

CÁTEDRA DE TALLER DE TRABAJO FINAL

Informe Final

FACILITADORES Y BARRERAS QUE IDENTIFICA EL PADRE PARA DESARROLLAR EL APEGO CON SU HIJO DURANTE LA INTERNACIÓN

Estudio descriptivo, transversal, realizado con padres varones, en la Capital
Ciudad de Córdoba, año 2019

TUTOR:

Prof. Esp. Soria, Valeria

AUTORES:



Benedetti, Griselda Irene



Domínguez, Analía Mabel



Guzmán, Armonelli Valeria Berenice



Ortíz, Ana Carolina

DATOS DE LOS AUTORES

Benedetti Griselda Irene, Enfermera Profesional, actualmente cursando el último año curricular de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Desempeña cuidados de enfermería neonatal en el Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología.

Domínguez Analía Mabel; Enfermera Profesional, actualmente cursando el último año curricular de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Desempeña cuidados de enfermería en el Centro de Salud N°95.

Guzmán Armonelli Valeria Berenice, Enfermera Profesional, cursando el último año de la carrera antes mencionada en la misma institución. Desempeña cuidados enfermeros en el Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología en el área del mismo nombre.

Ortiz Ana Carolina, Enfermera Profesional, cursando el quinto año de la Carrera Licenciatura en Enfermería de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Desempeña su rol de enfermera en neonatal en el Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, a Dios, porque es quien nos ha permitido llegar a esta instancia.

A nuestra familia, por contribuir con su actitud, tolerancia y acompañamiento durante el proceso de creación de esta producción.

A todo el equipo docente, de la Cátedra Taller de Trabajo Final, y en especial a la Licenciada Especialista Valeria Soria, quien nos guio y acompañó en nuestro trabajo, por su excelencia profesional, por su apoyo incondicional y por su calidad humana.

Índice

PRÓLOGO.....	1
RESUMEN.....	2
RESULTADOS	3
CAPÍTULO I.....	5
INTRODUCCION.....	5
OBJETIVOS.....	11
MARCO TEORICO	12
CAPITULO II.....	39
MARCO METODOLOGICO	39
CAPITULO III.....	44
DATOS SOCIO DEMOGRAFICOS.....	44
CAPITULO IV	52
Discusión.....	52
Conclusión	54
Recomendaciones	56
Referencias Bibliográficas.....	57
ANEXOS	62
Anexo 1: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	62
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos	64
Anexo 3: Detalle estadístico Indicadores	70
Facilitadores comunicacionales	70
Facilitadores Institucionales	70
Barreras con relación a los prejuicios	71
Barreras Comunicacionales	71
Barreras Institucionales	72

PRÓLOGO

Históricamente el padre ha sido el encargado de traer el dinero al hogar y la madre debía ocuparse del cuidado de los niños. Con el correr de los años la mujer se ha insertado en el ámbito laboral y a su vez el hombre se ha involucrado en la crianza de sus hijos.

Cuando un niño requiere hospitalización inmediata, después de su nacimiento generalmente es visitado en primera instancia por el padre, quien se acerca a conocerlo y a ponerse a disposición del equipo de salud.

Las distintas corrientes teóricas se enfocan en una mayor participación de los padres en los cuidados de sus hijos; y diversos estudios han comprobado que esta cercanía disminuye el tiempo de hospitalización y favorece el apego padre- hijo, a pesar de esto, no es un tema suficientemente indagado.

Generalmente se ha ido favoreciendo un fuerte lazo entre madre e hijo, logrando así una diada de cohesión e interacción, pero la trascendencia del equipo de salud, radica en cambiar el concepto de la atención integral a la triada madre – padre- hijo.

La presente investigación tuvo como objetivo, realizar un estudio descriptivo transversal, a los fines de conocer los facilitadores y barreras que identifica el padre, para desarrollar el apego con su hijo durante la internación; estos se realizó con padres varones, por medio de una encuesta online, en el año 2019.

En primera instancia se expone el Capítulo I incluyendo en el mismo: planteo y definición del problema, justificación, marco teórico, definición conceptual de la variable y objetivos general y específicos.

En segunda instancia se encuentra el Capítulo II que comprende: Material y Métodos, donde se plasma el tipo de estudio, operacionalización de las variables, universo y muestra, fuente, técnica e instrumento, plan de recolección, procesamiento, análisis y presentación de datos .Luego continúa el Capítulo III, los Datos Sociodemográficos, compuesto por los resultados arrojados por el estudio, y el Capítulo IV, que contiene la discusión, conclusiones y recomendaciones. En el final, las referencias Bibliográficas y los Anexos.

RESUMEN

Durante muchos años, la paternidad se la ha considerado como un rol de manera secundaria, en cuanto al cuidado del recién nacido, sin embargo, en la actualidad, este ha cambiado y repercute en una mayor presencia de los padres varones, en los servicios de neonatología. Actualmente, los hombres están cada día más interesados en participar e involucrarse en funciones afectivas, tanto de cuidado, de soporte emocional como psicológico, por lo tanto el objetivo de la investigación fue conocer los facilitadores y barreras que identifica el padre para desarrollar el apego durante la internación en los cuidados intensivos de neonatología en la ciudad de Córdoba, durante el período 2019.

Metodología:

Se trabajó con una muestra de 28 sujetos (padres varones) de niños que estuvieron hospitalizados en cuidados intensivos de neonatología en un período comprendido entre el período 2004 al segundo semestre del 2019. Se aplicó como instrumento una encuesta auto administrada en modalidad de cuestionario o formulario online.

Se realizó el estudio sobre dos variables, facilitadores y barreras, los cuales a su vez tienen sus respectivas dimensiones: Dimensión comunicacional ,cuyos indicadores son disposición de los profesionales para la escucha e intercambio de información, aclaración de dudas, recepción de información (estado de salud, tratamiento, higiene, alimentación, cambio de pañales, controles para el alta, derecho a permanecer junto a su hijo, licencia por paternidad, inscripción de su hijo en el registro civil, talleres que se dictan en la institución).Dimensión institucional: indicadores permanencia del padre en la institución. Barrera cuya Dimensión es relacionada con los prejuicios y sus indicadores: presencia del padre como riesgo de infección, figura del padre como vigilante y controlador y consideración de los profesionales sobre la importancia del rol paterno. Dimensión comunicacional y sus respectivos indicadores: respuesta de parte de los profesionales, sub indicadores respuestas claras, con información suficiente, difícil de entender, contradictoria entre los distintos profesionales, oportunos, evasivos. Dimensión institucional y su correspondientes indicadores: actividades de la rutina diaria de los profesionales, espacio físico, entorno (monitores, espiradores y otros elementos).

RESULTADOS

Los resultados obtenidos demostraron que los padres, se identificaron perfilándose en un 82% a la comunicación como facilitador. En cuanto al facilitador institucional, los resultados revelaron, que no actúa como tal, ya que solo el 30% lo reconoció de esa manera. Las barreras institucionales, en un 85% demostraron ser un obstáculo para el apego. En cuanto a las barreras comunicacionales, los resultados indicaron que el 3%, lo reconoció como impedimento para el contacto. Respecto a las barreras relacionadas con los prejuicios, el 21% lo indicó, como tal.

Conclusión:

Por lo tanto, a modo de conclusión y en base a los resultados obtenidos, la dimensión “Comunicacional” se identificó como un “facilitador” sobresaliente. Además, con respecto a las barreras se destaca que predominó lo “Institucional. En síntesis lo comunicacional es considerado un facilitador central y lo institucional una barrera clave a trabajar.

Recomendaciones:

Se aconseja emplear estrategias para incrementar la participación del padre ampliando la franja horaria durante su visita. Sugerir en la institución, la adhesión al programa MSCF, implementando acciones concretas que favorezcan y posibiliten el cumplimiento del mismo. Desarrollar las habilidades en relación a la comunicación por medio de entrevistas y encuestas. Impulsar a los profesionales de la salud a unificar criterios entre los diferentes servicios y turnos.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

INTRODUCCION

La instrumentación del modelo neoliberal durante la década del noventa, trajo aparejado fuertes alteraciones, que impactaron en la totalidad de los campos de la vida social. Las personas sufrieron modificaciones en materia de consumo, estructura familiar, vivienda, salud; caída vertiginosa de los salarios y un incremento importante del desempleo, situación que se expresó en un proceso de empobrecimiento generalizado (Laurell, 1992).

En este contexto muchos hombres, vivieron la caída de su empleo y las mujeres, comenzaron a ocupar puestos de trabajo, modificándose los roles.

En los albores del siglo XIX y mitad del XX, el padre era un soporte económico distante. Luego, entre 1940 a 1965, fue considerado como un modelo de rol sexual de sustento. Alrededor de 1966, comienza a surgir un padre afectivo y comprometido, lo que implicó, que estas variaciones hayan generado, una mayor diversidad de tipos y formas de familias. A pesar de ello, la misma sigue siendo un espacio fundamental y primario de socialización de las personas (Oberman, 1998). Estos cambios llevaron a que el cuidado de los niños, no sea solo responsabilidad de las madres, sino que pasa a ser una obligación compartida. Oberman (1998), sostiene que el padre de un bebé es en sí mismo, una presencia apreciada, valorada y muchas veces desvalorizada. La evidencia confirma que una presencia activa del padre, impacta positivamente en la evolución psicosocial de sus hijas e hijos (Sarkadi et al., 2008).

En la actualidad, está tomando mucha importancia este vínculo afectivo. El padre suele ser el primero en visitar al bebé, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), siendo su principal preocupación la situación y el estado del bebé; por lo que destaca, que el mismo juega un papel clave, en esa primera instancia, ya que la madre está en el período de recuperación clínica y en algunas ocasiones, no podrá ver a su hijo, siendo él entonces, el precursor de las primeras informaciones a la madre, en cuanto al cuidado de los niños y su contención. A posteriori, se dan circunstancias que conllevan a que los papás, deban volver a trabajar, unos días después del nacimiento del bebé, por lo que esta responsabilidad compartida, se reduzca significativamente.

Por otro lado, la atención no siempre es como debería ser, porque muchos entran y salen de la UCIN, sin recibir informaciones sobre el estado de salud de su hijo. Según las expresiones de diversos autores, sobre la temática:

...los profesionales de la salud son los principales mediadores en ese primer encuentro. Preparan estos padres, para ver a su bebé por primera vez y se preocupan por el grado de comprensión sobre las informaciones recibidas. Tales como: aspectos del estado de salud de su bebé, los equipos que están conectados en él, importancia de promover la participación en la atención básica y el medio ambiente donde está el bebé, rutinas de sector. (Martins Castro, Johanson da Silva, Leite de Souza Ferreira Soares, Moreira Christoffel, & Conceição Rodrigues, 2015, Sección de introducción, párrafo 4).

Algunos de los servicios de cuidados intensivos de neonatología de la Ciudad de Córdoba, adhieren al programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF), que busca transformar positivamente el rol del equipo de salud y de los padres, mediante acciones como, por ejemplo: que el horario de permanencia es sin restricciones, contando con días y horarios programados para visitas de hermanos y abuelos. Pese a esto, se observa que las acciones para favorecer el vínculo, están dirigidas, en mayor medida, a la madre, dejando al padre, con nula o escasa participación y excluidos en las entrevistas. Los profesionales se dirigen más a la madre, aunque estén ambos presentes, lo que conlleva que el padre, no sea considerado, para las indicaciones de salud y cuidado del bebé, ya que son vistos como actores secundarios o poco relevantes. Estas miradas y prácticas refuerzan la idea tradicional, de que es competencia solo de las mujeres, perdiéndose una ventaja importante, para avanzar hacia la corresponsabilidad de ambos padres.

Debido a que cada vez es mayor la presencia del padre, en los servicios de Neonatología, los enfermeros tienen un rol estratégico y relevante en la promoción y el fortalecimiento del vínculo afectivo y de apego padre-hijo, contando con la posibilidad de promover la intervención en su atención, ya que puede ser el cuidador principal en este período de tiempo tan importante.

En consecuencia, el estudio denominado *"El cuidado y el convivir con el hijo prematuro: la experiencia del padre"*, de Rizzato Tronchin & Tsunehiro (2006), tuvo como objetivo describir y comprender la experiencia del padre de un recién nacido prematuro, de muy bajo peso. Se adoptó el referencial metodológico de la etnografía y los datos fueron recolectados por medio de la observación participante y entrevistas.

La unidad de cuidados intensivos neonatal de un hospital y los domicilios de seis padres, constituyeron el escenario cultural. De las categorías emergieron, dos temas culturales: La capacidad para tornarse padre y el cuidar-convivir con el hijo. Las vivencias transformadoras en la vida de los hombres, fueron comprendidas en dos situaciones: - intrahospitalaria, representadas por el nacimiento precoz, por el sufrimiento impuesto en el internamiento y por la religiosidad; - extra hospitalaria, manifestadas por el convivir en el domicilio y por la esperanza en el futuro del niño, ambas influidas por experiencias positivas y negativas.

En relación al significado que le asigna el padre a la hospitalización de su hijo recién nacido, se consultó el estudio de Cañas Lopera & Rodríguez Holguín (2014), *"La experiencia del padre durante la hospitalización de su hijo recién nacido pre término extremo"*, de carácter cualitativo, con la metodología de etnoenfermería, realizado en Bogotá, en el que participaron ocho padres. Este caso, plantea que este significado, está enmarcado por dos temas centrales que se relacionan con las tareas psicológicas, que deben llevar a cabo los padres, para superar la crisis de haber procreado un producto prematuro extremo (como son la preparación para la posible pérdida del hijo, adaptación al entorno de la Unidad de Cuidado Intensivo), y reanudar la interacción con el hijo una vez superado el peligro de la pérdida.

La hospitalización del recién nacido, significa para el padre un cambio en su vida, donde el eje central son su hijo y su pareja, generando una serie de modificaciones, en la estructura social y cultural, en la que se ha desenvuelto hasta ese momento, en busca de un bienestar para su familia, afianzando más la relación con su pareja, deseando compartir con ella la situación que están viviendo.

