos, las experiencias vividas que compartieron con nosotras las cuales nos dejaron un valioso aprendizaje y una mirada diferente a la hora de enfrentarnos a una mujer que busca la maternidad en edad avanzada, teniendo importantes consideraciones que ayuden a lograr una mejor atención.

Consideraciones y recomendaciones

Consideramos de importancia llenar el SIP y el carne obstétrico de forma completa y responsable, recordando que los mismos son documentos médicos legales los que generan información útil para análisis estadísticos y futuras investigaciones, y con esto se pueden realizar varias mejoras en la asistencia de la salud. Sugerimos también la actualización constante de los datos de las usuarias, como el número telefónico debido a que es de nuestro conocimiento que dicha población cambia frecuentemente los números de acceso, solicitando también números de contactos alternativos.

A pesar de que el embarazo en esta población es considerado de riesgo no habría que desaconsejarlo, ya que cada mujer tiene derecho a decidir y considerar el momento oportuno de tener hijos/as, y, por otro lado, muchas veces existen factores que hacen que lleguen a esa situación, los cuales no son modificables. A su vez lo que correspondería sería informar desde nuestro rol como futuras Obstetras Parteras, y así mismo hacerlo en aquellas usuarias que se presentan en la consulta a edades menores, así estimular la toma de decisiones conscientes, brindando información acerca del embarazo en edad avanzada.

Si bien, en la población del sistema de salud público los embarazados se dan mayoritariamente en edades tempranas, en esta investigación se confirma que existe un número en aumento de primigestas añosas, por lo cual no se debería suponer el hecho de que una mujer después de sus 35 años corresponda únicamente a una múltipara.

Crear instancias de capacitación sobre aspectos bioéticos para todas las personas que se encuentran en contacto con las usuarias dentro del CHPR entre ellos, el equipo de salud, estudiantes, personal administrativo, etc., dado que las entrevistadas relataron varios momentos en donde no se tiene en cuenta las consideraciones bioéticas, y creemos que es una carencia importante para mejorar. Destacamos que esto es necesario para toda la población de usuarias, pero queda en evidencia en nuestro estudio y con la población seleccionada.

Por diferentes razones se deja en evidencia la falta de atención integral, quedando por fuera el contemplar los aspectos emocionales, por lo que consideramos que también es uno de los factores a trabajar y empezar a incluir en las consultas dichos aspectos.

Cabe destacar que en nuestro país no existen estudios sobre este tema lo cual creemos necesario continuar esta línea de investigación para lograr una muestra representativa debido a que es una realidad en aumento y, por ende, merece ser contemplado y abordado. El continuar con la misma, en el sector mutual ampliaría la muestra dado que en ese ámbito la población estudiada se encuentra en mayor porcentaje según la bibliografía estudiada y citada.

Teniendo en cuenta la temática abordada y viendo que es una realidad en nuestro país, pensar en el acceso a planes sociales que apoyen el congeniar trabajo con ser madre serían medidas para implementar de forma positiva en nuestra sociedad, lo cual facilitaría y quizás cambiaría la decisión de la maternidad.

Posibles líneas de investigación a futuro

De nuestro estudio, surgen diversas interrogantes y posibles líneas de investigación que queremos dejar a consideración de futuras Obstetras Parteras y/o estudiantes que deseen abordar temáticas relacionadas, para la realización de su trabajo final como requisito para la obtención del título Obstetra Partera, como lo hemos realizado nosotras. Citamos algunas a continuación:

- ¿Qué percepción tiene el personal de centros de salud en la asistencia de embarazos en primigestas añosas?
- Vías de finalización de embarazos en primigestas añosas.
- ¿Cómo debe ser o qué debe incluir el control de embarazos en mujeres añosas?
- Edad materna avanzada y RHA.
- Embarazo por TRHA ¿difiere la atención por parte del equipo de salud?

CAPÍTULO VII

Referencias bibliográficas

Aasheim, V; Waldenström, U; Hjelmstedt, A; Rasmussen, S; Pettersson, H. (2012) *Associations between advanced maternal age and psychological distress in primiparous women, from early pregnancy to 18 months postpartum*. Estocolmo: Instituto Karolinska. Recuperado el 13/09/17 desde: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2012.03411.x/full>.

Araujo, G. (2013) *Comorbilidades y resultado perinatal y obstétrico en mujeres embarazadas mayores de 35 años en la unidad metropolitana de salud sur durante el período de enero a diciembre del 2013*. Quito: Universidad del Ecuador – Facultad de Medicina. Recuperado el 24/09/17 desde: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/10805>

Bajo Arenas, JM.; Melchor, JC.; Mercé, LT. (2007). *Fundamentos de Obstetricia (SEGO)*. Madrid: Grupo ENE publicidad.

