

Universidad de Costa Rica
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

Trabajo final de Graduación en la modalidad de
Tesis de grado, para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería

Título:

Vivencias de padres con hijos o hijas que nacieron pretérmino y estuvieron hospitalizados en el Servicio de Neonatología de un Hospital Público Costarricense, 2018

Directora de Tesis:

MSc. Rocío Barrientos Monge

Elaborado por:

Elizabeth Law Espinoza

B23607

Sede Rodrigo Facio Brenes

2019



ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **30 de setiembre 2019**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Elizabeth Adriana Law Espinoza**, carné **B23607**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Tesis**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Rocío Barrientos Monge, Directora
María Felicia Arguedas Olsen, Lectora
Mary Meza Benavides, Lectora
Lizbeth Arce Elizondo, Quinto miembro
Olga Sánchez Charpentier, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Elizabeth Adriana Law Espinoza** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El (la) Postulante **Elizabeth Adriana Law Espinoza**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“Vivencias de padres con hijos o hijas que nacieron pretérmino y estuvieron hospitalizados en el servicio de neonatología de un hospital público costarricense”**

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.



Pág.2 de 2

ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN
30 de setiembre 2019

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

Aprobado

ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **dieciocho** horas.

Rocío Barrientos Monge
Maria Felicia Arguedas Olsen
Mary Meza Benavides
Lizbeth Arce Elizondo
Olga Sánchez Charpentier
Postulante

Rocío Barrientos Monge, Directora
María Felicia Arguedas Olsen, Lectora
Mary Meza Benavides, Lectora
Lizbeth Arce Elizondo, Quinto miembro
Olga Sánchez Charpentier, Preside
Postulante

Cc Oficina de Registro
Expediente
Postulante



Agradecimientos

Agradezco a las personas participantes de este proyecto, quienes amablemente compartieron su historia de amor, lucha, esfuerzo y dedicación. También agradezco a las profesoras involucradas para mejorar el proceso investigativo, especialmente a la M.Sc. Rocío Barrientos Monge; quien me ha acompañado en mi formación académica y ha creído todo este tiempo en mí.

A mi familia y seres amados quienes me han apoyado.

Tabla de contenido

1. Capítulo I: Introducción	1
2. Justificación	4
3. Problema	9
4. Tema:	9
5. Objetivos	9
5.1 Objetivo general	9
5.2 Objetivos específicos	9
6. Antecedentes Internacionales	10
7. Antecedentes Nacionales	13
8. Capítulo II: Marco Teórico	15
8.1 Teoría de sistemas. Imogene King (1984).	15
8.1.1 Teorías de Construcción de las masculinidades	20
9. Marco Referencial	27
9.1 Modelo de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	27
9.2 Nuevas Masculinidades: Discursos y prácticas de resistencia al patriarcado	32
9.3 Actitudes masculinas hacia la paternidad: entre las contradicciones del mandato y el involucramiento	34
Proveeduría vrs. Crianza en la función paterna	37
10 Capítulo III: Marco Metodológico	46
10.1 Fase preparativa	46
10.2 Fase de trabajo de campo	51
10.3 Fase Analítica	54
10.4 Fase informativa	60
12. Capítulo V Presentación y Análisis de los resultados	65
12.1 Datos sociodemográficos	65
12.2 Sistema personal	66
12.2.1 Percepción	69

12.2.2 Concepto del yo.....	81
12.2.3 Crecimiento y desarrollo	84
12.3 Sistema interpersonal.....	90
12.3.1 Comunicación.....	90
12.3.2 Concepto de Transacción	97
12.3.3 Concepto de rol	106
12.4 Sistema Social.....	111
12.4.1 Concepto de Organización.....	112
12.4.2 Concepto toma de decisiones	117
13. Conclusiones	123
14. Recomendaciones.....	125
15. Limitaciones.....	126
16. Referencias	127
17. Anexos.....	132

1. Capítulo I: Introducción

Un bebé se considera a término, cuando el parto se produce entre las 37 y 42 semanas de gestación, y prematuro o pretérmino cuando nace antes de las 37 semanas, según Gómez (2015), los niños con estas condiciones se encuentran inmaduros y pueden presentar diferentes complicaciones, por lo que requieren de cuidados especiales; lo cuales se brindan en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, aquí se aportan los cuidados esenciales al recién nacido para que logren salir de la crisis y/o tengan la madurez necesaria para que puedan sobrevivir de manera independiente con los cuidados que su familia le puedan brindar.