Con respecto a cómo debe abordar enfermería, las necesidades de los padres cuando su hijo se encuentra en estado crítico, Chattás (2009), en el artículo sobre *"Cuidados del recién nacido con defectos de la pared abdominal"*, plantea que los/las

enfermeras/os, necesitan encontrar, cuáles son las necesidades de la familia, la experiencia es única para cada una. En todo momento los padres necesitan información, soporte y compasión. A veces las internaciones prolongadas, complican la vida familiar, sobre todo cuando los centros de atención se encuentran alejados del lugar donde viven los padres. Es frecuente encontrar un deterioro de la comunicación verbal, relacionada con un alto grado de estrés en los padres, manifestado por la dificultad para comprender los mensajes y mantener el patrón de comunicación habitual.

El profesional enfermero, debe evaluar el lenguaje verbal y no verbal de éstos, observar la interpretación exacta de los mensajes recibidos por el equipo de salud, acerca del estado de su hijo y si tienen posibilidades de intercambio de mensajes con los demás padres. Dar un abrazo, tomar la mano es a veces el primer paso de la comunicación no verbal, que puede establecer la enfermera, para disminuir la ansiedad y crear un ambiente que facilite la confianza y la escucha activa.

En cuanto a los beneficios que genera el contacto directo en el neonato y en el padre, en el estudio "*La formación del apego padres/recién nacido pretérmino y/o de bajo peso en el método madre canguro: una contribución de la enfermería*" de Perin (2007), en lo que expresa:

...que se contempla dentro de la primera categoría, "*El curso que se vivía antes de venir a la unidad neonatal*", una subcategoría llamada: "*Mirar, tocar, sentir al bebé que nace*", que confirma la interacción del padre como tiempo para sentir una pertenencia, conocerse y transmitir seguridad al recién nacido, aspecto que se identificó en este estudio, así como la necesidad del padre de ver, tocar y sentir a su bebé y, de esta manera, entablar lazos y relaciones paternas con su hijo. La quinta categoría planteada "*La oportunidad de aprender en el papel de madre, padre e hijo*" en la cual se incluye "*colocarse al niño*", es decir, el contacto del cuerpo como ayuda para superar la sensación de que la crianza es fácil, ofrece la oportunidad de realizar un contacto piel a piel con su bebé, percibiendo que el cuerpo y sus movimientos son aliados importantes para el intercambio de sentimientos entre padre e hijo, resultados que se relacionan con el patrón planteado de los lazos y las relaciones con el recién nacido, donde el padre manifiesta su alegría y satisfacción al iniciar la técnica canguro pues siente que está

contribuyendo con su bebé con el amor, la protección y el apoyo, lo que le da una mayor satisfacción de ser padre dada su contribución al proceso de hospitalización de su hijo. (Como se citó en CañasLopera & Rodríguez Holguín, 2014, pp. 343-344).

Al indagar antecedentes sobre facilitadores y barreras que identifica el padre, para desarrollar el apego con su hijo, no se encontró ninguno que lo detallara, por lo que se procedió entonces, a la consulta de informantes claves, quienes refirieron lo siguiente:

"...Me parece importante tener buena comunicación con las personas que atienden a mi hijo" (Padre de paciente internado en UCIN)

"...A veces es incómodo estar en la sala, hay poco espacio y mucha gente"(Padre de paciente internado en UCIN)

"...Es más tranquilo estar de noche que de día, hay menos gente..."(Padre de paciente internado en UCIN)

"...Algunas veces siento que mi hijo pasa más tiempo con las enfermeras y médicos que con nosotros que somos sus papás"(Padre de paciente internado en UCIN)

A partir de los resultados obtenidos en la búsqueda bibliográfica, se observó que no existe evidencia sobre los facilitadores y barreras que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación, por lo que se planteó el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son los facilitadores y barreras que identifica el padre, para desarrollar el apego con su hijo durante la internación, en los servicios de cuidados intensivos de neonatología en la Ciudad de Córdoba, en el período 2004 al 2019?

En referencia de bibliografía consultada, se observa que a lo largo de los años, la paternidad, ocupó un lugar secundario en el cuidado del recién nacido, sin embargo, en la actualidad esto ha ido cambiando, repercutiendo en una mayor presencia del papá, en los servicios de Neonatología, por lo que cobra relevancia conocer los facilitadores y barreras que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo hospitalizado, ya que el mismo

disminuye el riesgo de abandono, reduce el maltrato infantil y sienta las bases de la personalidad del niño(Bohórquez Polo, 1999).

El padre que se enfrenta a esta situación en muchas ocasiones, lo hace antes que la madre, llegando a la unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, acompañado de una carga de preocupaciones relacionadas con el estado de salud, y con una imagen ideal de un recién nacido, cuya realidad muchas veces es diferente, enfrentándose a una serie de impactos relacionados con el funcionamiento de la unidad, las características particulares de su hijo, las alteraciones patológicas y el abordaje resolutivo por parte del personal de enfermería.

La importancia de incentivar la paternidad activa, se fundamenta en la evidencia acerca de sus efectos positivos, en el desarrollo de los niños y niñas, así como también en las mujeres y en los propios hombres, junto con ellos el involucramiento de ambos padres, en el cuidado y la crianza siendo un derecho de hijas e hijos (Sarkadi et al., 2008).

El valor de esta investigación para la institución, radica en el aporte de conocimientos sobre la realidad desde el sujeto involucrado, y la contribución de manera significativa, referidas a la integración del padre, en el proceso de nacimiento y hospitalización de los hijos en el marco de la estrategia de MSCF, la cual supone el cumplimiento de la Ley Nacional N° 25.929 que especifica en el artículo 4, que el padre y madre, de la persona recién nacida en situación de riesgo, tiene derecho a tener acceso continuado, mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y de tomar decisiones relacionadas con su asistencia.

Cabe remarcar, que la presente investigación constituyó un aporte para dar a conocer los facilitadores, que identifican al padre durante la internación de su hijo y de la misma manera, contemplamos el gran valor de referenciar las barreras existentes en la sala de internación, que impiden o dificultan la integración y participación del padre en el cuidado.

Desde el lugar de la profesión de enfermería, el hecho de producir conocimiento significa un avance para la disciplina, en una formación continua y eficaz basándose no solo en las vivencias y experiencias, sino en un saber científicamente fundamentado. Además, contribuye al abordaje integral del paciente y su familia con el fin de propiciar la

adaptación y empoderamiento del padre al ingreso y durante la permanencia del neonato en el servicio, lo cual redundara en una mejora en la calidad de vida en la relación padre-hijo. A futuro, esta información aporta datos, como base para futuras investigaciones sobre la temática.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Conocer los facilitadores y barreras que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo, durante la internación en los servicios de cuidados intensivos de Neonatología en la Ciudad de Córdoba durante el periodo 2004 -2019.

Objetivos Específicos:

-Identificar la presencia de los facilitadores comunicacionales o institucionales que fomentan el desarrollo del apego padre-hijo hospitalizado.

-Determinar la existencia de barreras relacionadas con los prejuicios, la comunicación y/o institución para el desarrollo del apego padre-hijo hospitalizado.

MARCO TEORICO

Los investigadores: Armus, Duhalde, Oliver, & Woscoboinik (2012) en *“Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia”*, plantean que el niño desde sus primeras etapas de vida, dispone de una capacidad fundamental y esencial, para relacionarse socialmente, pero solo podrá desarrollarla, siempre y cuando haya alguien, el cuidador primario, disponible para establecer esta relación social. Por lo que es imposible desarrollarse en soledad, ya que el bebé está en un estado de indefensión tal que para sobrevivir, y acrecentar su potencialidad genética, necesita de otras personas, que le provean todo aquello que es necesario, entre ellas las experiencias afectivas que tienen una enorme influencia a favor del desarrollo cognitivo, social y emocional, íntimamente relacionados.

Es importante destacar, que los vínculos estables, de apego con los cuidadores primarios, es lo que permite un sostén emocional integrado, permitiendo construir lazos emocionales entre todo el núcleo familiar. En consecuencia, la estabilidad y la previsibilidad en el vínculo con sus cuidadores, le permiten al niño construir una relación de apego seguro (Bowlby, 1989, como se citó en Armus et al., 2012).

En cuanto a la constitución de la confianza básica:

...los vínculos afectivos estables y contenedores reducen el malestar emocional y potencian los sentimientos positivos en el niño. La expectativa que tiene el niño sobre lo que se puede esperar de los demás se crea a partir de experiencias tempranas concretas de interacciones positivas y repetidas en el tiempo. Se construyen así esquemas mentales acerca de cómo es estar con el otro. (Stern, 1985, como se citó en Armus et al., 2012, p. 12).

Las experiencias emocionales del niño, para con su familia, respecto a lo interpersonal, de su propio mundo interno, permiten que construya la capacidad de pensar la vida, que lo rodea y reconocerse a sí mismo, desarrollando así su crecimiento psicoemocional, que lo convierta en un ser diferenciado como individuo, e integrado al sistema social. (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2001, como se citó en Armus et al., 2012).

En lo que respecta a la comunicación pre verbal y verbal, en las primeras etapas de vida, como lo son el tocar, mirar, moverse y expresarse, responde a modos de

comunicación privilegiados, entre su núcleo familiar primario. Respecto a la capacidad para la formación de símbolos, en el uso del lenguaje, y la capacidad para comprender los estados emocionales del otro, comunicación con empatía, son constructos de miradas mutuas, instancias de prestar atención conjunta a eventos del universo exterior, sumado al juego de expresiones afectivas, como lo son a través del rostro, los que se transforman en precursores de aspectos fundamentales, del desarrollo infantil (Armus et al., 2012).

En lo que atañe a la función materna / paterna, en el ámbito de la familia se produce el constructo del espacio, donde los niños realizan sus experiencias de socialización e interacción, facilitando y guiando su desarrollo, en las distintas etapas de crecimiento, hasta lograr la autonomía del niño, el mismo también, en gran medida, modela la acción de los adultos (Alizade, 2010).

La familia cumple la función de asegurar su supervivencia, el crecimiento y desarrollo adecuados, para luego facilitar la salida del núcleo primario armando nuevos vínculos. “Madre” y “padre” son funciones, más allá de los seres humanos que las encarnen, y el buen desarrollo de un niño dependerá de la complementariedad de estas funciones. (Armus et al., 2012, p. 17).

En cuanto a signos positivos del desarrollo, muestran que los procesos psíquicos subyacentes, están en funcionamiento y se desarrollan de modo esperable. Los signos positivos del desarrollo planteados por Armus et al. (2012) en el primer año de vida son:

Oralidad

- La oralidad no incluye solo el alimento, sino también la presencia de la persona que cumple la función materna y que le ofrece al bebé, además de la leche, caricias, palabras, miradas.
- El bebé muestra placer al alimentarse.
- El bebé se tranquiliza al sentir la presencia del adulto que lo alimenta.
- Si el bebé hablara, diría: “Yo existo para el otro.”

Mirada

- El bebé muestra un marcado interés por el rostro de las personas.
- El bebé “habla” con los ojos. El diálogo que establece con el otro es “ojo a ojo”.
- El bebé se comunica con la mirada (diferente de la vista, que es una función orgánica, la mirada es una función psíquica).

Voz

- El bebé empieza poco a poco a emitir una diversidad de sonidos a los cuales la mamá (o la persona que se ocupa de él) les da sentido.
- Aprende la lengua materna. Un bebé nace con la capacidad de aprender cualquier idioma, pero en un principio, solo hablará el idioma con el que crece.
- Van apareciendo las primeras palabras, que pueden ser comprendidas por los padres y luego por todo el entorno. Es el inicio de la adquisición del lenguaje.

Sueño

- El bebé tranquilo y confiado en su entorno, de a poco puede aceptar separarse del adulto que lo cuida para dormir.
- Va logrando diferenciar el día de la noche.

Cuerpo

- El bebé se acopla armoniosamente al cuerpo de la mamá o de la persona que lo cría.
- Se siente con placer y sostenido en el contacto piel a piel.

En relación al marco legal vigente sobre el tema, se encuentra la Convención sobre los Derechos del Niño (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989), la cual refiere lo siguiente:

- Art. 2: Derecho a la no discriminación.
- Art. 3: Consideración del interés superior. Los Estados Partes asegurarán las condiciones para que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado y la protección de los niños cumplan las normas establecidas por autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.
- Art.5: Reconoce los derechos y obligaciones de los padres para proveer orientación y guía a sus hijos e hijas. Las facultades otorgadas a los padres son conferidas con el objetivo de impartirlas en consonancia con la evolución de las facultades evolutivas de los niños y niñas y adolescentes para ejercer los derechos reconocidos en la Convención.
- Art.6: Derecho al desarrollo y a la supervivencia.
- Art.9: Destaca el derecho de los niños y niñas a no ser separados de sus padres a no ser que sea necesario en función de su interés superior.
- Art.12: Derecho a ser escuchado y a que sus opiniones sean tomadas en cuenta.
- Art.16: Plantea que ningún niño o niña será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada.
- Art. 18: Hace referencia al reconocimiento de las obligaciones comunes que tienen ambos padres en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño/a.
- Art. 21: Expresa claramente que el interés superior del niño o niña será una consideración primordial.
- Art. 24: Se refiere al derecho del disfrute de más alto nivel posible salud.

- Art. 27: Expone que los padres u otras personas encargadas del niño o niña les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño o niña.
- Art. 28: Derecho del niño o niña a la educación.
- Art.31: Derecho al descanso, el esparcimiento, al juego y otras actividades recreativas.

El documento de la Sociedad Argentina de Pediatría(SAP), *“Derechos del Niño Hospitalizado”*, cuya elaboración culminó en el XXX Congreso Argentino de Pediatría con la Propuesta de Santa Fe, en septiembre de 1994, menciona:

- Art. 5: Derecho a permanecer junto a su madre desde el momento del nacimiento.
- Art. 6: Derecho a estar en compañía de alguno de sus padres durante la internación.
- Art. 7: Derecho a ser amamantado por su madre sin restricciones.
- Art. 9: Derecho a que sus padres participen activa e informadamente en sus cuidados.
- Art. 10: Derecho a ser considerado sujeto de derechos y ser humano íntegro en todos los aspectos.
- Art. 20: Derecho a disfrutar de las prerrogativas que le confiere la Ley Nacional 23.849 que ratificó la "Convención Internacional de los Derechos del Niño".