Bayrampour, H; Heaman, M. (2011) *Comparison of Demographic and Obstetric Characteristics of Canadian Primiparous Women of Advanced Maternal Age and Younger Age*. Manitoba: Universidad de Manitoba. Recuperado el 13/09/17 desde: [http://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)34985-4/pdf](http://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)34985-4/pdf)

Bayrampour, H; Heaman, M; Duncan, K; Tough, S. (2012) *Advanced maternal age and risk perception: A qualitative study*. Calgary: Universidad de Calgary. Recuperado el 13/09/17 desde: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-12-100>

Benzies, K. (2008) *Advanced maternal age: Are decisions about the timing of child-bearing a failure to understand the risks?* Calgary: Universidad de Calgary. Recuperado el 13/09/17 desde: <http://www.cmaj.ca/content/178/2/183>

Bergsjø, P. (2001) *What is the evidence for the role of antenatal care strategies in the reduction of maternal mortality and morbidity?* Bergen: Universidad de Bergen. Recuperado el 02/01/18 desde: <http://dspace.itg.be/bitstream/handle/10390/2653/2001shsop0035.pdf?sequence=2>

Castillo, E. (2009). *Manual de Ginecología y Obstetricia para pregrados y médicos generales*. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR.

CLACSO (2007). *Género, familias y trabajo: rupturas y continuidades. Desafíos para la investigación política*. Buenos Aires. Recuperado el 12/09/17 desde: <http://www.cienciassociales.edu.uy/wpc-content/uploads/sites/3/2013/archivos/11%20Batthyany.pdf>

Cooke, A; Mills, T; Lavender, T. (2011) *Advanced maternal age: Delayed childbearing is rarely a conscious choice*. Manchester: Universidad de Manchester. Recuperado el 13/09/17 desde: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748911002999>

Chamy, V; Cardemil, F; Betancour, P; Ríos, M; Leighton, L. (2009) *Riesgo Obstétrico y Perinatal en embarazadas mayores de 35 años*. Santiago de Chile: Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia. Recuperado el 13/09/17 desde: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000600003

Fassio, B.I; Medina, A.D. (2013) *Consecuencias Psicosociales del embarazo en mujeres añosas de 35 años a más*. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego - Facultad de Ciencias de la Salud - Escuela Profesional de Obstetricia. Recuperado el 13/09/17 desde: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/609/1/FASSIO_BLANCA_CON_SECUENCIAS_PSICOSOCIALES_EMBARAZO.pdf

Fernández, H.; Gerez, S.; Pineda, A. (2015). *La reproducción asistida*. Pinar del Río: Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Recuperado el 18/07/17 desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000200019&lng=es&tlng=es.

Fescina, R.; De Mucio, B.; Diaz, JL.; Martinez, G.; Serruya, S.; (2011). *Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS*. 3era ed. Montevideo: OPS/OMS CLAP.

Fuentes, A; Jesam, C; Devoto, L; Angarita, B; Galleguillos, A; Torres, A; Mackenna, A. (2010) *Postergación de la maternidad en Chile: Una realidad oculta*. Santiago de Chile: Facultad de Medicina - Universidad de Chile. Recuperado el 13/09/17 desde: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001100005

González, J; Ferreiro, Y. (2013) *Resultados obstétricos y perinatales en gestantes añosas*. Montevideo: UDELAR, facultad de Medicina, Escuela de Parteras, Uruguay.

González, M. & Ferreiro, Y. (2014). *Resultados Obstétricos y Perinatales en Gestantes Añosas*. (Tesis de Pregrado). Montevideo: Escuela de Parteras.

González-Merlo, J.; Laílla, J.M.; Fabre, E.; González, E. (2013). *Obstetricia*. 6^a ed. Barcelona: Elsevier.

Izzedin-Bouquet, R.; Pachajoa-Londoño, A. (2011) *La maternidad humana y la evolución sociohistórica*. Bogotá: Fundación Universitaria Los Libertadores.
Recuperado el 18/08/17 desde:
http://190.169.94.12/ojs/index.php/rev_ps/article/viewFile/3690/3534

La comisión del Bicentenario; IMPO (2014). *Nuestro tiempo*. Montevideo.

López, N; Palacios, S. (2011) *Retraso de la edad de la procreación, incremento de la infertilidad y aumento del recurso a la reproducción asistida consecuencias en la salud de los hijos*. Murcia: Asociación Española de Bioética y Ética Médica. Recuperado el 26/09/17 desde:
<http://www.redalyc.org/pdf/875/87519895008.pdf>

Lozano, A.N; Hernández, L.M. (2013) *Significado de la primera gestación en mujeres mayores de 35 años*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado el 13/09/17 desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37302>.