Además, afirman Hynam y Hall (2015), que el entorno y las situaciones que se viven en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN), por el recién nacido y los familiares, son potencialmente traumáticas para estos actores; también, el personal de salud intenta evitar el “síndrome de burnout” y se preocupan y atienden a los padres que se encuentran angustiados. Por lo que, los autores Hynam y Hall (2015), concuerdan que el distrés acompaña a todas las personas en las UCIN.

Para la atención de las familias en las UCIN, existe en Europa la Fundación Europea para el Cuidado de los Infantes Recién Nacidos, EFCNI por sus siglas en inglés; la cual, pretende representar los intereses de los niños y las niñas recién nacidos y sus familiares, a través de la colaboración de diferentes expertos del área de la salud y otras profesiones.

Esta organización, EFCNI, también participa en la creación de políticas y derechos fundamentales (con la ayuda de miembros del parlamento europeo) e implementa diferentes actividades que tengan como meta mejorar, a largo plazo, la salud de los neonatos.

Según la propuesta de EFCNI, el rol de los padres tiene variantes de suma importancia para su consideración, deben volver al trabajo después de las visitas, la condición de postparto de su esposa también les preocupa o también deben velar por otras personas que se encuentran en la casa; todos estos determinantes tienen su peso en el estado emocional del progenitor, en especial el estado de salud de su bebé. Por ello, es importante integrarlos en el cuidado de recién nacido dentro de la UCIN, para mejorar y establecer un vínculo afectivo con el menor; se puede potencializar con

el cambio de pañales, bañarlos o dejarlos que proporcionen contacto piel con piel hacia el menor.

La organización europea para el cuidado del infante neonatal, añade que es muy importante conocer las necesidades y preocupaciones del padre y que se debe ver como un miembro vulnerable de la familia.

Las necesidades de los padres, en estas situaciones, son invisibilizadas en la mayor parte de los casos; además, sus vivencias se describen brevemente en los estudios que existen sobre la familia en las unidades neonatales. Los autores Jiménez, Loscertales, Martínez, Merced, Lanzarote, Macías y Nieto (2003), mencionan que la madre es a quien más le afecta la situación de salud del menor y es quien, culturalmente, está a cargo de los cuidados principales del bebé; por lo que el padre es un actor secundario en muchos de los casos y se le ha restado importancia en las investigaciones relacionadas.

Sin embargo, Craig, Glick, Hall, Smith, y Browne, (2015), proponen un modelo de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales; el cual pretende que se dé la participación activa para padres, madres y familiares relacionados con el cuidado directo del niño o la niña mientras se encuentran hospitalizados.

Por lo tanto, en esta investigación se pretende conocer cuál es la dinámica que perciben los hombres en centros hospitalarios; además, de describir cuales son las vivencias que experimentan durante la etapa de hospitalización.

Esta información se recolectó por medio de entrevistas a profundidad a hombres que son padres de hijos o hijas prematuros, que estuvieron hospitalizados en el servicio de neonatología de un hospital público costarricense. El análisis de los datos se realizó desde el marco interpretativo de la fenomenología, por medio de la triangulación teórica de la información recolectada.