Según el autor Tocqueville, el padre es el “soberano” y/o “magistrado”, ya que durante siglos, la imagen paterna, fue considerada como autoridad, determinando modelos familiares patriarcales(como se citó en Valdés S., 2009).

Durante el siglo XX, el padre era el patriarca y proveedor del hogar, y después sufre una redefinición, en el siglo XXI, situándose en el proceso de desinstitucionalización de la familia, influyendo una mayor participación femenina en el mundo laboral, con nuevas leyes civiles y la adquisición de derechos políticos, sociales y culturales. Todos estos factores, remodelaron un nuevo concepto, socavando el “poder paterno”, llevándolo a una diversificación de las maneras de asumir la paternidad, haciéndose presente las ideas,

arrastradas e influenciadas por la mundialización(Castelain-Meunier, 2005, como se citó en Valdés S., 2009).

Uno de los primeros autores en estudiar al padre, como figura de apego, fue Lamb (1997), concluyendo que las interacciones adquieren ciertas características específicas, que la diferencian de la madre, siendo estas más estimulantes físicamente e impredecibles.

Para conceptualizar la paternidad dentro de un contexto cultural, las características de la paternidad, están sumergidas en pautas socioculturales, que orientan los lineamientos generales para su ejercicio y su valoración, lo que implica la adquisición de ciertas habilidades, cambios en la identidad y la construcción de nuevos significados (Casullo, 2005).

Los procesos psicológicos acontecidos, tanto en el hombre como en la mujer durante el embarazo, y los primeros meses de vida de su hijo, han sido descritos dentro del proceso de transición a la parentalidad; según Stoleru (1995), "...es el reconocimiento del niño como tal, lo que induce el desarrollo del sentimiento de ser padre: reconocimiento de la dependencia y la imposibilidad que tiene el niño de satisfacer sus propias necesidades" (p. 94).

Para Herzog y Lebovici (1995), focalizan que además de crear un lazo con el bebé, el padre también debe lograr la convicción interna, de que puede cuidar de él, de esta manera, así como el padre ayuda a la madre en el proceso de transición a la maternidad; él también necesitará de un sostén para paternalizarse, este proceso "estaría facilitado por la participación del padre en el deseo de tener un hijo, por la preparación para el parto y por su presencia en la sala de parto" (como se citó en Suárez-Delucchi & Herrera, 2010, p. 94).

La propia experiencia como hijo, es una acción secuenciada muy importante en la construcción de la paternidad, influenciado en la manera en que los padres, se vinculan con sus hijos. El hecho de ser padre, comienza con la decisión de tener y hacerse cargo de un hijo (Ruiz-Peláez, Charpak & Cuervo, 2004).

La autora Oiberman (1998) plantea, por lo tanto, que se parte del supuesto que ser padre, excede la misión de engendrar, por lo que la paternidad no es solamente un logro biológico, sino que supera la función de procreación, modificándose de acuerdo a las condiciones históricas y culturales. Por lo que, si se hace una distinción entre ser padre y

paternidad, lo primero está en relación al impulso biológico de la reproducción, al servicio de poder preservar la especie y al sostenimiento filogenético; en cambio paternidad es el proceso psicoafectivo, por el cual un hombre realiza una serie de actividades en lo concerniente a concebir, proteger, aprovisionar y criar, a cada uno de los hijos jugando un importante y único rol en el desarrollo del mismo, distinto al de la madre.

En consecuencia, se enfatiza la labor del padre como diferente de la madre, mostrando que la presencia del mismo, le brinda la posibilidad al niño de desarrollar habilidades distintas, tales como la independencia, el deseo y el placer por explorar el mundo externo. El padre ha comenzado a entrar en el ámbito doméstico, asumiendo un papel más activo y de más importancia en la crianza de sus hijos. Esto se debe, como ya se mencionó, en parte a la incorporación de la mujer al mercado laboral, ya que es la primera vez que tanto padre como madre, comparten habitualmente las tareas del hogar y la crianza de los hijos, lo que implica que esto arrastra una nueva generación de padres, que se atrevió a cuidar a su bebé, alimentarlo y jugar con él. Todo ello sin el riesgo de perder su virilidad ni su hombría. Este nuevo modelo de paternidad tiene más relación con la identidad masculina (Oberman, 1998).

Autores como Badinter (1993), llaman revolución masculina al cambio en la concepción de la identidad masculina, y tiene como objetivo recuperar al hombre natural, superando el período industrialista del ser humano, donde el hombre se centró en la etapa industrialista del ser humano, descuidando sus propios sentimientos y en muchos casos, lo de sus hijos. Todos estos cambios, transforman también la intimidad de las personas, afectando las relaciones entre los géneros, la vida familiar y, por lo tanto, la paternidad (Giddens, 2013).

Según la teoría psicoanalítica, el rol materno es la actitud más importante, en las primeras etapas de la vida del niño, siendo su primer objeto de amor y de identificación. Siguiendo las etapas de desarrollo, el niño va adquiriendo la capacidad de preocuparse por un tercero. Surge, en consecuencia, la etapa edípica, y el padre comienza a tener importancia, en el psiquismo del niño/niña. Para esta concepción, el padre representa el mundo exterior, la autoridad, las normas, la ley, el orden, (Oberman, 1998).

Para Françoise Dolto (1998), la figura paterna representa el eje central, referenciando la posibilidad de triangulación, desde el inicio de la vida. Esta visión, no niega

la existencia de la diada: bebé-madre, no quitando la posibilidad de triangulación: madre-padre-bebé, en el niño desde el momento de la concepción. La figura del padre, es fundamental desde que el bebé nace, sobretodo en la relación directa con el mismo, y no solo como sostenimiento de la madre. La particular relación del bebé en la etapa intrauterina, también es importante para el padre, esencialmente por su relación con la madre. Cabe destacar que existen implicancias biológicas de la Paternidad, ya que las conductas paternas no solo están determinadas por la cultura o por las vivencias infantiles sino, que también lo están por los factores biológicos (más precisamente bioquímicos).

Para los autores: señalan que ciertas conductas paternas tendrían origen hormonal, tales como alzar al bebe cuando llora o ayudar en su cuidado. A su vez señalan los cambios hormonales, que los hombres en la etapa del embarazo, al igual que las mujeres, también los presentan en su organismo, experimentando una disminución de testosterona y un aumento en la producción de cortisol y prolactina. Esto se traduce en cuidados más sensibles, mayor interés y ternura en el periodo del embarazo y producirle mayor relevancia en establecer una relación con el bebé (Maldonado-Durán & Lecannelier, 2008).

Otros autores como Sánchez Pinuaga & Serrano Hortelano (1997) , en relación al rol del padre en el embarazo, postulan que cuando la mujer queda embarazada, es el momento donde la pareja, puede empezar a asumir el hecho de ser, además de pareja, también madre y padre. La felicidad que vive, la pareja al ver que el deseo de tener un hijo o hija, ya está en pleno desarrollo, es importante; y el papel del padre, compartiendo la felicidad con la madre es fundamental. El feto queda bajo las influencias del estado de salud física y emocional de la madre y el padre, como pareja afectivo-sexual, tiene una influencia importante en esto.

El padre, empáticamente cercano a su mujer y deseoso de tener un hijo, comparten la sensación de que el embarazo y la crianza es una experiencia cuyo sentido y fuerza se extrae del deseo y la implicación de ambos. Hay confianza y seguridad en su capacidad natural de llevar a término su embarazo. No se siente decepcionado, por el nuevo aspecto físico de su mujer, sino al contrario, la ve atractiva y llena de vitalidad envolvente.

Según Sánchez Pinuaga (1988) con respecto al rol del padre en el nacimiento, este último es vital en la vida de una criatura, ya que el favorecer la presencia del padre, aumenta

la capacidad de empatía, generando momentos emocionales, donde priman los sentimientos, estando presentes los cambios hormonales en el hombre. El que no pueda ser parte el padre de este proceso, es ignorar su capacidad de empatía, su capacidad de sentir, y de apoyar a la mamá, en esa experiencia, conectado con esta nueva vida, que puede marcarle, también un inicio de cambio psicoemocional.

En relación a la etapa de lactancia, y el rol del padre, se puede decir que para que exista la lactancia materna, son necesarios dos aspectos: una madre dispuesta a ofrecer su “oro” blanco y un bebé, no obstante, puede que surjan dificultades que podrían impedir que la lactancia materna se produzca con éxito. A pesar de ello, esto se puede superar con empeño, información y un deseo permanente de continuar con esta forma de nutrición primaria, fundamental en los primeros años de vida. Si contamos con una madre, un hijo y un padre- soporte tenemos lo que se conoce como triángulo de la lactancia, que hará que las probabilidades de éxito de la lactancia aumenten considerablemente ("El papel del padre en la lactancia materna", 2015).

Se podría afirmar, que ningún padre desea tener que ver a su hijo en situaciones que ponen en riesgo su vida, pero esto lamentablemente ocurre. Es allí cuando entran en juego los equipos de salud y la hospitalización, provocando gran estrés en la familia, puesto que causan un desequilibrio en el entorno familiar (Silveira, Angelo, & Martins, 2008; Gomes & Erdmann, 2005).

El equipo de salud puede satisfacer todas las necesidades del niño hospitalizado, sin embargo, no suplen la totalidad de estas, puesto que ellos no son sus padres. O sea, se puede llegar a satisfacer todas las necesidades biológicas del niño, pero no las psicológicas y sociales. Estas solo las puede satisfacer alguien que realmente conozca al niño, ya sea su madre, su padre o alguien significativo. La atención en salud, debería pretender entregar una atención integral, que les permita sentirse seguros en el ambiente hospitalario, favoreciendo la participación de un miembro de la familia en el cuidado, ya que los primeros años de vida del niño, dependen del contacto con sus familiares (Gonçalves de Oliveira & Collet, 1999; Silveira & Angelo, 2006).

En diversos grados, de acuerdo a realidades locales y capacidad de liderazgo, los padres se están integrando a la atención del niño hospitalizado más aún, han asumido tratamientos de mediana e incluso alta complejidad en sus hogares, lo que permite

mantener la integridad de la familia y una mejor calidad de vida. Sin duda, ha contribuido a ello la participación e integración de los padres durante la hospitalización del niño (Barrera, Moraga, Escobar, & Antilef, 2007).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2011) sostiene que al garantizar que el padre esté todo el tiempo con su hijo, se está contribuyendo a habilitar funciones de la familia que son fuertemente protectoras para la calidad de vida y contribuyen a la humanización de los cuidados, como ser:

- **Sostén y apego:** La creación de vínculos y un apego temprano ayuda en el desarrollo, crecimiento y salud de los bebés. La presencia constante de al menos un familiar facilita el apego, base del desarrollo psico-emocional del niño, provee experiencias sensoriales apropiadas (a través del contacto piel a piel, olfato, gusto, tacto, oído y visión), reduce las interrupciones del sueño, el dolor físico y el estrés.

- **Desarrollo y crecimiento:** La permanencia del padre permite que esa familia se prepare desde el comienzo, al igual que cualquier familia, para cuidar el crecimiento y desarrollo de ese recién nacido, protegiendo su calidad de vida.

- **Humanización del cuidado médico:** El padre forma parte del equipo de salud porque es vital para su mejoría y crecimiento, En tanto las familias sean sostenidas con un trato humano comprensivo, inclusivo y comunicativo, calidad del cuidado que recibirán esos bebés se verá exponencialmente mejorada desde una visión de salud integral.

En la actualidad los hombres están cada día más interesados en participar de la paternidad, involucrándose en funciones afectivas, de cuidado, de soporte emocional y psicológico. Para Miguel Lamb (1997) el niño durante su primer año de vida, no busca necesariamente solo tener mayor proximidad a la figura materna, por lo que el padre presenta una predisposición equivalente a la de la madre para responder a las necesidades del bebé. Los primeros estudios realizados en relación al vínculo de apego padre-hijo, mostró una débil asociación entre la sensibilidad paterna y apego seguro padre-hijo, las razones a las que se puede atribuir esta asociación es por un lado al tiempo que los padres pasan con sus hijos, ya que no suelen ser el cuidador principal y, por otro lado, a la manera de vincularse con sus hijos, interactuando de una forma diferente en comparación con las madres.

En la actualidad, se revelaron nuevos resultados en relación al apego padre-hijo; ya que el padre está más involucrado en las actividades de participación positiva con sus hijos, lo que afecta de manera significativa su relación, formando lazos estables y un apego seguro (Tenorio De Aguiar, Santelices & Pérez, 2009). A su vez, se describen correlaciones positivas, relacionadas con el apego paterno seguro (como lo es tener menos problemas de comportamiento), y que muestran un mayor nivel de sociabilidad, (Lucassen et al., 2011).

Respecto al modelo MSCF:

...una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del bebé por parte del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad. (Larguía et al., 2012, p. 11).

Este modelo supone la garantía del cumplimiento de la Ley N° 25.929, derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento, el cual especifica en el artículo 4° que el padre y la madre de la persona recién nacida, en situación de riesgo tienen los siguientes derechos:

- a) A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- b) A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.
- c) A Prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

d) A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud.

e) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña.

En diversos grados, de acuerdo a realidades locales, el padre se está integrando a la atención de niño hospitalizado, sin embargo, se podría reconocer algunos facilitadores y barreras para esta inclusión. El Grupo define a las barreras y facilitadores como “aquellos factores que impiden o facilitan, total o parcialmente, la implementación del cambio en la práctica profesional” (p. 28).

Dentro de la guía *"Derechos de los Recién Nacidos Prematuros"*(UNICEF, 2011), material producido en el marco de la Campaña Semana del Prematuro 2011, se detalla el artículo 9, que propone "que sus familias los acompañen todo el tiempo"; esta publicación busca contribuir con el cumplimiento de este derecho para todos los recién nacidos prematuros y sus familias en Argentina. Está dirigido a quienes se sientan involucrados en el cuidado de los recién nacidos, incluyendo a todas aquellas personas que participan en la atención de la salud, familiares, funcionarios de gobierno, quienes administran políticas de salud, quienes pertenecen a sociedades científicas y organizaciones y, también, a cualquier persona que actúe como promotora del derecho 9 del decálogo del prematuro. Garantizar el cumplimiento de este derecho es el resultado de una cualquier variedad de acciones que sirven para abrir puertas y sobrellevar dificultades.