Maldonado, M.; Saucedo, J.M.; Lartigue, T.; (2008). *Cambios psicológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto*. Recuperado el 28/09/17 desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip081c.pdf>

Martínez, J. M. (2016) *La Maternidad en madres de 40 años*. Madrid: Universidad de Jaén. Recuperado el 13/09/17 desde: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/571/772>

Martorelli, H. (1978). *Mujer y sociedad*. Montevideo: CIEDUR-F.C.U.

Menéndez, G.; Navas, I.; Hidalgo, Y.; Espert, J. (2012). *El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente*. Recuperado el 19/07/17 desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006.

Ministerio de Salud (2008). *Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo*. Managua: Ministerio de Salud. Recuperado el 19/07/17 desde: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18992es/s18992es.pdf>.

MSP (2007). *Guías en salud sexual y reproductiva. Capítulo: normas de atención a la mujer embarazada*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública. Recuperado el 02/01/18 desde: file:///C:/Users/antoc_000/Downloads/NORMAS%20ATENCION%20de%20la%20MUJER%20EMBARAZADA%202007.pdf

MSP (2014). *Manual de Procedimientos para el manejo sanitario de reproducción asistida*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública. Recuperado el 22/08/2017 desde: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Manual%20Procedimientos%20Reproduccion%20Humana%20Asistida%20%202014.pdf

MYSU (2012). *Vida reproductiva en mujeres uruguayas*. Montevideo.

Nazer, J; Cifuentes, L; Águila, A; Ureta, P; Piedad, M; Correa, F; Melibosky, F. (2007) *The association between maternal age and congenital malformations*. Santiago de Chile: Revista Médica de Chile. Recuperado el 16/06/17 desde: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872007001100014&script=sci_artt_ext.

Paloma, C. (2005). *Maternidad: historia y cultura*. Universidad de Guadalajara. Recuperado el 12/09/17 desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88402204>

Peña, W.R; Palacios, J.J; Oscuivilca, E.C; Peña, A. (2011) *El primer embarazo en mujeres mayores de 35 años de edad*. Lima: Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. (s.f.). Recuperado el 13/09/17 desde: <http://www.redalyc.org/pdf/3234/323428199010.pdf>.

Pintos, A.L. (2015). *Maternidad: Reflexiones sobre sus significados y las construcciones del imaginario social. Partiendo de la experiencia práctica en un Centro para mujeres con niño/as y adolescentes a cargo, en situación de calle*. Montevideo: UDELAR – Facultad de Psicología.

Rangel, A.G; Rivero, J.F. (2013). *Impacto de los factores socioeconómicos en la decisión de maternidad. Un análisis de casos*. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello. Recuperado el 14/09/17 desde: <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAS5968.pdf>

Rodríguez, M.D. (2015) *Factores asociados al fallo de implantación: factor embrionario en edad materna avanzada*. Barcelona: Escuela de Posgrado-Facultad autónoma de Barcelona. Recuperado el 26/09/17 desde: https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2016/hdl_10803_384479/mdrdlr1de1.pdf

Roig, M. (1986). *El feminismo*. Barcelona: SALVAT.

Salihu, H; Wilson, R; Alio, A; Kirby, R. (2008) *Advanced maternal age and risk of antepartum and intrapartum stillbirth*. Alabama: Sociedad Japonesa de Obstetricia y Ginecología. Recuperado el 13/09/17 desde: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1447-0756.2008.00855.x/full>

Schuller, A; Benítez, G; Andrade, L; Soto, O; Schuller, M. (2007) *Estudio de las gestantes en edad avanzada en el Hospital Universitario de Caracas*. Caracas: Revista de la Facultad de Medicina. Recuperado el 13/09/17 desde: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692007000100005

Schwarcz, R.; Fescina, R.; Duverges, C. (2005). *Obstetricia*. 6ª ed. Buenos Aires: El Ateneo

UNFPA (2006). *Proyecto género y generaciones: reproducción biológica y social de la población Uruguaya*. Montevideo: TRILCE.