La investigación se desarrolló durante el año 2018. La población se captó por medio del grupo “Bebés Prematuros CR”, es una página que está en la red social Facebook. Brinda un espacio para compartir experiencias como padres de bebés prematuros en Costa Rica. Su fundadora, Viviana Fernández madre de un bebé prematuro, menciona que el objetivo es poder apoyar mutuamente entre madres y

padres, y en especial poder ayudar a los niños prematuros a salir adelante en su lucha diaria.

Actualmente se encuentra en proceso de iniciar funciones la Fundación para padres de niños prematuros Costa Rica; esta institución tendría como objeto, inicialmente, brindar apoyo emocional y psicológico a los padres y madres de niños hospitalizados. Oportunamente, la Sra. Fernández, contempla la creación de un albergue para madres y padres de escasos recursos que viven en áreas rurales, que tengan a su hijo o hija recién nacido hospitalizados.

Los participantes respondieron a la solicitud voluntariamente y se le citó a una entrevista inicial en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica; durante las sesiones que se programaron, según el desarrollo de las reuniones y la saturación de la información, se contó con la presencia de una enfermera profesional en caso de que se presenten situaciones en el que la persona necesite apoyo emocional.

La triangulación de la información se realizó con el modelo teórico de Imogene King (1984), que establece la interrelación de los sistemas personal, interpersonal y social; además, explica cada uno de sus componentes individuales, cómo se desarrollan y su función dentro del sistema. Además, se utilizaron otras teorías complementarias como la teoría familiar sistémica y las teorías sobre las nuevas masculinidades.

Posterior a las unidades de análisis, determinadas por King (1984), cada una de ellas se correlaciona con el marco referencial sobre modelos familiares como el propuesto por Rondón (2011), masculinidades, nuevas masculinidades, modelo de atención de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, propuesto por Craig et. al (2015), como unidades de cuidados del desarrollo centrado en la Familia.

2. Justificación

En el 2015, el INEC (2016), reporta que nacieron 71819 bebés en dicho año, de los cuales 5310 pesaron al nacer menos de 2500 gramos y del total de nacimientos 1441 se dieron antes de los 9 meses. En Costa Rica, según datos del INEC (2016), en el 2014 hubo un total de 71793 bebés prematuros, de ellos 5241 pesaron al nacer menos de 2500 gramos, del mismo total de recién nacidos 1810 nacieron antes de los 9 meses, por lo que la tasa de nacimientos de niños y niñas prematuros es de 25,2 por cada mil nacimientos.

Ante el nacimiento de un bebé prematuro, la dinámica de la familia se modifica y el sistema familiar se ve alterado, según Jiménez et al. (2003), se comprobó que dependiendo del estado clínico del niño así se afectará el estado de ánimo parental; asimismo, se correlaciona al patrón anímico de la familia, las situaciones de embarazo y parto.

Agregan los autores Jiménez et al. (2003), que el padre presenta una situación que es otro factor importante en el cambio dentro del sistema familiar, debido a que él es la primera persona que recibe información del bebé después del parto y que el impacto que esto provoca puede marcar su percepción sobre el estado general de su hijo, esto por una parte., los autores anteriores afirman, que las madres en el postparto inmediato, generalmente siguen bajo la influencia de la anestesia por la cesárea; ya que los bebés prematuros nacen bajo esta modalidad.

Por otro lado, Jiménez et al. (2003) mencionan que es a la madre a la que más le afecta las variables de la evolución clínica del recién nacido en los primeros días; más no contemplan las percepciones de los padres frente a la evolución del bebé.

Los padres, tienen que enfrentar el hecho de que sus expectativas cambian, ya que en casos en los que el embarazo se llevara a término, el bebé sería presentado al padre por la madre, en las situaciones en las que el niño o la niña es prematuro, será presentado al padre por el equipo de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos, por Acosta y Cabrera (2016).

De igual manera, los autores Acosta y Cabrera (2016), comentan que la familia se sumerge en un mundo complejo, ajeno, estresante y a veces es desalentador, las barreras que se presentan en la unidad de neonatología, que impiden a los padres

expresar afecto mediante el tacto disminuye la capacidad de adaptación del padre.