En cuanto a los Facilitadores identificados, según UNICEF (2011), los mismos no son entendidos únicamente como la contracara de las barreras, sino como todas aquellas cuestiones que ayudan a garantizar el cumplimiento del derecho. Los facilitadores identificados, se clasifican en cinco grandes categorías generales, que no son excluyentes:

1. Facilitadores relacionados con el apoyo y sostén psicológico y emocional
2. Facilitadores relacionados con la infraestructura
3. Facilitadores comunicacionales
4. Facilitadores institucionales

5. Facilitadores relacionados con las políticas de gobierno

Los Facilitadores relacionados con el apoyo y sostén psicológico y emocional, establecen la existencia del equipo de profesionales de la salud mental, para acompañar al niño y a su familia, señalada como uno de los factores principales para garantizar el derecho del paciente a ser acompañado, por su entorno todo el tiempo. Las familias necesitan un espacio para poder compartir lo que están atravesando y trabajar sobre la diversidad de emociones, que genera el tener un niño internado; ya que se atraviesan momentos de gran ansiedad y dolor y esto impacta directamente en el acompañamiento del mismo (UNICEF, 2011).

Respecto al apoyo psicológico y de asistencia social, no solo es importante para los padres y las vicisitudes por las que atraviesan, sino también para el equipo de salud. El verdadero trabajo interdisciplinario existe, cuando se incorpora un profesional de salud mental, que ofrece apoyo a las familias y al equipo, pensando en la salud integral del bebe prematuro, como necesaria para su progreso. Contar con espacios de reflexión y comunicación sirve como sostén de una familia que atraviesa una situación de "irrupción" como lo es la internación de un niño. Los padres quieren (y necesitan) saber por lo que están pasando sus hijos, desde un lugar de apoyo y entendimiento. La existencia de espacios en los que se contemplen estas cosas sirve como facilitador del cumplimiento del derecho (UNICEF, 2011).

En cuanto a los facilitadores relacionados con la infraestructura: Ya se ha mencionado que la misma puede ser vista como barrera, pero también puede ser un facilitador cuando contribuye al cumplimiento del derecho. UNICEF está apoyando la creación de espacios de distención y descanso para los padres. Las salas deberían estar preparadas con espacios para recibir a familias enteras; madres, padres, hermanos y hasta abuelos. Cuando un niño está internado, de algún modo también lo están sus familiares. Su presencia ayuda al proceso de recuperación del paciente. Estos espacios deben tener lugar para que las familias no solo puedan ver a los niños sino, también, estar con ellos (UNICEF, 2011).

Además, cabe mencionar los facilitadores comunicacionales las familias son parte del equipo a cargo de la salud de los niños. Por eso, necesitan estar al tanto y bien informados sobre la atención que reciben, así como el diagnóstico y pronóstico de cualquier

enfermedad o condición que pudieran tener sus hijos. La comunicación fluida con los padres facilita todo el proceso y reduce la probabilidad de que ocurran problemas tanto durante la internación como a futuro (UNICEF, 2011).

Asimismo, la permanencia de los padres y su participación activa en ciertos cuidados del niño, como por ejemplo la alimentación, estrecha el vínculo entre la familia y el equipo de salud y, a su vez, contribuye a la reducción de la sobrecarga a la que está expuesto el personal de salud. En estas circunstancias, los padres son vistos como personal adicional que contribuyen con el monitoreo de la salud de los pacientes y, junto a otros familiares como hermanos y abuelos, se suman al cuidado constante que ellos necesitan. Por otro lado, la existencia de una estrategia de comunicación entre los diferentes servicios que participan en el cuidado de la salud del niño facilita la inclusión de los padres en el equipo de salud. Implica también tener una estrategia unificada a través de los diferentes servicios y turnos: las familias deben conocer sus derechos y demandar que estos sean cumplidos por todo el personal, sea la enfermera o el médico, tanto de día como de noche, durante los días hábiles y los fines de semana (UNICEF, 2011).

La comunicación por parte de los diferentes integrantes del equipo de salud debe incluir aspectos relacionados con las medidas apropiadas y necesarias para poder asegurar la permanencia de los padres al lado de sus hijos, como por ejemplo la realización de entrevistas o encuestas para conocer el grado de satisfacción de los padres o, también, del mismo personal de salud (UNICEF, 2011).

El trabajo en red también es un facilitador a considerar: conocer que o como hacen otras instituciones de salud, que programas implementan o fomentan, actúa como incentivo para otras instituciones. Tener modelos a seguir es importante al momento de proponer acciones para garantizar el acompañamiento familiar. Si los integrantes del equipo de salud, incluidos los padres, saben que en otros servicios se protege y se hace efectivo esto, se facilita y refuerza la demanda calificada para legitimarlo en el propio servicio (UNICEF, 2011).

De igual modo los facilitadores institucionales; el hecho de contar con el apoyo y sostén de la dirección de la institución y la conducción del servicio, ya sea de neonatología como de enfermería o salud mental, constituye un enorme facilitador para garantizar el derecho. El convencimiento de los jefes de servicio y directores de instituciones sobre la

importancia de este derecho es un paso esencial para su cumplimiento efectivo a través de diferentes estrategias que se adapten y respondan a las necesidades propias de cada institución. Una vez que la institución adopta y hace suya la garantía del derecho de los padres de acompañar a sus niños internados, es posible implementar acciones concretas que favorezcan y posibiliten su cumplimiento.

Por otro lado, la legitimación de este derecho sólo se alcanzará cuando los profesionales de salud comiencen a trabajar en conjunto como un verdadero equipo (UNICEF, 2011).

La conducción de las distintas áreas de cada servicio deberían trabajar coordinadamente para garantizar la implementación de acciones y protocolos que favorezcan el acompañamiento de las familias y eviten la fragmentación o duplicación de los esfuerzos, así como los mensajes contradictorios. Los jefes del equipo médico neonatal pediátrico, de enfermería, y de otras áreas como salud mental y trabajo social, deberían reunirse regularmente para plantear aspectos vinculados al cumplimiento de este derecho. Un tratamiento con enfoque integral, y a la vez interdisciplinario, favorece e incentiva el acompañamiento del bebé prematuro en todo momento (UNICEF, 2011).

Por último, los facilitadores relacionados con las políticas de gobierno tienen un rol clave como facilitadores del derecho. Nuestra sociedad reconoce al niño como un sujeto de derecho y su bienestar es considerado de interés superior. Así, el Estado asegurará las condiciones para que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado y la protección del niño cumplan con las normas establecidas por autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de personal, así como en relación con la asistencia de una supervisión adecuada. En tanto existan planes y medidas políticas que sirvan de apoyo a la causa, así como las leyes que avalen el trabajo en el campo, más fácil resulta implementar cambios y empoderar a los padres, comunidades y equipos de salud para hacer valer sus derechos. Se cuenta con planes de asistencia a las familias (como, por ejemplo, subsidios o pases de transporte) que impactan ocasionando un efecto severo que genera, en muchas de las familias de nuestro país, la situación de tener durante tanto tiempo un hijo internado. En este sentido, la actividad de los trabajadores sociales de los equipos de salud puede ser de vital importancia (UNICEF, 2011).

Las barreras identificadas son: barreras relacionadas con la formación y la educación, barreras físicas, barreras relacionadas con los prejuicios, barreras culturales, barreras organizacionales (UNICEF, 2011).

En tal sentido, se señala que las barreras relacionadas con la formación y educación, reportan el desconocimiento total o parcial sobre la existencia de derechos del niño, por parte de los miembros del equipo de salud, como atributo a fallas en la formación y educación de los médicos, enfermeros, psicólogos y demás personal de la salud; aunque, los programas educativos incluyen los derechos del niño, no se explica claramente el enorme daño que ocasiona a estos la falta de acompañamiento por parte de sus padres y familiares durante la internación. Estas fallas en la formación profesional- tanto en el pregrado como en el postgrado- impactarían directamente en el nivel de sensibilización y competencias de los miembros del equipo, para poner en práctica este derecho y garantizar su cumplimiento. Si un profesional de la salud se forma en hospitales donde se desconoce este fundamento o no se cumple con el ingreso irrestricto de los padres a la unidad de cuidados intensivos neonatales, el cambio actitudinal posterior resultara aún más difícil. – (UNICEF, 2011).

En segundo lugar, las barreras físicas; un número importante de maternidades y hospitales no cuentan con espacios físicos para albergar a las familias. Muchas unidades de terapia tienen poco espacio para que los padres puedan permanecer, aunque sea de pie al lado de las camas en las que están sus niños; en otros casos, cuando disponen de este espacio carecen de elementos básicos, como sillas, para que puedan estar durante la internación del paciente (UNICEF, 2011).

En tercer lugar, las barreras relacionadas con los prejuicios: Existen un sinnúmero de preconceptos. Uno de los más difundidos es el rol de “vigilantes” o “auditores” del trabajo del equipo de salud que asumen los padres cuyos hijos están en la unidad de cuidados intensivos. Esto genera miedo en el equipo de salud a que los padres detecten errores en el cuidado o, también, a que se impresionen con algunas intervenciones que deben realizar a sus niños. Cuando se erradique ese prejuicio que los padres “estorban” o “vigilan” se podrá pensar en sumarlos como parte del equipo que usualmente trabaja sobrecargado de tiempo y responsabilidades. No hay miembro más dedicado del equipo sanitario que la madre o el padre del niño internado (UNICEF, 2011).

También, aunque es sabido que la presencia de los padres y familiares no aumenta el riesgo de infección del niño internado, gran número de profesionales posee este prejuicio. No solo la presencia de la familia no incrementa tal riesgo, sino que la mayoría de las infecciones que ocurren son intrahospitalarias y, por tanto, el peso de la responsabilidad recae en el cuerpo sanitario del hospital o centro de salud (UNICEF, 2011).

Existen, también prejuicios de parte de las familias. Si bien muchos padres conocen su derecho a permanecer junto a sus niños, otros no. Sumado a eso, gran cantidad de los padres asumen un rol pasivo y aceptan, sin cuestionamiento lo que les plantea el personal hospitalario les dice o exige. Muchos no demandan que se respeten sus derechos y, por el contrario, delegan el cuidado de la salud de sus niños íntegramente al equipo de salud. Toman la palabra de médicos, enfermeros y demás como realidad única. La pasividad de la familia se agrava con la falta de comunicación por parte del equipo a cargo del cuidado del bebé prematuro. En ocasiones, los padres no expresan sus emociones por temor a las posibles represalias (UNICEF, 2011).

En cuarto lugar, las barreras culturales: cada institución es un mundo en sí mismo: aunque algunos miembros del equipo estén convencidos de la necesidad de garantizar los derechos de los niños, otros no lo están. Esta falta de convencimiento es un tipo de barrera cultural muy arraigada en las unidades neonatales. En estas salas, en ocasiones coexisten mensajes contradictorios hacia los padres de los niños internados. Por un lado, se les dice que pueden acompañar a sus hijos y se los invita a estar con ellos; pero, por otro, piden que se ausente cuando el cuerpo médico necesita realizar alguna intervención, cuando las enfermeras necesitan estar con los niños o cuando el personal de limpieza debe trabajar en el área (UNICEF, 2011).

En algunas instituciones está instalada la modalidad de comunicación con las “visitas” que encierra un maltrato sutil. En la cultura de estas instituciones se instala la idea de que toda persona ajena a la institución, que no está internada, es una “visita”, e incluso los propios padres caen en esta categoría. Muy a menudo los padres no son participados, consultados o siquiera informados de las decisiones médicas o de las cuestiones relacionados con la salud de sus hijos. A su vez, las fallas de comunicación entre los diferentes miembros del equipo de salud entorpecen y fragmentan el cuidado que recibe el bebé, y no permiten que este sea consistente y sistemático como debería serlo (UNICEF, 2011).

Por último, las barreras organizacionales: En ocasiones, las enfermeras organizan su rutina diaria, sin considerar las necesidades y el derecho de los padres y el niño a estar juntos, imponiendo ciertas rutinas con horarios que excluyen e imposibilitan toda participación de los padres en el proceso de alimentación, por ejemplo. Finalmente, en muchos servicios, la sobrecarga extrema del personal –dado el colapso del sistema sanitario- acrecienta la falta de motivación de los profesionales de salud, que se sienten expuestos, no considerados y perciben que sus propios derechos son vulnerados (UNICEF, 2011).

Para continuar, es muy importante mencionar que, la trascendencia para Enfermería radica en cambiar el concepto de una atención integral desde la diada madre-hijo a la triada madre-padre-hijo. Enfermería es una profesión con un abanico de campos de acción que requieren de gran crecimiento y desarrollo tanto personal como profesional, para ello han surgido una serie de teorías, dentro de las cuales se considera que la teoría realizada por Ramona T. Mercer, llamada “Adopción del rol maternal”, es la que mejor sustenta esta investigación.

Ramona Mercer basa su teoría en todas las investigaciones realizadas por ella durante veinticinco años, y los trabajos realizados por Reva Rubín, sobre la adopción del rol maternal. Su trabajo no estuvo orientado solo a un perfil materno, si no, más bien, fue más allá de lo tradicional, abarcando desde el nacimiento del niño, hasta los doce meses de vida. Algunos de los conceptos en los cuales Mercer basa su teoría, se presentan a continuación (Meighan, 2011):

1-Adopción del rol maternal: Proceso de tipo interactivo y evolutivo en la cual la madre siente vinculación con su hijo, esto sucede durante un periodo de tiempo determinado.

2-Separación materno infantil precoz: Es la separación de un neonato con su madre después de haber nacido, ya sea por enfermedad y/o prematuridad.

3-Ansiedad: Es un estado específico de la situación y puede ser percibido como estresante y/o peligroso.

4-Esfuerzo del rol: Dificultades que presentan las mujeres cuando deben desarrollar las obligaciones del rol maternal.

5-Vinculación: Es el proceso en el cual se crea compromisos afectivos y emocionales duraderos.

6-Estado de salud del niño: Se refiere a que patologías del niño que producen la separación con su madre, interfieren en la vinculación.