Valls, M; Safora, O; Rodríguez, A; López, J. (2009) *Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años*. La Habana: Revista Cubana Obstetricia y Ginecología. Recuperado el 13/07/17 desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000100002

Zapata, Y; Marqueta, B; Gómez, M.D; González, E. (2016) *Obstetric and perinatal outcomes in women ≥40 years of age: Associations with fetal growth disorders*. Barcelona: Universidad de Barcelona. Recuperado el 13/09/17 desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27391869>

CAPÍTULO VIII
Apéndices y anexos

Apéndice 1



Documento de consentimiento informado

Estimada:

En el marco de la elaboración del trabajo Final de Grado para la obtención del título Obstetra Partera/o de la Escuela de Parteras de Facultad de Medicina de la Universidad de la República, se realizará una investigación titulada:

“Vivencia del primer embarazo en mujeres mayores de 35 años”. Las responsables de la misma serán Br Gimena Chocho, Br Antonela Cardoso, con la tutoría de la Profesora Adjunta Obst. Part. Verónica Delbono González y la co-tutoría de la Asistente Clínica Obst. Part. Tamara Videira.

Dentro de sus principales objetivos, se puede mencionar:

- Conocer las causas y motivaciones por las cuales las usuarias tuvieron su primer embarazo a partir de los 35 años.
- Describir la experiencia del proceso de embarazo y nacimiento.

Para la consecución de este fin, se realizarán entrevistas personales semi-dirigidas y a profundidad, a púerperas de 35 años en adelante que hayan tenido su primer parto en el CHPR, durante el período establecido de enero a octubre del año 2017.

Cabe aclarar que la participación en este estudio es voluntaria y no implica ningún beneficio ni perjuicio personal (no afectando la calidad de asistencia, en los casos que corresponda). Solamente tendrá que responder de la forma más clara y honesta que pueda algunas consignas.

La información se manejará de forma confidencial, siendo de uso exclusivo de las responsables de la investigación, quienes garantizarán la confidencialidad y el anonimato de los participantes durante todo el proceso.

Se señala que las entrevistas serán grabadas, siendo las transcripciones llevadas a cabo por las investigadoras, a los efectos de preservar su confidencialidad.

La participación en la presente investigación no constituye objeto de remuneración o compensación material o de cualquier otro tipo. Así, los beneficios de la misma se encuentran vinculados a los aportes que esta investigación pueda realizar en torno a la temática central que aborda.

Asimismo, cabe destacar que esta investigación no involucra ningún tipo de riesgo para las participantes, y que, en caso contrario, las investigadoras a cargo serán responsables de aquello que pudiera resultar un perjuicio para las mismas, así como de la búsqueda y obtención de los recursos que sea necesario desplegar para compensar la mencionada situación.

Por último, mencionar que la contribución de las participantes es muy valiosa, y se les recuerda que pueden rechazar la respuesta a cualquier pregunta y tienen derecho de desistir de participar en cualquier momento del proceso, opción que no involucra ningún tipo de consecuencia para quien la tome.

Por cualquier consulta o duda pueden comunicarse en cualquier momento del proceso con las investigadoras responsables, Br. Gimena Chocho número de contacto 098638826, Br. Antonela Cardoso número de contacto 095277512

Firmas investigadoras responsables:

Aclaración de firma:

Declaración de consentimiento:

En el presente documento, manifiesto que leí y escuché la información que se me ha brindado sobre la investigación: “Vivencia del primer embarazo en mujeres mayores de 35 años”. Se me ha concedido la posibilidad de plantear dudas y preguntas, ante lo cual considero satisfactorias las respuestas recibidas.

Acepto voluntariamente participar en la mencionada investigación y comprendí claramente que tengo derecho a retirarme de la misma en cualquier momento sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mi persona.

Acuerdo asimismo ser entrevistada y que la mencionada entrevista sea grabada por las investigadoras responsables.

Firma:

Aclaración:

Fecha:

En caso de no consentimiento explicar brevemente los motivos del mismo:

Apéndice 2



Universidad de La Republica

Facultad de Medicina- Escuela de Parteras

Entrevista de Participación anónima y voluntaria en colaboración a la investigación:

“Vivencia del primer embarazo en mujeres mayores de 35 años”

- ¿Cómo fue la decisión de quedar embarazada?
- ¿Cómo viviste la experiencia del embarazo y parto?
- ¿Por qué consideras que las mujeres postergan el embarazo?

Anexo 1



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Montevideo, 25 de Octubre de 2017.

INTEGRANTES

Coordinadora:

Prof. Agda. Dra. Gabriela Garrido

Dra. Beatriz Ceruti

Sra. Eloisa Barreda

Prof. Agda. Dra. Elena Sarli

Dra. Mariana Malet.

Lic. TS. María del Carmen Canavessi

Dra. Olga Larrosa.

Quím. Farm. Fernando Antunez.

Lic. Enf. Scheley Santos.

Prof. Adj. Dr. S. Scasso.

Prof. Adj. Dra. Fernanda Gomez

Lic. Psic. Ruben Garcia.

A: Dirección General del Centro
Hospitalario Pereira Rossell
Dr. Federico Eguren.