Durante los primeros días o meses, la madre y el padre, según Acosta y Cabrera (2016), solo pudieron observar a sus hijos a través de un vidrio, les pudo provocar un duelo anticipado, pero si el niño empezaba a mejorar y posteriormente salía de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), se observó que el proceso de apego y el vínculo materno infantil se presentó alterado.

Los padres presentan algunos otros temores, como el temor de la pérdida del empleo por la hospitalización prolongada del recién nacido, Acosta y Cabrera, (2016), comentan que además existe la preocupación que se encuentren bien los demás hijos que se encuentran en casa.

Asimismo, agregan que la intervención de enfermería en la familia debe ir paralela al cuidado del niño o la niña, debido a todas las emociones que albergan a los padres, una intervención eficaz disminuye el estrés, la depresión materna y se educa a los padres para el cuidado del recién nacido en el hogar y su estimulación temprana, así como otros beneficios al bebé.

El establecimiento temprano del vínculo del menor con sus padres ayuda a mejorar el rendimiento cognoscitivo y en general, la evolución del neonato, ya que el futuro del bebé va a depender en gran medida, de la relación que establezca con la familia, afirma Atehortúa (2005).

Pero la estimulación temprana debe ir guiada por el profesional de enfermería, menciona Atehortúa (2005), ya que la estimulación fluctuante a destiempo y la hiperestimulación, son igual de perjudiciales como la hipoestimulación, por lo que los estímulos deben presentarse en cantidad, calidad y momento adecuado.

Además, Craig et al. (2015) mencionan que múltiples estudios asocian al estrés que sufre el infante en la Unidad de Cuidados Intensivos con cambios en la arquitectura cerebral; debido a los estresores de la unidad se produce una alteración en diversas regiones del encéfalo ya sean estructurales (que se detectan por medio

de una resonancia magnética) y funcionales que se expresan como anomalías en el comportamiento motor durante la valoración neurológica.

Sin embargo, cuando la familia es informada sobre cómo reconocer las señales conductuales, sociales y físicas de sus bebés; ellos logran promover el crecimiento y desarrollo del recién nacido, lo cual se comprueba por medio de estudios mencionados por Craig et al. (2015) en la que realizan resonancias magnéticas para medir el progreso del bebé que estuvieron en la UCIN.

Por otra parte, la paternidad no siempre es ejercida como se espera, tal como lo refleja el estudio de Menjivar (2002), por lo cual se encuentran a muchas mujeres como únicas jefas de hogar. Por lo que se analiza el papel del padre frente a la experiencia de cuidado de sus hijos o hijas.

Este trabajo pretende describir desde un acercamiento fenomenológico, las vivencias de los padres frente al proceso de hospitalización del recién nacido prematuro, que atravesaron las situaciones antes descritas y que además pudieron haberse sentido excluidos y con poca relevancia para el cuidado del bebé, como lo demuestra Gallegos-Martínez (2013), porque la mayor importancia se le da a la madre debido a su papel de productora de alimento, que es esencial para el recién nacido.

A pesar de que existe literatura sobre las percepciones y la significancia que le dan los padres a la hospitalización de su hijo en la UCIN, no existe información clara, específica, actualizada y contextualizada, para la vivencia del padre en tales situaciones.

En la evidencia científica consultada, las necesidades, vivencias y estado emocional, con respecto al proceso de hospitalización de los padres, de los niños y las niñas prematuros, no están claramente identificadas debido a la poca información que existe en torno a este fenómeno. Tal y como lo establece Atehortúa (2005), el desarrollo del recién nacido depende en gran medida, del estado de salud mental en el que se encuentren su madre y padre.

Como se establece por todos los autores citados previamente, los padres y madres requieren de asistencia emocional durante y posterior a la hospitalización de

su hijo o hija; sin embargo, la realidad nacional en cuanto al apoyo que se les da depende de la unidad de cuidados y del personal que atiende a sus hijos.