7-Familia: Es un sistema dinámico que incluye subsistemas, individuales y de pareja, que se incluyen dentro del sistema global de la familia.

8-Apoyo social: Se refiere a la ayuda recibida, la satisfacción que ello produce y quienes la otorgan. Dentro del apoyo social se encuentran:

-Apoyo emocional.

-Apoyo informativo

-Apoyo físico

9-Relacion padre-madre: Es la percepción de la relación de pareja, que incluye sus valores, objetivos y acuerdos entre ambos.

Dentro de las afirmaciones teóricas, se puede afirmar que el modelo de “Adopción del rol materno” de Mercer, se sitúa dentro de los círculos concéntricos de Bronfenbrenner (1979), (como se citó en Meighan, 2011), los cuales son:

1-Microsistema: Entorno inmediato en el que se desarrolla el rol materno, aquí se incluye a la familia, y su funcionamiento.

2-Exosistema: Este delimita el microsistema y puede determinar en partes lo que le ocurre al rol maternal y su desarrollo al igual que el del niño.

3-Macrosistema: Se refiere a todos los prototipos existentes dentro de una cultura y a los ya transmitidos.

Según Mercer la “Adopción del rol” tiene cuatro estadios de adquisición (Meighan, 2011):

1-Anticipatorio: Se le llama al comienzo de la adaptación social y psicológica al rol. La madre, mientras el feto se encuentra en el útero, imagina su rol.

2-Formal: Aparece durante el nacimiento, además las madres están guiadas por expectativas de otras personas que forman parte de su círculo social.

3-Informal: Comienza cuando la madre adopta su forma particular de representar un rol independiente del sistema social.

4-Personal: Es el momento en el cual la madre alcanza su rol maternal, en el cual ella se siente en armonía e intimidad.

Los meta paradigmas son (Meighan, 2011):

PERSONA: Mercer, para esta teoría establece los siguientes supuestos:

1. Un núcleo propio, relativamente estable, adquirido por medio de una sociabilización a lo largo de la vida.

2. Además de la sociabilización de la madre, las instrucciones de la misma para tener como respuesta las conductas.

3. El compañero del rol de la madre.

4. El niño considerado como un compañero, ya que lleva a la madre a cada proceso de acuerdo a su rol maternal.

5. El compañero íntimo de la madre o padre.

6. La identidad materna se desarrolla con la unión materna.

CUIDADO DE ENFERMERIA: la teorista Ramona Mercer, refiere a la enfermería, como la ciencia que pasa de una adolescencia turbulenta a una madurez. Además, define a las enfermeras, como las personas encargadas de promover la salud en las familias y en los niños y las pioneras desarrollando estrategias de valoración. En su teoría, no solo habla de la importancia de la enfermería, sino de la importancia del cuidado enfermero, en cada unidad, en cada tipo de cuidado que recibe la madre en cada etapa de su maternidad.

SALUD: La autora, define la salud, como la percepción que la madre y el padre poseen de la salud anterior, actual y futura. La resistencia-susceptibilidad- la enfermedad. El estado

del recién nacido, es el grado de enfermedad presente, y el estado de salud del niño según las creencias de los padres y la salud global. También menciona como el estado de salud de toda la familia, se ve afectado por el estrés del parto y como se consigue la misma por el rol materno.

ENTORNO: a su vez, expone que hay una adaptación mutua entre la persona en desarrollo y las propiedades cambiantes de los ambientes inmediatos, las relaciones entre los ambientes y los contextos más grandes en los que incluyen los mismos.

El cuidado de enfermería, al vínculo del apego es el resultado de acciones conjuntas entre los padres del recién nacido hospitalizado y la enfermera, encaminados a la interacción consciente. El cuidado, incluye la verbalización de sentimientos positivos y negativos, las experiencias de contacto, la participación de los padres en el cuidado y la preparación de la salida del hijo a casa. Al valorar los procedimientos hospitalarios, las enfermeras que cuidan el vínculo de apego deben analizar y modificar todo acto que atente contra el contacto temprano y sostenido entre padres y el niño. Margaret Mahler y Selma Fraiberg fueron las pioneras de la terapia conjunta entre la madre y el bebé, y descubrieron que solo se podía encaminar al recién nacido hacia su óptimo desarrollo si se les daba a los padres la oportunidad de intervenir activamente.

Las propuestas de cuidado de enfermería son:

- Proveer de un ambiente de privacidad para que la nueva familia se conozca.
- Es importante que los padres sientan que el recién nacido les pertenece a ellos y no al equipo médico.
- Producir un ambiente de calidez y confianza, para que los padres puedan expresar sus sentimientos y se sientan libres de manifestar sus preocupaciones, hacer preguntas y explorar opciones.
- Cuando la madre no esté en condiciones de permanecer en la UCIN, es importante involucrar al padre como puente de información entre la mamá y el recién nacido.
- No obligar a los padres a poner las manos en la incubadora ni insistir que entren en la UCIN sino se sienten listos ni dispuestos a hacerlo.

- ⊖ Todo personal médico y de enfermería, debe obrar con suma prudencia en sus comentarios sobre una posible anormalidad del recién nacido, porque los padres jamás olvidan palabras iniciales de desaliento sobre el aspecto, coloración o pronóstico de su hijo.
- ⊖ Aprovechar lo más rápidamente posible, el primer encuentro con los padres, con el fin de vincularlos al cuidado del su recién nacido, para que ellos puedan desarrollar su deseo de cuidar y apegarse al hijo, a la vez que se contribuye contener el avance del duelo anticipatorio.
- ⊖ Dar información adecuada, brindando claridad de lo que ocurre y respondiendo a las preguntas e inquietudes, describir los procedimientos que se realizan al recién nacido, por ejemplo, el monitoreo, los catéteres, tubos endotraqueales, etc.
- ⊖ Estimular a los padres, que ellos desempeñen un rol importante en los cuidados del bebe.
- ⊖ Fortalecer el contacto visual / táctil entre los padres y el recién nacido, con el objeto de hacer ver las características positivas y saludables del bebe.
- ⊖ Si es posible, prever problemas, anticipar una preparación a los padres para lo que posiblemente deban enfrentar.
- ⊖ Involucrar a toda la familia, en el proceso de desarrollo del recién nacido, lo cual se logra con políticas de visita libre y ofrecimientos educativo, tanto para el padre como para la madre; fomentar la visita del bebe de parte de toda la familia a través de la ventana de observación.
- ⊖ Antes de dar el alta al recién nacido de la UCIN, no solo se debe conocer el estado de salud de este, sino también el estado del hogar, y del vínculo entre ellos. Una forma es observar como la madre alimenta al niño. Son signos positivos de apego: contacto ocular, íntimo contacto físico con el hijo, durante la alimentación, caricias, besos y arrullos.
- ⊖ Cuando hay muerte neonatal, la enfermera debe ayudar a los padres a procesar la pérdida y tornarla real, asegurar el inicio de reacciones de duelo normales y que ambos padres soporten adecuadamente todo el proceso, así como satisfacer sus necesidades individuales.

Podemos decir, con relación a la relación terapéutica que una de las características de la enfermería, es el concepto de cuidado a través del cual damos significado a la profesión. Entre las necesidades de los cuidados, encontramos una muy importante, que es la necesidad de establecer una correcta relación terapéutica, basada en el dialogo abierto, iteración y escucha activa, con el objetivo de escuchar al paciente y su familia a prevenir o actuar frente a la enfermedad.

A la relación terapéutica, se la podría definir como una negociación intersubjetiva, en la que a través del discurso que se establece entre el profesional de salud y el paciente, se va construyendo-reconstruyendo el binomio salud-enfermedad; por lo tanto, es considerada un proceso, por medio del cual son transmitidos los significados entre personas y grupos.

Hildegard Elizabeth Peplau (1989), definió a enfermería como aquella profesión basada en la relación entre el profesional y el paciente. Para conseguir una eficaz relación terapéutica, los profesionales enfermeros deben establecer una comunicación efectiva con el paciente, interpersonal permitirá afrontar los problemas que surjan en el ámbito de los servicios sanitarios, muchos problemas se originan cuando la comunicación es deficiente (como se citó en Vidal Blan, Adamuz Tomás, & Feliu Baute, 2009).

La relación terapéutica de una relación profesional, basada en un proceso de interacción e influencia social, proceso por medio de cual son transmitidos los significados entre personas y grupos cuyo objetivo es la curación de enfermos, articulada en el conocimiento y entrenamiento de habilidades para conseguir el bienestar del paciente.

La enfermera, debe tener actitudes y habilidades basadas en el conocimiento y entrenamiento, a la hora de iniciar una eficaz relación de ayuda. El padre expuesto al impacto emocional de la internación, es una persona que está viviendo una situación de temor, miedo e inseguridad y necesitara ser comprendida para poder satisfacer sus necesidades, el enfermero debe tener una visión holística para contemplar y comprender la globalidad del problema. Para conseguir esto debemos establecer una comunicación efectiva con el padre.

Una de las habilidades más importantes de la profesión enfermera, es la comunicación interpersonal, que no solo contemplan la comunicación formal, sino también

aspectos no verbales como la escucha activa, actitud empática, aceptación incondicional (no hacer juicios de valor) y el asertividad. Para que la comunicación sea efectiva es necesario comprender a la persona como un ser activo y al cuidado como finalidad. El modelo empático, se dirige a la persona, se adopta una actitud facilitadora y de ayuda al otro.

La enfermera, debe tener una actitud de escucha activa y dejar hablar. Tiene la responsabilidad de la calidad de la comunicación con el padre, pensando y escuchando, con una metodología específica desde el rol de enfermera. También en la comunicación terapéutica, son los padres los protagonistas, los que hablan y el profesional enfermero el que escucha y lo acompaña; (Vidal Blan et al., 2009).

Por todo lo anteriormente expuesto, se procederá entonces a la **definición conceptual de la variable**, facilitadores y barreras que identifica el padre, para desarrollar el apego con su hijo durante la internación.

Para lo cual, las investigadoras se posicionan en la definición del Grupo de trabajo sobre Implementación de GPC (2010), quien define a las barreras y facilitadores como “aquellos factores que impiden o facilitan, total o parcialmente, la implementación del cambio en la práctica profesional” (p. 28).

Dentro de la variable en estudio, se toman e identifican las dimensiones descriptas por UNICEF (2011), detalladas anteriormente en el marco teórico, considerándose para la presente investigación los siguientes facilitadores:

Facilitadores comunicacionales: Se entiende por la comunicación fluida con los padres, que facilita el proceso de internación y reduce la posibilidad de que ocurran problemas, tanto durante la hospitalización como a futuro. La comunicación por parte de los diferentes integrantes del equipo de salud, debe incluir aspectos relacionados con las medidas apropiadas y necesarias para poder asegurar la permanencia de los padres al lado de sus hijos, como por ejemplo la realización de entrevistas o encuestas para conocer el grado de satisfacción de los padres o, también, del mismo personal de salud.

Por lo tanto, se indagaron los indicadores: Disposición de los profesionales, para la escucha e intercambio, aclaración de dudas, recepción de información (estado de salud, tratamiento, higiene, alimentación, cambio de pañales, controles para el alta, derecho a

permanecer junto a su hijo, licencia por paternidad, inscripción de su hijo en el registro civil, talleres para padres ofrecidos por la institución).

Facilitadores Institucionales: Se trata de que la institución adopte y haga suya la garantía del derecho de los padres, de acompañar a sus hijos internados, implementando acciones concretas que favorezcan y posibiliten su cumplimiento. Abarca las siguientes acciones como la permanencia irrestricta del padre.

En consecuencia, si se tiene en cuenta las dimensiones descritas por UNICEF (2011), detalladas anteriormente en el marco teórico, podemos considerar para la presente investigación las siguientes barreras:

Barreras relacionadas con los prejuicios: Se basa en un sin número de preconceptos, que influyen en la relación entre el equipo de salud y el padre relacionados con la cultura, detección de errores y riesgo de infecciones. Contiene los siguientes indicadores: considera a los padres como “riesgo de infección”, como “controlador y vigilante”, los “considera como visita” y los “excluye de los cuidados”.

Barreras comunicacionales: corresponde a las barreras u obstáculos, que pueden surgir durante el proceso comunicativo. Estos factores impiden o dificultan la comunicación, deformando el mensaje u obstaculizando el proceso general. Se utilizará como indicadores: -respuestas “claras”, con “información suficiente”, “difícil de entender”, “contradictorias entre los diferentes profesionales”, “oportunas” y “evasivas”.

Barreras institucionales: Son todos aquellos factores del contexto, que dificultan o limitan el pleno acceso y dedicación. Incluye los siguientes indicadores: Inclusión en las actividades de la rutina diaria de los profesionales, espacio físico, entorno (monitores respiradores y otros elementos).

CAPITULO II

MARCO METODOLOGICO

CAPITULO II

MARCO METODOLOGICO

El presente informe de investigación bivariado, se llevó a cabo a través de un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. O sea:

- **Descriptivo** porque permitió conocer los facilitadores y barreras que identificó el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación en los servicios de cuidados intensivos de neonatología de la Ciudad de Córdoba.

- **Transversal** porque el estudio de las variables se hizo en un momento dado, se aplicó el instrumento una única vez, durante el segundo semestre del 2019.

Las variables en estudio fueron dos:

1. **Facilitadores que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación.**

Sus dimensiones e indicadores:

Dimensión “Comunicacional” que incluye:

-Disposición de los profesionales para la escucha e intercambio de información Indicadores Excelente- Muy Bueno – Bueno y Regular).

-Aclaración de dudas de los profesionales (Facilitó nuevos conocimientos – Generó tranquilidad).

- Información Recibida (estado de salud, tratamiento, higiene (cambio pañales), alimentación, derecho a permanecer junto a su hijo, control y cuidado, inscripción de su hijo en el registro civil, licencia por maternidad, talleres para padres).

Dimensión “institucional” abarcó

-Permanencia del padre en la institución (Estricta- Irrestriccta)

2. Barreras que identifica para desarrollar el apego con su hijo durante la internación

Dimensión “**relacionado con los prejuicios**”, que englobó

-Presencia del padre y el trato que reciba del Profesional.