De: Integrantes del Comité de
Ética en investigación

Por la presente comunico a usted que el Comité de
Ética en Investigación da por APROBADO el proyecto
“ **La vivencia del primer embarazo en mujeres mayores
de 35 años** “. Resp.: Br Chocho y Br. Cardoso. Tutor:
Obst.Part. Veronica Delbono, Obst. Part. Tamara Videira.

Secretaria

Obst. Part. Julie Nathalie Canobra
comite.etica.investigacion@gmail.com

Sin más, le saluda a Ud. muy atentamente,

Recepción de Protocolos

Dirección General del
Centro Hospitalario Pereira Rossell
7º Piso - Tel/Fax: + (598) 2 707 5224
Br. Artigas 1550 C.P. 11600
direccion.pereirarossell@asse.com.uy
Montevideo - Uruguay

Prof. Dra. Gabriela Garrido
Coordinadora

Comité de Ética en Investigación
Centro Hospitalario Pereira Rossell
Tel/Fax: + (598) 2707 5224
e-mail: comite.etica.investigacion@gmail.com

Anexo 2

SI 512

Poder Legislativo

LEY Nº 19.167

*El Senado y la Cámara de
Representantes de la República
Oriental del Uruguay, reunidos en
Asamblea General,
Decretan*

**CAPÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES**

ARTÍCULO 1º. (Objeto).- La presente ley tiene por objeto regular las técnicas de reproducción humana asistida acreditadas científicamente así como los requisitos que deben cumplir las instituciones públicas y privadas que las realicen.

A tales efectos se entiende por técnicas de reproducción humana asistida el conjunto de tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación de gametos o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo.

Quedan incluidas dentro de las técnicas de reproducción humana asistida la inducción de la ovulación, la inseminación artificial, la microinyección espermática (ICSI), el diagnóstico genético preimplantacional, la fecundación in vitro, la transferencia de embriones, la transferencia intratubárica de gametos, la transferencia intratubárica de cigotos, la transferencia intratubárica de

2008100954

embriones, la criopreservación de gametos y embriones, la donación de gametos y embriones y la gestación subrogada en la situación excepcional prevista en el artículo 25 de la presente ley.

La aplicación de cualquier otra técnica no incluida en la enumeración detallada precedentemente, requerirá la autorización del Ministerio de Salud Pública, previo informe favorable de la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida.

ARTÍCULO 2º. (Alcance).- Las técnicas de reproducción humana asistida podrán aplicarse a toda persona como principal metodología terapéutica de la infertilidad, en la medida que se trate del procedimiento médico idóneo para concebir en el caso de parejas biológicamente impedidas para hacerlo, así como en el caso de mujeres con independencia de su estado civil, de conformidad con lo dispuesto en la presente ley.

ARTÍCULO 3º. (Deber del Estado).- El Estado garantizará que las técnicas de reproducción humana asistida queden incluidas dentro de las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud con el alcance dispuesto en la presente ley.

Asimismo, promoverá la prevención de la infertilidad combatiendo las enfermedades que la puedan dejar como secuela, así como la incidencia de otros factores que la causen.

ARTÍCULO 4º. (Habilitación).- Solo podrán aplicar las técnicas de reproducción humana asistida aquellas instituciones públicas o privadas que hayan recibido la correspondiente habilitación del Ministerio de Salud Pública a estos efectos específicos.

ARTÍCULO 5º. (Procedimientos de reproducción humana asistida de alta y baja complejidad y su cobertura).- A los efectos de la presente ley se definen las técnicas o procedimientos de baja complejidad como aquellos

procedimientos en función de los cuales la unión entre el óvulo y espermatozoide se realiza dentro del aparato genital femenino.

Dichas técnicas o procedimientos quedan comprendidos dentro de los programas integrales de asistencia que deben brindar las entidades públicas y privadas que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud y serán financiados por este, cuando la mujer no sea mayor de 40 años. Serán igualmente cubiertas por el Sistema Nacional Integrado de Salud durante los 24 (veinticuatro) meses siguientes a la fecha de promulgación de esta ley las mujeres que hayan sobrepasado dicho límite de edad. En caso de mayor edad, la reglamentación establecerá la forma de financiamiento.

Las técnicas o procedimientos de alta complejidad son aquellas en virtud de las cuales la unión entre óvulo y espermatozoide tiene lugar fuera del aparato genital femenino, transfiriéndose a este los embriones resultantes, sean estos criopreservados o no.

Dichas técnicas o procedimientos serán parcial o totalmente subsidiados hasta un máximo de tres intentos, a través del Fondo Nacional de Recursos con el alcance y condiciones que establecerá la reglamentación a dictarse por el Poder Ejecutivo.