No existen asociaciones de ayuda a los padres de niños o niñas en condición de prematuridad, que les brinden contención emocional durante el proceso. Se expone con este trabajo las vivencias y experiencias emocionales de la persona; asimismo, se indagó sobre el apoyo emocional recibido por parte del personal sanitario de los centros hospitalarios.

En cuanto al amparo legal y económico para los padres que deben dejar de trabajar durante la hospitalización de sus hijos o hijas, la legislación costarricense es inespecífica, para los casos de los padres de los niños y niñas prematuros, ya que no se les toma en cuenta dentro de la Ley 9470 “Ley para garantizar el interés superior del niño, la niña y el adolescente en el cuidado de la persona menor de edad gravemente enferma”.

En la norma de la ley, se le reconoce a la persona que sea cuidadora principal del menor de edad y que sea persona asalariada, una licencia y subsidio mientras el niño o la niña se encuentre dependiendo de la participación activa en el cuidado del tutor legal.

En dicha ley, existe un vacío legal, ya que no menciona si el menor de edad gravemente enfermo debe encontrarse hospitalizado o recibiendo cuidados en su hogar. Pero en la misma ley, menciona que los menores de edad gravemente enfermos son aquellos que:

Sufren una enfermedad con efectos significativos en su salud, la cual pone al paciente en riesgo de muerte, cuyo tratamiento, a criterio del médico tratante, requiere del concurso de los progenitores que ejercen la patria potestad, el tutor, el curador, el representante legal o, en ausencia de estos, el familiar más cercano del enfermo para su cuidado.
(Normativa. Ley No. 9470)

En el artículo 13 de la Ley No. 9470, en el inciso “C” menciona uno de los hechos necesarios para poder gozar de este derecho y deja a la subjetividad del médico tratante lo que considere como “esencial” o “indispensable” la participación en el cuidado del responsable del niño o niña:

c) Que el médico tratante, del sector público, sea especialista y que extienda un certificado médico, indicando la recomendación de la licencia, en el sentido de que la presencia de la persona asegurada activa es indispensable o esencial para el tratamiento requerido por el paciente enfermo, lo cual justifica dicho otorgamiento de forma tal que, atendiendo el interés superior de la persona menor, debe ser atendido por la persona asegurada activa (Normativa. Ley No. 9470).

Además, aparte de que no existen licencias para los padres de niños o niñas prematuros, como se menciona anteriormente, tampoco existen licencias de paternidad por nacimiento de un hijo o hija en comparación a las madres. Por lo cual, se puede estimar que el vínculo de los primeros días de nacido, será más estrecho con la madre que con el padre.

Este trabajo pertenece al área de estudio de cuidado de enfermería y a la línea de investigación de gestión del cuidado; lo anterior, según las áreas y líneas de investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.

Por lo tanto, según lo expuesto anteriormente, se plantea el siguiente problema de investigación, tema, objetivo general y específicos.

3. Problema

¿Cuál es la vivencia de los padres, con un hijo o hija prematuro, que estuvo hospitalizado en el Servicio de Neonatología de un hospital público costarricense?

4. Tema:

Vivencias de padres con hijos o hijas que fueron prematuros hospitalizados en el Servicio de Neonatología de un hospital público costarricense.

5. Objetivos

5.1 Objetivo general

Analizar las vivencias de los padres de niños o niñas prematuros que estuvieron hospitalizados en el servicio de neonatología.

5.2 Objetivos específicos

- Describir sociodemográficamente a los padres de los niños o las niñas prematuros que estuvieron hospitalizados en el servicio de neonatología.
- Identificar la experiencia del cuidado del padre durante el proceso de internamiento del niño o la niña.
- Identificar experiencias del padre con el personal de salud a cargo del cuidado del niño o la niña.
- Identificar las experiencias cognitivas y afectivas del padre durante el proceso de hospitalización de su hijo o hija.