-Figura del padre como “vigilante y controlador”.

- Consideración al padre como riesgo de infección.

- Excluyen al padre de los cuidados.

- Consideran al padre como una visita.

Dimensión “**Comunicacional**”, que incluyó:

- Respuestas de parte de los profesionales (respuestas claras, con información suficiente, difícil de entender, contradictorias entre los distintos profesionales, oportunas, evasivas)

Dimensión “**Institucional**” incorpora la:

- Inclusión en las actividades de la rutina diaria de los Profesionales (Se solicita que se retire de la sala – Visita acotada – Se le invita a participar).

- Espacio físico y entorno (monitores, respiradores y otros elementos), interfiere – no interfieren.

La población en estudio, estuvo conformada por los padres de recién nacidos hospitalizados, en la unidad de cuidados de cuidados críticos neonatales, de distintas instituciones de la Ciudad de Córdoba.

Debido a los obstáculos que se presentaron para el ingreso al campo, el universo estuvo constituido por padres, que tuvieron a su hijo hospitalizados durante el periodo 2004-2019. La muestra se recopiló a partir de los padres que contestaron la encuesta, en ese período, en un total de 28 sujetos.

La fuente de información fue primaria. La técnica de recolección de datos que se utilizó, como auto-administrada por cuestionario o formulario online, ya que permite obtener información de manera rápida, accesible, adaptable y aplicable a toda clase de sujetos. El formulario de entrevista diseñada por los investigadores, se conformó en 20 preguntas semiestructuradas, abiertas y cerradas (ver anexo 2), los sujetos en estudio firmaron un consentimiento informado que plasmó la voluntad de los mismos para llevarlo a cabo la investigación.

Para el procesamiento de datos, se realizó de la siguiente manera:

- a) Se ordenaron los instrumentos por números correlativos.
- b) Se transcribieron los datos de los instrumentos en unas Tablas Maestras o Matriz.
- c) Se determinó las frecuencias absolutas y relativas porcentuales de cada una de las variables estudiadas, para arribar a los resultados.
- d) Las preguntas abiertas fueron categorizadas por similitud de respuestas.
- e) En las dimensiones facilitadores las preguntas semiestructuradas fueron categorizadas de la siguiente manera: En presencia de 2 o más indicadores se consideró un facilitador, si es uno o menos, no se lo consideró facilitador.

En las dimensiones barreras las preguntas semiestructuradas, fueron categorizadas de la siguiente manera: En presencia de dos o más indicadores se consideró una barrera, si es uno o menos, no se lo consideró como tal. Los resultados fueron presentados en tablas

de doble entrada de acuerdo a los objetivos, en el caso de las preguntas abiertas se mostraron como comentarios que ampliaron la información expuesta en cada tabla.

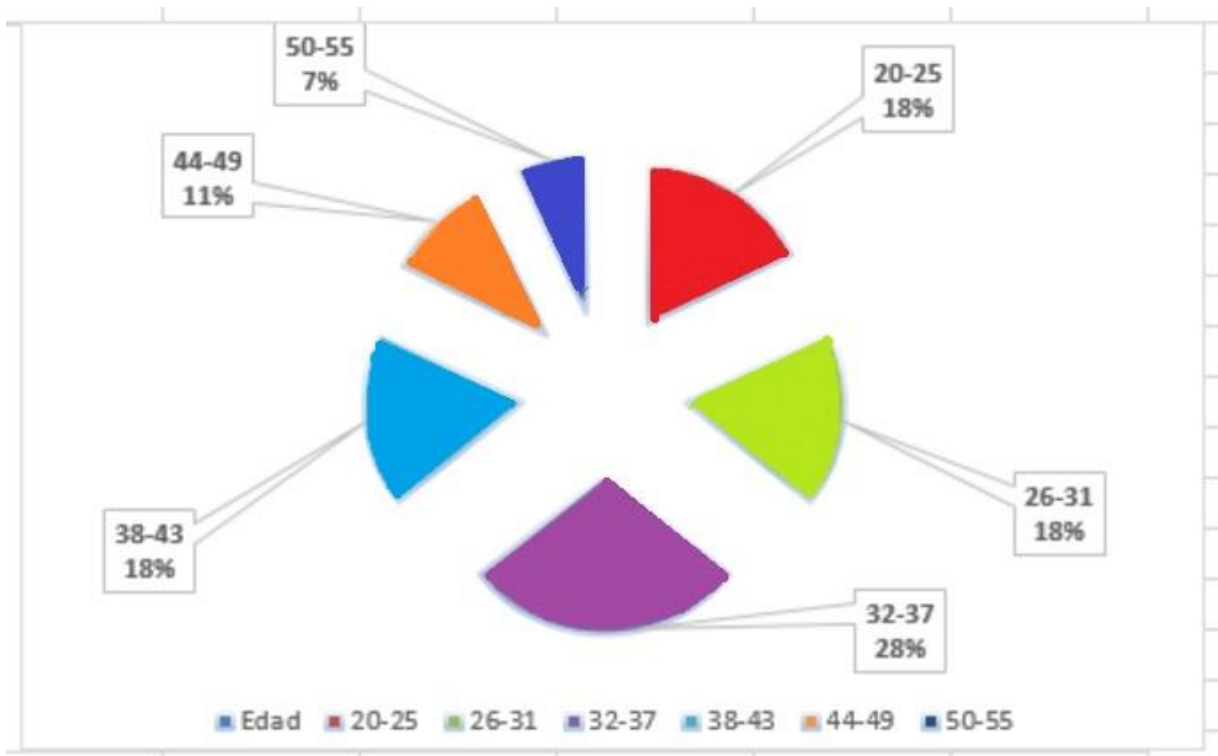
CAPITULO III

RESULTADOS

CAPITULO III

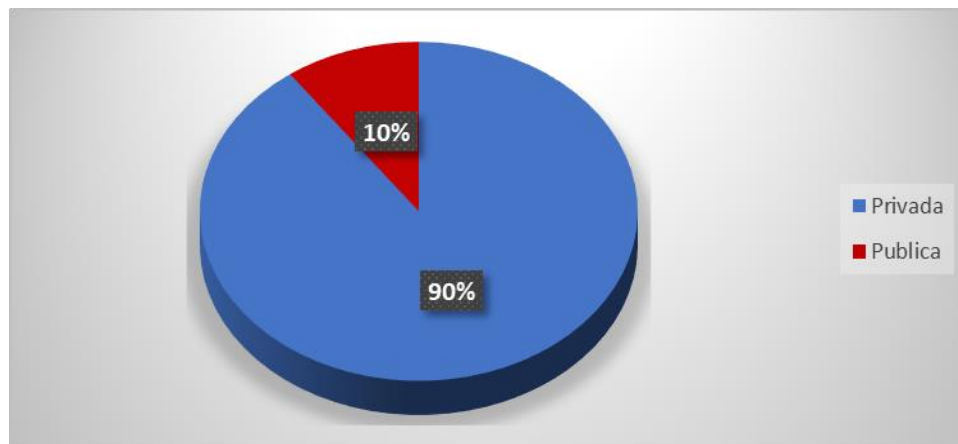
DATOS SOCIO DEMOGRAFICOS

TABLA "A": Edad de los padres varones que tuvieron internado a sus hijos; Servicios de neonatología de la ciudad de Córdoba, del 2019.



Fuente: Auto-administrada por cuestionario o formulario online.

TABLA “B”: Instituciones en la que estuvo internado su hijo; Servicios de neonatología de la ciudad de Córdoba, durante el periodo 2004 -2019.



Fuente: Auto-administrada por cuestionario o formulario online.

TABLA 1: Dimensión: Disposición de los profesionales para la escucha e intercambio de información.

Disposición de los profesionales para la escucha e intercambio de información	Frecuencia Absoluta	%
Excelente	6	22
Muy Bueno	8	30
Bueno	9	33
Regular	4	15
Total de sujetos	27	100

Fuente: Auto-administrada por cuestionario o formulario online.

Comentario: Los padres destacaron como central: *que la comunicación con el equipo de salud es importante*". (E5); uno de los entrevistados no contestó. Por total de sujetos contestaron 27padres.

TABLA 2: Aclaración de dudas de los profesionales.

Aclaración de dudas de los profesionales	Frecuencia absoluta	%
Facilito nuevos conocimientos	15	55
Generó Tranquilidad	12	45
Total de sujetos	27	100

Fuente: Auto-administrada por cuestionario o formulario online.

Comentarios: Algunos papás remarcaron que *“todas las dudas fueron respondidas con amabilidad”* (E9). Por total de sujetos, contestaron 27 padres.

TABLA 3: Información recibida:

Información recibida	Frecuencia absoluta	%
Estado de salud	24	19
Tratamiento	22	18
Control y cuidado	22	18
Higiene, cambio de pañales y alimentación	20	16
Derecho a permanecer junto a su hijo	14	11
Inscripción de su hijo en el registro civil	11	9
Licencia por maternidad	7	6
Talleres que se dictan en las instituciones.	5	5
Total, de respuestas	125	100

Fuente: Auto-administrada por cuestionario o formulario online. Por total de respuestas fueron 125 las mismas.

TABLA 4: Permanencia del padre en la institución:

Permanencia del padre en la institución	Frecuencia Absoluta	%
Estricta	16	70
Irrestringida	7	30
Total de sujetos	23	100

Fuente: Auto-administrada por cuestionario o formulario online. En esta Tabla 5 no contestaron. Por total de sujetos, contestaron 23 padres.

TABLA 5: Barreras relacionadas con los prejuicios

Barreras relacionadas con los prejuicios	Frecuencia Absoluta	%
Consideran al padre como riesgo de infección	8	40
Ven al padre como controlador y vigilante	6	30
Consideran al padre como una visita	4	20
Excluyen al padre de los cuidados	2	10
Total de respuestas	20	100

Fuente: Auto-administrada por cuestionario o formulario online.

Comentario: por total de sujetos, contestaron 20 padres.

TABLA 6: Respuestas de parte de los profesionales

Respuesta de parte de los profesionales	Frecuencia Absoluta	%
Claras	16	42
Con información suficiente	8	21
Difícil de entender	5	13
Contradictorias entre los diferentes profesionales	3	8
Oportunas	3	8
Evasivas	3	8
Total de respuesta	38	100

Fuente: Autoadministrada por cuestionario o formulario on line.

Comentarios: Por total de respuestas, fueron 38 las mismas

TABLA 7: Inclusión en las actividades de la rutina diaria de los profesionales.

Inclusión en las actividades de la rutina diaria de los profesionales	Frecuencia Absoluta	%
Se les solicitó que se retiren de la sala	15	78
Visita Acotada	2	11
Se los invita a participar	2	11
Total de sujetos	19	100

Fuente: Autoadministrada por cuestionario o formulario on line.

Comentario: por total de sujetos, 19 contestaron. Algunos padres, se explayaron destacando cuestiones que tienen que ver con sus percepciones y sentimientos:

“tranquilidad por la atención de la enfermera”, “es invasivo pero necesario”, “no quiero que sufra”, “me impresiona algunos procedimientos el cual le produjo dolor a mi bebé”. (E13)

TABLA 8: Espacio físico y entorno.

Espacio físico y entorno (monitores, respiradores y otros elementos)	Frecuencia Absoluta	%
Interfiere (Obstáculos)	16	62
No interfiere (Son necesarios)	10	38
Total de sujetos	26	100

Fuente: Autoadministrada por cuestionario o formulario on line;

Comentario: por total de sujetos, contestaron 26 padres.

TABLA9: Facilitadores que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación en la ciudad de Córdoba en el periodo 2004-2019.

RESPUESTAS	SI		NO		TOTALES	
	F	%	F	%	F	%
FACILITADORES						
Comunicacionales	23	82	5	18	28	100
Institucionales	7	30	16	70	23	100
Total de respuestas	30	112	21	88	51	200

Fuente: Autoadministrada por cuestionario o formulario on line

TABLA10: Barreras que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación en la ciudad de Córdoba en el periodo 2004-2019.

RESPUESTAS BARRERAS	SI		NO		TOTALES	
	F	%	F	%	F	%
Relacionados con los prejuicios	6	21	22	79	28	100
Comunicacionales	1	3	27	97	28	100
Institucionales	17	85	3	15	28	100
Total de respuesta	24	109	52	191	84	300

Fuente: Auto-administrada por formulario o cuestionario online.

CAPITULO IV
DISCUSIÓN- CONCLUSIONES
Y RECOMENDACIONES

CAPITULO IV

Discusión

A lo largo de los años, la paternidad se la ha considerado de una manera secundaria, en el cuidado del recién nacido, sin embargo, en la actualidad este rol ha cambiado y repercute en una mayor presencia de los papas, en los servicios de neonatología. La importancia de incentivar la paternidad activa, se fundamenta en la evidencia de su aspecto positivo en el desarrollo de los niños y niñas, además el involucramiento de ambos padres en el cuidado y la crianza es un derecho de hijos e hijas(Sarkadi et al., 2008).

Por lo tanto, el presente estudio, fue realizado teniendo como población a 28 padres varones, que tuvieron internados a sus niños, en los servicios de neonatología de la Ciudad de Córdoba, los cuales pertenecen parte al sector privado (un 90%).El grupo etario estuvo comprendido en su mayoría entre las edades de 32 a 37 años.

El conocer los facilitadores y barreras es de vital importancia para incentivar la paternidad activa ya que en la última década se revelaron nuevos resultados en relación al apego padre e hijo; de modo que el progenitor está más involucrado en las actividades de participación positiva con sus hijos, lo que afecta de manera significativa su relación, formando lazos estables y un apego seguro (Tenorio De Aguiar et al., 2009).

En cuanto a los facilitadores identificados para desarrollar el apego, se puede decir que los mismos no son entendidos únicamente como la contracara de las barreras, sino como todas aquellas cuestiones que ayudan a garantizar el cumplimiento del derecho.

Los facilitadores se clasifican en cinco grandes categorías que no son excluyentes: Facilitadores relacionados con el apoyo, sostén psicológico y emocional; facilitadores relacionados con la infraestructura, facilitadores comunicacionales, facilitadores institucionales y facilitadores relacionadas con las políticas de gobierno(UNICEF, 2011).