Las prestaciones a brindarse incluyen los estudios necesarios para el diagnóstico de la infertilidad así como el tratamiento, material de uso médico descartable y otros estudios que se requieran, el asesoramiento y la realización de los procedimientos terapéuticos de reproducción humana asistida de alta y baja complejidad, las posibles complicaciones que se presenten y la medicación correspondiente en todos los casos.

ARTÍCULO 6º. (Infertilidad).- A los efectos de la presente ley se define como infertilidad la incapacidad de haber logrado un embarazo por vía natural después de doce meses o más de relaciones sexuales.

ARTÍCULO 7º. (Requisitos para la realización de Técnicas de Reproducción Humana Asistida).- La realización de las técnicas de reproducción humana asistida deberá llevarse a cabo dando cumplimiento a los siguientes requisitos:

- a) Serán de aplicación a toda persona mayor de edad y menor de 60 (sesenta) años, salvo que hubiere sido declarada incapaz para ejercer la paternidad o maternidad, luego de ser previa y debidamente informada por el equipo médico tratante.
- b) Solo podrán realizarse cuando existan posibilidades razonables de éxito y no supongan riesgo grave para la salud de la mujer o su posible descendencia. A tales efectos, deberá determinarse el buen estado de salud psicofísica de la pareja o de la mujer en su caso, de conformidad con las exigencias de un protocolo obligatorio que acredite que no padece enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas que comprometan la viabilidad del embrión o que sean transmisibles a la descendencia y no puedan ser tratadas luego del nacimiento del niño o niña.
- c) En el caso de los procedimientos terapéuticos de alta complejidad, el profesional médico responsable del equipo actuante deberá dejar constancia escrita en la historia clínica correspondiente de los estudios, tratamientos y resultados seguidos por su paciente que justifiquen su realización.
- d) Consentimiento escrito por parte de ambos miembros de la pareja o de la mujer en su caso, para la realización de técnicas de reproducción humana asistida en un formulario que establezca la reglamentación, de acuerdo con el artículo 11 de la Ley N° 18.335, de 15 de agosto de 2008.

- e) Ratificación por escrito de ambos integrantes de la pareja al momento de la inseminación e implantación.

ARTÍCULO 8º. (Suspensión de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida).- La mujer a la que se le apliquen las técnicas de reproducción humana asistida podrá disponer que se suspendan las mismas antes de la fecundación del óvulo. Tal manifestación de voluntad deberá hacerse por escrito y con los mismos requisitos que se siguieron para consentir.

ARTÍCULO 9º. (Situación especial).- Podrá realizarse fertilización de gametos o transferirse embriones originados en una persona que hubiere fallecido, siempre que esta hubiera otorgado previamente por escrito su consentimiento para ello y dentro de los 365 (trescientos sesenta y cinco) días posteriores a su fallecimiento.

ARTÍCULO 10. (Interés superior del niño).- El o los hijos nacidos mediante las técnicas de reproducción humana asistida tendrán derecho a conocer el procedimiento efectuado para su concepción.

CAPÍTULO II DE LA TRANSFERENCIA DE EMBRIONES Y CONSERVACIÓN DE GAMETOS

ARTÍCULO 11. (Condiciones para la transferencia embrionaria).- Luego de producida la fertilización de los ovocitos, podrán transferirse al útero solamente dos embriones por ciclo, por un máximo de tres ciclos, salvo expresa indicación médica, en que podrán transferirse un máximo de tres embriones.

En caso de embriones viables no transferidos deberán preservarse a los efectos de ser transferidos en un ciclo posterior.

Culminados los tres ciclos o interrumpido el proceso porque la mujer no esté en condiciones o se niegue a recibir los embriones, deberá procederse a su conservación, siempre que no hayan sido descongelados, de acuerdo con lo establecido en el artículo 17 de la presente ley.

Las pacientes deberán ser previamente informadas de las condiciones establecidas en este artículo y decidirán si quieren realizar el procedimiento bajo las mismas. De no aceptarlas, únicamente se podrá proceder a la fertilización de los ovocitos necesarios para un solo ciclo.

CAPÍTULO III DE LA DONACIÓN DE GAMETOS Y EMBRIONES

ARTÍCULO 12. (Donación de gametos).- La donación de gametos se realizará en forma anónima y altruista, debiendo garantizarse la confidencialidad de los datos de identidad de los donantes sin perjuicio de lo establecido en el artículo 21 de la presente ley.

La donación se autorizará por escrito con expreso consentimiento informado del o la donante y será revocable cuando estos necesiten para sí los gametos donados.

El número máximo de gametos provenientes de un mismo donante a ser utilizados será determinado por la reglamentación.