6. Antecedentes Internacionales

Según Jiménez et al. (2003), en su artículo "*Padres de Recién Nacidos ingresados en la UCIN, Impacto Emocional y Familiar*" determinan que existe un fuerte impacto emocional en los padres de los recién nacidos que ingresan a los servicios de cuidados intensivos neonatales; asimismo, afirman que la afectación principal se da a nivel del sistema parental y no a cada miembro de la pareja por separado. Los autores además mencionan que a las madres les afecta mucho más la evolución clínica de los primeros días de hospitalización y por ende en el postparto de su bebé.

Finalizan, Jiménez et al. (2003), con recomendaciones de intervención emocional, el apoyo psicológico a la familia en el momento de ingreso al servicio mejoraría la aceptación y comprensión del niño o la niña, también impedirían el deterioro del vínculo lo cual minimizaría las secuelas que pueda presentar en un futuro.

Atehortúa (2005), se centra en los beneficios que recibe el recién nacido cuando se establece el vínculo familiar adecuado en su período temprano después del nacimiento, a pesar de que se encuentre internado; el escrito: "*La estimulación temprana del neonato hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*" no deja de lado el componente psicosocial de los padres; sin embargo, lo establece como un elemento de abordaje esencial para que se fortalezca el entorno emocional en el que se va a desarrollar el niño o la niña. Lo cual, coloca de manera prioritaria las necesidades del bebé, dejando de lado la visión integral que se debe dar a los cuidadores principales.

Según Atehortúa (2005), el bebé prematuro se encuentra en un alto riesgo de muerte y su condición tiene efectos significativos para la salud; sin embargo, no se considera a la prematuridad del recién nacido como una enfermedad como tal, ya que su el término prematuridad no está definido como un proceso patológico sino por una condición en el que el embarazo no pudo llevarse a término.

Si bien las necesidades de estimulación temprana en un neonato prematuro, no deben ser nulas o excesivas, como lo menciona Atehortúa (2005), los estímulos deben estar presentes de manera equilibrada según su etapa de crecimiento y

desarrollo.

En cuanto a la percepción de la participación de los padres y madres de los recién nacidos prematuros en las UCIN, Gallegos-Martínez, J. (2013) establece en su investigación realizada en México, *“El neonato prematuro hospitalizado: significado para los padres de su participación de la Unidad Neonatal”*, que ellos perciben que su participación en el cuidado de su hijo o hija es escasa, pero esto no es algo que perciban como un aspecto negativo sino como un proceso de exclusión normalizado que es parte del internamiento de su hijo.

Por un lado, Gallegos-Martínez (2013), sugiere que por desconocimiento los padres no se consideran como agentes de autocuidado para su hijo o hija, ni tampoco como participantes en la toma de decisiones concernientes a su bebé prematuro.

Por otro lado, esta autora comenta que los hombres se sienten más excluidos en relación a la mujer, ya que la intervención se centra más en la madre y de la importancia que ella tiene por la nutrición que aporta al bebé por la lactancia materna; además, no se toman en cuenta para incapacidades por paternidad, para que así puedan participar más activamente en las visitas al hospital o en el cuidado en el hogar de su pareja y/o niño o niña.

Alvarado, Martínez y Sánchez (2013) comentan, que desde lo psicopedagógico, los neonatos y prematuros en alto riesgo, entre un 20 y 40% de los bebés, pueden padecer trastornos cognitivos, motores, visuales, del lenguaje, conducta o retraso mental.

El padre o la madre son indispensables en la estimulación temprana del neonato para evitar o tratar la estructuración de una secuela, como las mencionadas, y aprovechar la plasticidad cerebral del menor antes de que se instalen, comentan Alvarado et al. (2013); por lo cual la atención se debe brindar lo más pronto posible y requiere de la participación activa de los progenitores.