De las cinco categorías descriptas por UNICEF, solo se estudiaron dos: - los facilitadores comunicacionales y los institucionales. En base la ley Nacional (Ley N° 25.929, 2004) derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento, (especificada en el art.

4) en la que señala, que el padre y la madre de la persona recién nacida, en situación de riesgo tienen el derecho a recibir información comprensible, suficiente y continuada en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, por lo cual, la comunicación fluida con los padres, facilita el proceso y reduce la probabilidad de que ocurran problemas tanto en la internación como a futuro; los cuales según los valores obtenidos demostraron a la dimensión comunicacional como un facilitador.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede observar la variable facilitadores, en la dimensión comunicacional, en donde el 22% de los encuestados, consideró que la comunicación de los profesionales, para la escucha y el intercambio con el padre, fue excelente, el 30% muy buena y 33% buena; que la aclaración de dudas, sirvió para darles conocimiento en un 55%; y que recibieron información sobre el estado de salud, tratamiento, control y cuidado, e higiene y alimentación con un 70%.

En cuanto a la dimensión institucional, el indicador permanencia del padre en la institución; el 70% refirió que la misma fue estricta, por lo que actúa como una barrera. No obstante, las barreras destacadas, en base a los resultados obtenidos, la clasificación responde a la *formación y educación, barreras físicas, barreras relacionadas con los prejuicios, barreras culturales y barreras organizacionales*(UNICEF, 2011).

Con respecto a las barreras detalladas en el párrafo anterior, en el estudio solo se hace referencia a la dimensión “relacionada con los prejuicios”, cuyos indicadores son: considera a los padres como “riesgo de infección”, como “controlador y vigilante”, los “considera como visita” y los “excluye de los cuidados, siendo esto una barrera en la relación vincular.

Por otro lado, en esta investigación comparándola con la del UNICEF, lo que se identificó en la clasificación de barreras como institucional, no se presentan como tal, si se tiene en cuenta la taxonomía del UNICEF, ya que este último lo caracteriza como físico e institucional.

En relación a las barreras comunicacionales, no se consideró como tal, ya que fueron claras con información suficiente con un 63%, y con respecto a las institucionales, si se la identificó como una barrera, ya que el indicador de inclusión de las rutinas diarias de los profesionales, se les pide que se retiren de la sala con 78%, y en indicador espacio

físico y del entorno, interfiere como un obstáculo con un 62%. Cabe aclarar que un número importante de maternidades y hospitales, no cuentan con espacio físico para albergar a distintas familias.

Conclusión

Los vínculos estables, de apego con los cuidadores primarios, es lo que permite un sostén emocional integrado, permitiendo construir lazos emocionales entre todo el núcleo familiar. En consecuencia, la estabilidad y la previsibilidad en el vínculo con sus cuidadores, le permiten al niño construir una relación de apego seguro (Bowlby, 1989, como se citó en Armus et al., 2012).

No obstante, los recién nacidos a veces precisan ser hospitalizados y durante muchos años se ha restringido el acceso de las familias a las unidades hospitalarias de recién nacidos. Se pensaba que su entrada en la unidad y el contacto físico con los niños podía ser perjudicial, al aumentar el riesgo de infecciones. Además, se creía que los recién nacidos, sobre todo los prematuros, no tenían la capacidad de relacionarse o de recordar. Sin embargo, en los últimos años ha habido un cambio de actitud respecto al manejo de los niños que necesitan los cuidados especiales de las unidades neonatales.

Es por eso que el valor de esta investigación, radica en el aporte de conocimientos sobre la realidad desde el sujeto involucrado, y la contribución de manera significativa, referidas a la integración del padre, en el proceso de nacimiento y hospitalización de los hijos en el marco de la estrategia de MSCF, la cual supone el cumplimiento de la Ley Nacional N° 25.929 que especifica en el artículo 4, que el padre y madre, de la persona recién nacida en situación de riesgo, tiene derecho a tener acceso continuado, mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y de tomar decisiones relacionadas con su asistencia.

Cabe destacar que el ingreso y la participación del padre en la sala de internación, promueve el vínculo. De este modo, se interfiere lo menos posible en la relación madre/padre- hijo y se estimula el aprendizaje para la posterior dinámica familiar, y así involucrar a los padres en el cuidado del niño. La importancia de incentivar la paternidad activa, se fundamenta en la evidencia acerca de sus efectos positivos, en el desarrollo de los niños y niñas, así como involucramiento de ambos padres en el cuidado y la crianza siendo un derecho de hijas e hijos (Sarkadi et al., 2008).

De esta manera, se puede afirmar que la comunicación fluida con los padres, facilita todo el proceso y reduce la probabilidad de que ocurran problemas, tanto durante la internación como a futuro; el aporte de información de parte de los profesionales actúa como elemento esencial en la satisfacción de los padres respecto a la experiencia en la unidad hospitalaria. A su vez la participación de los mismos en el cuidado del RN hace que aumente su confianza, seguridad y autonomía en su papel como padres, facilitando la preparación para el alta hospitalaria.

No obstante, la permanencia de los padres y su participación activa, en ciertos cuidados que requiere el niño, son considerados como si fueran personal adicional, que en todo caso contribuyen con el monitoreo de la salud de los pacientes.

Por último, y a modo de cierre, en base a los resultados obtenidos, la dimensión "Comunicacional" se identificó como un "facilitador" sobresaliente. Además, con respecto a las barreras se destaca que sobresalió en primer lugar lo "Institucional," y en segundo la dimensión "Relacionada con los prejuicios". En síntesis lo comunicacional es considerado un facilitador central y lo institucional una barrera clave a trabajar.

Desde el lugar de la profesión de enfermería, el hecho de producir conocimiento significa un avance para la disciplina, en una formación continua y eficaz basándose, no solo en las vivencias y experiencias, sino en un saber científicamente fundamentado. Además, contribuye al abordaje integral del paciente y su familia con el fin de propiciar la adaptación y empoderamiento del padre al ingreso y durante la permanencia del neonato en el servicio, lo cual redundara en una mejora en la calidad de vida en la relación padre-hijo. A futuro, esta información aporta datos, como base para futuras investigaciones sobre la temática.

Recomendaciones

Se recomienda emplear estrategias para incrementar la participación del padre, ampliando la franja horaria, promoviendo el encuentro de la familia, fuera del horario de visita (por ejemplo, durante el amamantamiento).

Sugerir a las instituciones, la adhesión al programa MSCF, implementado acciones concretas que favorezcan y posibiliten el cumplimiento del mismo, adecuando las salas de internación, que provea un ambiente seguro y que le brinde privacidad, para que la nueva familia se conozca, y permanezcan juntos durante el proceso.

Fomentar habilidades de comunicación entre los padres y el personal de salud, por medio de entrevistas o encuestas, para reconocer el grado de satisfacción de los mismos; a su vez, realizar talleres sobre primeros auxilios; entrega de folletería acerca del cuidado pos alta entre otros; todo esto, creará un ambiente de calidez y confianza, para que los mismos puedan expresar sus sentimientos, inquietudes y dudas.

Por último, los profesionales de la salud, deben unificar criterios para llegar a un consenso y favorecer el diálogo y la confianza de los padres hacia el personal; por ejemplo, utilizando el trabajo en red, a fin de conocer qué o cómo realizan este abordaje de salud en otras instituciones; referenciando así, qué programas implementan o fomentan, para tener modelos a replicar, al momento de proponer e implementar acciones.

Referencias Bibliográficas

- Alizade, M. (2010). La Liberación de la Parentalidad en el siglo XXI. *Imago Agenda*, 140, 24-26.
- Armus, M., Duhalde, C., Oliver, M., & Woscoboinik, N. (2012). *Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); Fundación Kaleidos.
<https://www.guao.org/sites/default/files/biblioteca/Desarrollo%20emocional.pdf>
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. https://www.unicef.org/convencion_2.pdf
- Badinter, E. (1993). *XY, la identidad masculina*. Norma.
- Barrera, F., Moraga, F., Escobar, S., & Antilef, R. (2007). Participación de la madre y la familia en la atención del niño hospitalizado: Análisis histórico y visión de futuro. *Revista chilena de pediatría*, 78(1), 85-94. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062007000100012>
- Bohórquez Polo, C. G. (1999). Cuidado de enfermería al vinculo de apego a padres y recién nacidos hospitalizados en las unidades de cuidado neonatal. *Avances en Enfermería*, 17(1-2), 82-88.
- Cañas Lopera, E. M., & Rodríguez Holguín, Y. A. (2014). La experiencia del padre durante la hospitalización de su hijo recién nacido pretérmino extremo. *Aquichan*, 14(3), 336-350. <https://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.3.6>
- Casullo, M. M. (2005). El nombre del hijo. Paternidad, maternidad y competencias simbólicas. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 5, 53-62.
- Chattás, G. (2009). Cuidados del recién nacido con defectos de la pared abdominal. *Revista Enfermería Neonatal*, 2(6), 9-18.
- Dolto, F. (1998). *El niño y la familia. Desarrollo emocional y entorno familiar*. Paidós.
- El papel del padre en la lactancia materna. (2015, marzo 22). *La Liga de la Leche de Euskadi*. <https://laligadelaleche.eu/otros-es/el-papel-del-padre-en-la-lactancia-materna/>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2011). *Derechos de los recién nacidos prematuros. Derecho 9: Que sus familias los acompañen todo el tiempo*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
<http://semanadelprematuro.org.ar/wp-content/uploads/2018/11/Prematuros-Guia-Derecho-9.pdf>

- Giddens, A. (2013). *The transformation of intimacy. Sexuality, love and eroticism in modern societies*. John Wiley & Sons.
- Gomes, G. C., & Erdmann, A. L. (2005). O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: Uma perspectiva para a sua humanização. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 26(1), 20.
- Gonçalves de Oliveira, B. R., & Collet, N. (1999). Criança hospitalizada: Percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(5), 95-102. <https://doi.org/10.1590/S0104-11691999000500012>
- Grupo de trabajo sobre Implementación de GPC. (2010). *Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico*. Ministerio de Ciencia e Innovación de España.
- Lamb, M. E. (1997). The development of father-infant relationships. En M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (3rd ed., pp. 104-120). John Wiley & Sons.
- Larguía, A. M., González, M. A., Solana, C., Basualdo, M. N., Di Pietrantonio, E., Bianculli, P., Ortiz, Z., Cuyul, A., & Esandi, M. E. (2012). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque Intercultural. Conceptualización e implementación del modelo* (2a ed.). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000238cnt-g08.mscf-enfoque-intercultural.pdf>
- Laurell, A. C. (1992). *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*. Fundación Friedrich Ebert.
- Ley N° 25.929. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 17 de septiembre de 2004.
- Lucassen, N., Tharner, A., Van Ijzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Volling, B. L., Verhulst, F. C., Lambregtse-Van den Berg, M. P., & Tiemeier, H. (2011). The association between paternal sensitivity and infant-father attachment security: A meta-analysis of three decades of research. *Journal of Family Psychology*, 25(6), 986-992. <https://doi.org/10.1037/a0025855>
- Maldonado-Durán, M., & Lecannelier, F. (2008). El padre en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(2), 145-154.
- Martins Castro, F., Johanson da Silva, L., Leite de Souza Ferreira Soares, R., Moreira Christoffel, M., & Conceição Rodrigues, E. D. (2015). El primer encuentro del padre con el bebé prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Index de Enfermería, 24(1-2), 31-34. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962015000100007>

- Meighan, M. (2011). Ramona T. Mercer: Adopción del rol materno-convertirse en madre. En M. R. Alligood & A. Marriner Tomey, *Modelos y teorías en enfermería* (7a ed., pp. 581-598). Elsevier. <https://www-elsevierelibrary-es/pdfreader/modelos-y-teoras-en-enfermera67894>
- Oiberman, A. (1998). *Padre-bebé: Inicios de una relación*. Editorial Universidad de La Plata.
- Rizzato Tronchin, D. M., & Tsunehiro, M. A. (2006). Cuidar e o conviver com o filho prematuro: A experiência do pai. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(1), 93-101. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000100013>
- Ruiz-Peláez, J. G., Charpak, N., & Cuervo, L. G. (2004). Kangaroo Mother Care, an example to follow from developing countries. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 329(7475), 1179-1181. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7475.1179>
- Sánchez Pinuaga, M. (1988). Asistencia orgonómica al parto. *Energía, Carácter y Sociedad*, 6(2), 223-238.
- Sánchez Pinuaga, M., & Serrano Hortelano, X. (1997). *Ecología infantil y maduración humana. En la senda de W. Reich*. Orgón. <https://maitepinuaga.es/wp-content/uploads/Libro-Ecologia-Infantil.pdf>
- Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F., & Bremberg, S. (2008). Fathers' involvement and children's developmental outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 97(2), 153-158. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00572.x>
- Silveira, A. O., & Angelo, M. (2006). Interaction experience for families who lives with their child's disease and hospitalization. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6), 893-900. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000600010>
- Silveira, A. O., Angelo, M., & Martins, S. R. (2008). Doença e hospitalização da criança: Identificando as habilidades da família. *Revista enfermagem UERJ*, 212-217.
- Sociedad Argentina de Pediatría. (1994). *Derechos del Niño Hospitalizado*.
- Stoleru, S. (1995). La parentificación y sus problemas. En S. Lebovici & F. Weil-Halpern, *La psicopatología del bebé* (pp. 92-111). Siglo XXI.
- Suárez-Delucchi, N., & Herrera, P. (2010). La relación del hombre con su primer(a) hijo(a) durante los primeros seis meses de vida: Experiencia vincular del padre. *Psykhe (Santiago)*, 19(2), 91-104. <https://doi.org/10.4067/S0718-22282010000200009>

- Tenorio De Aguiar, S., Santelices, M. P., & Pérez, J. C. (2009). Apego, sensibilidad paterna y patrón de interacción del padre con su primer bebé. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(1), 51-58.
- Valdés S., X. (2009). El lugar que habita el padre en Chile contemporáneo. Estudio de las representaciones sobre la paternidad en distintos grupos sociales. *Polis (Santiago)*, 8(23), 385-410.
- Vidal Blan, R., Adamuz Tomás, J., & Feliu Baute, P. (2009). Relación terapéutica: El pilar de la profesión enfermera. *Enfermería Global*, 17.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412009000300021&lng=es&nrm=iso&tlng=es

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Proyecto: “Facilitadores y barreras que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación en los servicios de Neonatología de la Ciudad de Córdoba, periodo 2004-2021.