ARTÍCULO 13. (Requisitos para la donación de gametos).- Para proceder a la donación de gametos, los donantes deberán cumplir los siguientes requisitos:

- a) Ser mayor de edad.
- b) Acreditar un buen estado de salud psicofísica, de conformidad con las exigencias de un protocolo obligatorio de estudio que demuestre que los

donantes no padecen enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas que comprometan la viabilidad del embrión o que sean transmisibles a la descendencia y no puedan ser tratadas luego del nacimiento.

ARTÍCULO 14. (Ausencia de vínculos filiatorios).- La donación de gametos no genera vínculo filiatorio alguno entre los donantes de gametos y el nacido, quienes tampoco tendrán entre sí ningún tipo de derechos ni obligaciones.

ARTÍCULO 15. (Información sobre fenotipo).- Los receptores de gametos o embriones tienen derecho a obtener información general sobre las características fenotípicas del donante.

ARTÍCULO 16. (Banco de Gametos).- Las instituciones públicas y privadas autorizadas por el Ministerio de Salud Pública para realizar técnicas de reproducción humana asistida podrán tener sus bancos de gametos, para lo cual deberán ser previamente autorizados por dicho Ministerio y quedar sujetos a su supervisión y control.

ARTÍCULO 17. (Conservación de gametos).- Los gametos y embriones no transferidos se conservarán por los plazos que determine la reglamentación, teniendo en cuenta su viabilidad, así como la posibilidad de generar un embarazo a partir de los mismos.

ARTÍCULO 18. (Investigación con gametos y embriones).- Los gametos podrán ser utilizados con fines de investigación o experimentación científica para la mejora de las técnicas de reproducción asistida. En tales casos, los gametos no podrán ser fertilizados con el fin de obtener embriones.

Se prohíbe la investigación o experimentación científica con embriones generados para desarrollar embarazos con las técnicas de reproducción humana asistida reguladas por la presente ley.

Todo protocolo de investigación básica o experimental deberá ser aprobado por la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida previo a iniciarse el mismo.

La inobservancia de estas disposiciones podrá determinar las sanciones que correspondan de acuerdo a lo establecido en la reglamentación de esta ley.

ARTÍCULO 19. (Clonación y alteración de la especie humana).- Prohíbese la clonación de seres humanos así como cualquier procedimiento dirigido a la transformación o alteración de la especie humana, a partir de material biológico obtenido en aplicación de técnicas de reproducción humana asistida autorizadas por la ley.

ARTÍCULO 20. (Inhabilitación).- La institución en que se practicaren los procedimientos especificados en el artículo anterior podrá ser inhabilitada para la prestación de técnicas de reproducción humana asistida, de acuerdo con lo que establezca la reglamentación.

ARTÍCULO 21. (Identidad del donante).- La identidad del donante será revelada previa resolución judicial cuando el nacido o sus descendientes así lo soliciten al Juez competente, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 22, 23 y 24 de la presente ley.

La información proporcionada no implicará en ningún caso la publicidad de la identidad de los donantes ni producirá ningún efecto jurídico en relación a la filiación.

Son jueces competentes los Jueces Letrados de Primera Instancia de Familia de Montevideo y los Jueces Letrados de Primera Instancia del interior del país con competencia de Familia.

ARTÍCULO 22. (Secreto Profesional).- Toda la información relativa a la donación de gametos se encuentra alcanzada por el secreto profesional y en

todos los casos sujeta a las responsabilidades que establecen las leyes y los códigos de ética vigentes.

El deber de secreto alcanza también a todas las personas que, en virtud de las tareas que desempeñen relacionadas con la donación de gametos, tengan acceso a la información a que refieren los artículos 12 y 13 de la presente ley.

ARTÍCULO 23. (Legitimación).- La acción referida en el artículo 21 de la presente ley, podrá ser ejercida por el nacido por aplicación de la técnica de reproducción humana asistida o sus representantes legales y, en caso de que hubiere fallecido, por sus descendientes en línea directa hasta el segundo grado, por sí o por medio de sus representantes.

ARTÍCULO 24. (Procedimiento).- Formulada la demanda y salvo que la misma fuera manifiestamente improcedente, el magistrado actuante, previa vista al Ministerio Público y Fiscal, requerirá por oficio información a la institución donde se realizó la técnica de reproducción asistida, relevándola del secreto establecido en el artículo 22 de la presente ley y solicitando la identidad del donante, la que será notificada en forma personal al demandante. El procedimiento se regirá por las disposiciones del proceso voluntario del Código General del Proceso.