Investigadores: Benedetti, Griselda Irene, Domínguez Analía Mabel, Guzmán Armonelli y Ortiz Ana Carolina.

Este estudio contribuye al conocimiento enfermero sobre los facilitadores y barreras que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación en distintos servicios de cuidados críticos de neonatología de la ciudad de Córdoba.

El procedimiento incluye: Responder la entrevista semi estructurada adjunta. Su participación es voluntaria, es decir, usted no está obligado a desarrollarlo. No recibirá ningún beneficio directo por el hecho de participar en este estudio, ya que los resultados tendrán interés científico. No obstante, en el caso de que los datos pudieran proporcionarle un potencial benéfico a la temática, le serán comunicados siempre con anterioridad, sino hubiere manifestado por escrito el deseo de no recibir este tipo de información. Los gastos serán responsabilidad total de las investigadoras del estudio y usted como participante del mismo, no tiene ninguna implicancia en este hecho.

Se garantiza la confiabilidad, esto quiere decir que se guardara en anonimato absoluto, la identidad de los informantes. Por ello, los resultados de este estudio se almacenarán en un archivo específico creado especialmente para tal fin, con las medidas de seguridad exigidas en la legislación vigente. Los resultados obtenidos podrán ser consultados por la fuente primaria (informantes) del estudio y serán publicados en un informe de investigación sin que consten datos de las personas que

colaboraron en el mismo. Con la firma de este instrumento, usted da su consentimiento, informado y escrito, para participar voluntariamente en este estudio.

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente acepto participar en esta investigación.

Firma del informante - Fecha

He explicado el estudio al informante firmante y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

Firma del Investigador Fecha

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

La siguiente entrevista tiene como finalidad obtener datos acerca de los facilitadores y barreras que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación en el servicio de Neonatología de la Ciudad de Córdoba en el periodo 2004-2021. A continuación, se presentan una serie de preguntas sobre aspectos relacionados a la temática, es anónimo y se manejará de forma discreta. Agradecemos su colaboración para llevar a cabo esta investigación.

Cedula n°:

Fecha: Nombre del investigador:

Edad del entrevistado: Tiempo de hospitalización del niño:

Preguntas

1) ¿Hace cuánto que fue papá?

2) ¿Cómo vivió usted el embarazo?

3) Su bebé nació por:

a) Parto normal

b) Cesárea

4) a) ¿Pudo estar en el parto? SI NO

b) Si estuvo presente en el parto ¿cómo fue su experiencia?

c) Si no pudo presenciar el parto, ¿Cuál fue la razón?

5) ¿Que sintió cuando se enteró que era necesario que su bebé se quedara internado?

6) ¿Ha tenido la posibilidad de compartir las vivencias con otros papás?

SI NO

Existen aspectos que facilitan la relación y vínculo con su hijo. A su criterio responda:

7) Marque con una cruz (x) sobre cuál de los siguientes aspectos recibió información:

a) Estado de salud de su hijo

b) Tratamiento

c) Higiene, cambio de pañales, alimentación

d) Licencia por paternidad

e) Controles y cuidados para el alta

f) Derecho a permanecer junto a su hijo durante la hospitalización

g) Inscripción de su hijo en el registro civil

h) Talleres para padres

i) Otras

¿Cuales?

8) ¿Que profesionales brindaron esa información?

9) ¿En que lo ayudó recibir esa información?

10) ¿Cómo considera la comunicación con el equipo de salud? Explique

11) ¿Cómo es su permanencia en la institución?

12) ¿Con que profesionales usted ha podido participar en el cuidado de su hijo?

13) ¿Considera que los aspectos mencionados en las preguntas anteriores facilitan la relación y vínculo con su hijo durante la hospitalización?

SI NO

¿Por qué?

14) Mencione otros aspectos que faciliten la relación y vínculo con su hijo

Es habitual también la presencia de obstáculos para el desarrollo de la relación y vínculo con

15) Marque con una cruz (x): cree que el personal que atiende a su hijo:

a) Lo ve a usted como alguien que controla y vigila sus tareas

b) Reconoce la importancia de su participación

c) Lo considera a usted como riesgo de infección para los pacientes

d) Lo excluye de los cuidados por su género (masculino) considerándolo poco importante

e) Tiene en cuenta los beneficios de que permanezca con su hijo

en la atención de su hijo

f) Respeta e incentiva su rol paterno

g) Lo consideran "visita", desconociendo su rol de padre

16) Marque con una cruz(x): Cuando solicita información al personal que atiende a su hijo

¿Cómo son las respuestas que recibe?:

a) Evasivas

b) Claras

c) Difíciles de entender

d) Con información suficiente

e) Contradictorias entre los distintos profesionales

f) Oportunas

g) Otras

¿Cuáles?

17) ¿Cómo considera que interviene el espacio físico y el entorno que rodea a su hijo (monitores, respiradores y otros elementos) para establecer la relación y vínculo con su hijo?

18) ¿Qué sucede cuando el personal realiza actividades específicas como colocar vías, sondas, cambios de guardia, limpieza, etc.?

19) ¿Considera que los aspectos mencionados en las preguntas anteriores dificultan la relación y vínculo con su hijo durante la hospitalización?

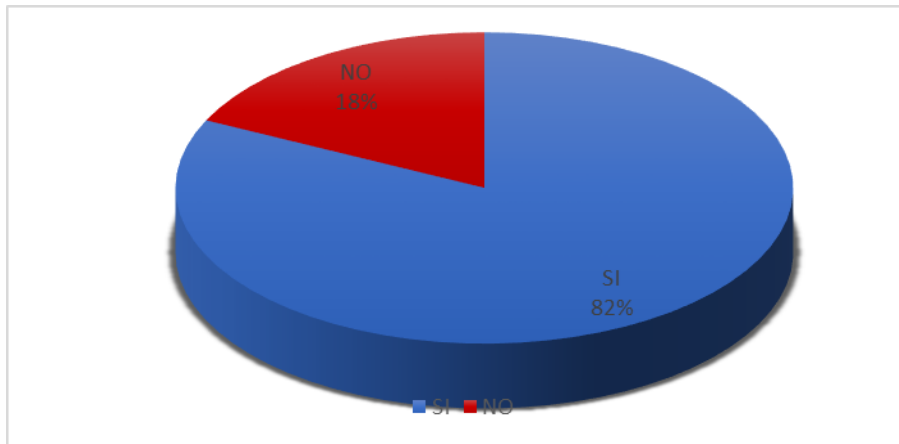
SI NO

¿Por qué?

20) Mencione otros obstáculos que dificulten la relación y vínculo con su hijo

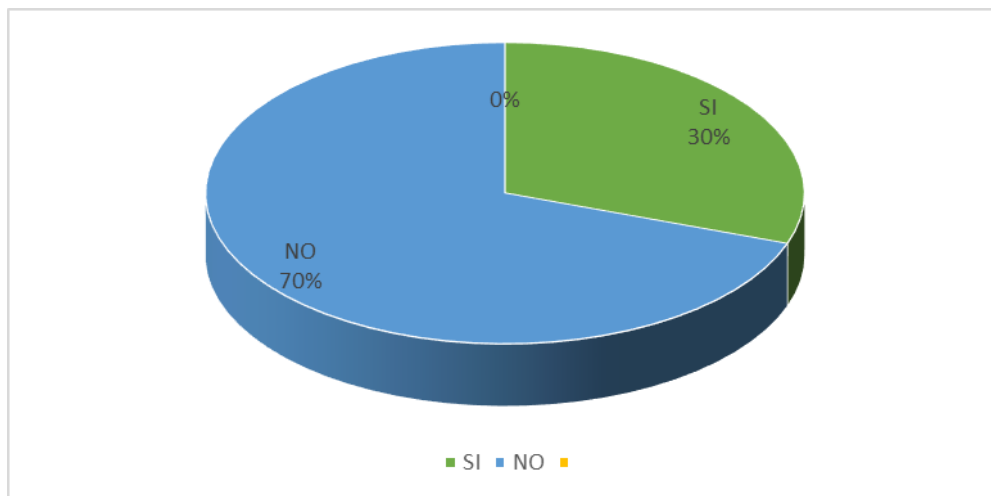
Anexo 3: Detalle estadístico Indicadores

Facilitadores comunicacionales que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación, en la Ciudad de Córdoba, periodo 2004-2021.



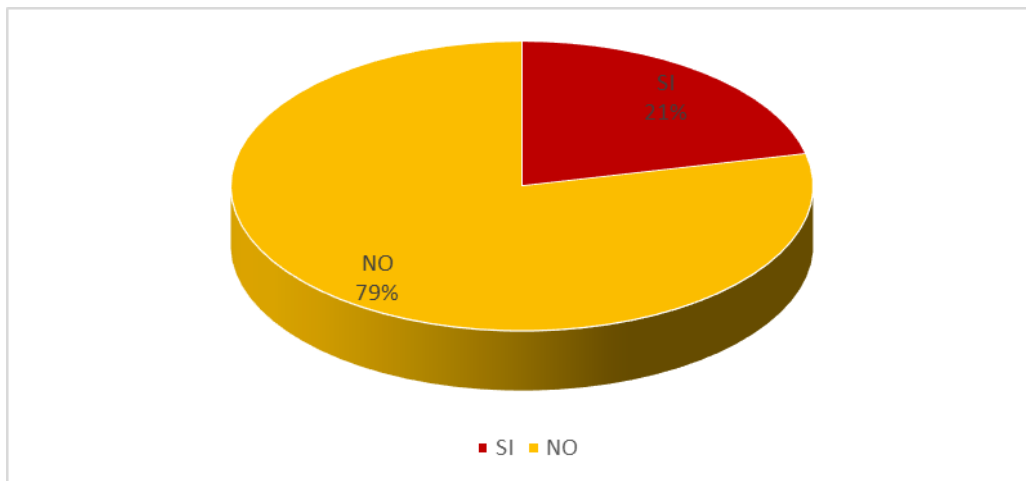
Fuente: Tabla 9

Facilitadores Institucionales que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación, en la Ciudad de Córdoba, periodo 2004-2021.



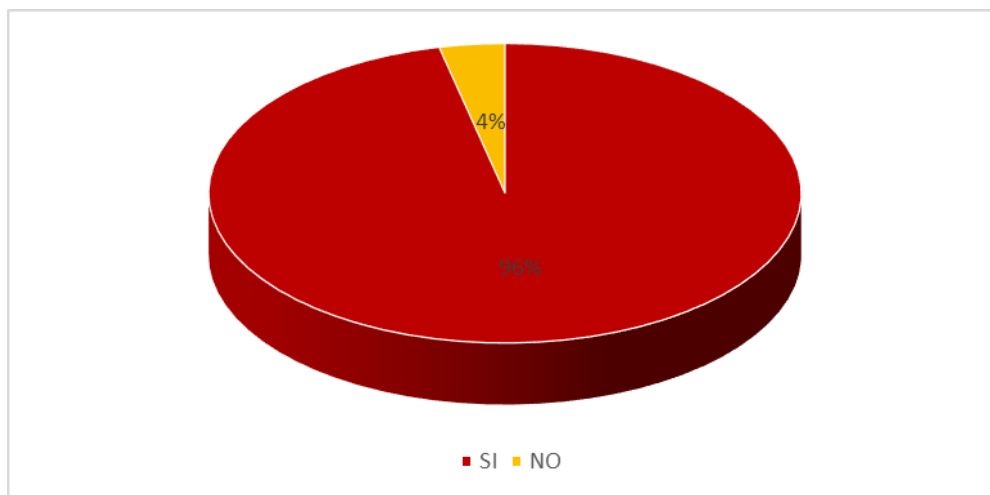
Fuente: Tabla 9

Barreras con relación a los prejuicios que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación, en la Ciudad de Córdoba, periodo 2004-2021.



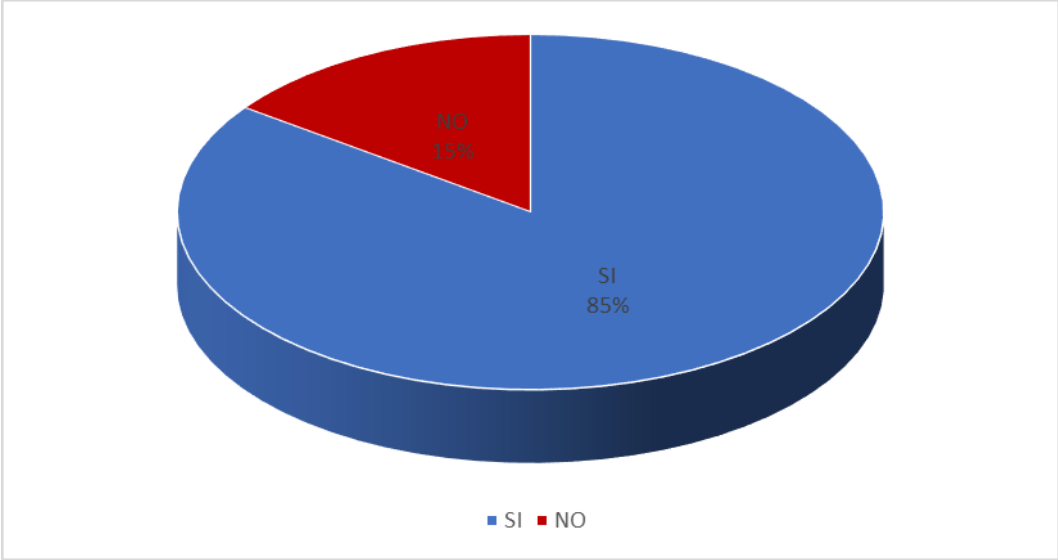
Fuente: Tabla 10

Barreras Comunicacionales que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación, en la Ciudad de Córdoba, periodo 2004-2021.



Fuente: Tabla 10

Barreras Institucionales que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación, en la Ciudad de Córdoba, periodo 2004-2021.



Fuente: Tabla 10