CAPÍTULO IV DE LA GESTACIÓN SUBROGADA

ARTÍCULO 25. (Nulidad).- Serán absolutamente nulos los contratos a título oneroso o gratuito entre una pareja o mujer que provea gametos o embriones, sean estos propios o de terceros para la gestación en el útero de otra mujer, obligando a esta a entregar el nacido a la otra parte o a un tercero.

Exceptúase de lo dispuesto precedentemente, únicamente la situación de la mujer cuyo útero no pueda gestar su embarazo debido a enfermedades genéticas o adquiridas, quien podrá acordar con un familiar suyo de segundo grado de consanguinidad, o de su pareja en su caso, la implantación y gestación del embrión propio.

Entiéndese por embrión propio aquel que es formado como mínimo por un gameto de la pareja o en el caso de la mujer sola por su óvulo.

La incapacidad referida deberá ser diagnosticada por el equipo tratante, el que deberá elevar un informe a la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida para su conocimiento, la que evaluará si se cumplen las condiciones establecidas en el inciso segundo de este artículo.

ARTÍCULO 26. (Suscripción de acuerdo).- El acuerdo a que refiere el inciso segundo del artículo anterior deberá ser de naturaleza gratuita y suscripto por todas las partes intervinientes.

ARTÍCULO 27. (Filiación).- En el caso previsto como excepción en el artículo 25 de la presente ley, la filiación del nacido corresponderá a quienes hayan solicitado y acordado la subrogación de la gestación.

ARTÍCULO 28. (Filiación Materna).- La filiación materna estará determinada por el parto o la cesárea de la madre biológica o en su caso por la mujer cuya gestación ha sido subrogada.

CAPÍTULO V

DE LA COMISIÓN HONORARIA DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA

ARTÍCULO 29. (Creación).- Créase la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida la que dependerá del Ministerio de Salud Pública.

ARTÍCULO 30. (Integración).- La Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida estará integrada por:

- a) Un representante del Ministerio de Salud Pública, que la presidirá.
- b) Un representante del Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos.
- c) Un representante de las Facultades de Medicina.
- d) Un representante de las Facultades de Derecho.
- e) Un representante de la Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana (SURH).
- f) Un representante del Colegio Médico del Uruguay.
- g) Un representante de los usuarios.

Cada miembro titular tendrá un alterno respectivo.

El Poder Ejecutivo reglamentará el mecanismo en virtud del cual serán designados los representantes de los organismos mencionados en los literales c), d), e) y g) del presente artículo.

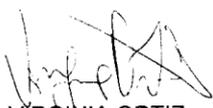
ARTÍCULO 31. (Cometidos).- Serán cometidos de la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida:

- a) Asesorar en forma preceptiva al Ministerio de Salud Pública respecto de las políticas de reproducción humana asistida, así como de la pertinencia de introducir nuevas técnicas en esa área.
- b) Promover las normas para la implementación de la reproducción asistida.
- c) Contribuir a la actualización del conocimiento de los profesionales y científicos en materia de reproducción humana asistida y a la difusión de los conocimientos correspondientes.
- d) Elevar opinión fundada sobre las irregularidades respecto de las cuales tomare conocimiento a la Comisión Honoraria de Salud Pública y al

- Colegio Médico del Uruguay en lo que correspondiere a cada uno de estos organismos, dando cuenta de ello al Ministerio de Salud Pública.
- e) Crear Consejos Asesores transitorios o permanentes integrados por representantes de las organizaciones no gubernamentales relacionados con los aspectos científicos, jurídicos y éticos de estas técnicas, así como por representantes de los beneficiarios de las mismas.
 - f) Considerar los informes que se le elevaren relativos al procedimiento solicitado, de acuerdo al inciso cuarto del artículo 25 de la presente ley.
 - g) Considerar para su aprobación los protocolos de investigación básica o experimental, relativos a técnicas de reproducción asistida que le sean solicitados por los equipos clínicos tratantes.

ARTÍCULO 32.- Esta ley entrará en vigencia a los 90 (noventa) días de su promulgación, en cuyo plazo el Poder Ejecutivo dictará la reglamentación respectiva.

Sala de Sesiones de la Cámara de Representantes, en Montevideo, a 12 de noviembre de 2013.


VIRGINIA ORTIZ
Secretaria


DANIELA PAYSSÉ
1era. Vicepresidenta



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS
MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA

Montevideo, **22 NOV 2013**

Cúmplase, acúcese recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos, la Ley por la que se regulan las técnicas de reproducción humana asistida.

Three handwritten signatures in black ink, stacked vertically. The middle signature is clearly legible as 'Juan Carlos González'.

A handwritten signature in black ink that reads 'J. Mujica'.

JOSÉ MUJICA
Presidente de la República