Acosta y Cabrera (2016), en su revisión bibliográfica para describir la *“Percepción de padres de hijos prematuros frente a la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivo Neonatal: Estudio de Revisión Documental”*, al igual que los autores anteriores, estas autoras mencionan que existe una gran conmoción emocional durante internamiento del menor, generando estrés e inseguridad del

sistema del núcleo familiar.

Añaden, Acosta y Cabrera (2016), que el ambiente físico de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) por los procedimientos que requiere el neonato y su estado de vulnerabilidad percibida, son los principales factores que alteran al sistema mencionado previamente. Concluyen que aumenta la percepción de sentimiento y necesidad de apoyo de los padres, por lo que se deben facilitar la contención emocional requerida, esto por una parte; por otra parte, agregan que los servicios deben estar orientados a dar atención emocional familiar y no solo se debe centrar en lo biológico.

En investigaciones recientes por Altenburger, Schoppe y Kamp (2018), encontraron que los padres de niños o niñas de 9 meses, no han logrado desempeñar tan bien su rol paterno, sí durante los primeros 6 meses de edad del recién nacido fueron criticadas sus habilidades paternas; en especial si fue por el sentido sobreprotector de la pareja y madre del bebé.

Altenburger et al. (2018), mencionan que estas críticas pueden ir de manera implícita, como gestos o miradas de angustia cuando el padre realiza una tarea con su hijo o hija; también de manera directa, con comentarios como “usted no lo puede hacer, mejor déjemelo a mí”. Tales comentarios y actitudes pueden ser mostradas por las madres, sin que ellas comprendan la influencia negativa que puede tener hacia el padre.

Este comportamiento de la madre moldea la interacción del padre con su bebé, aseguran Altenburger et al. (2018), lo que puede generar un alejamiento, un menor positivismo y desensibilización del padre al niño o niña una mala crianza.

Una teoría, manejada por Altenburger et al. (2018), es que las madres pueden cerrarse a la realización de tareas por los padres porque pueden mostrar evidencia de malas destrezas para el cuidado y crianza. Sin embargo, en este estudio, un mal desempeño desde los 3 meses no estaba relacionada con el “cierre de la puerta materna” (gate closing) a los 9 meses, lo que se esperaría si esta teoría fuera correcta.

Una de las conclusiones de Altenburger et al. (2018), fue que en la sociedad occidental, las madres se siguen considerando las cuidadoras principales de los bebés y que ellas son las que tienen el poder de determinar el nivel de involucramiento de

otras personas en el cuidado del niño.

7. Antecedentes Nacionales

El enfermero y enfermeras Cruz, Cruz, y Rojas (2012), en su tesis para optar el grado de licenciatura, concluyen que el embarazo en las familias provoca una crisis de la dinámica de vida; una de las razones es el cambio económico que representa y el significado que le dan al rol de proveedor como parte fundamental del cuidado paterno.

Estos autores también mencionan sobre la escases de conocimiento del padre y falsas creencias sobre el cuidado que se debe brindar a la pareja y al recién nacido en este período; pero sobresale la transición desde la perspectiva de género sobre la paternidad, pues se evidencia que las tareas del hogar y el cuidado de los hijos o hijas, así como las expresiones afectivas, es algo que le compete al padre en el mismo grado que a la madre.

De acuerdo con Cruz et al. (2012), los padres se consideran entes externos al proceso de parto y puerperio inmediato, por el constructo social sobre cómo debe responder el padre ante el embarazo y que la atención de que se brinda por parte del equipo de salud hacia la expresión de sentimientos e inquietudes, están dirigidos a la madre y al recién nacido.

El apego paterno se percibió como fortalecido por los padres, en los casos en que pudieron participar en el parto, en la contención emocional a la madre y durante la gestación, según mencionan Cruz et al. (2012).

Por último, Cruz et al. (2012) concluyen que existe una gran necesidad por los enfermeros y enfermeras de que se sensibilicen e implementen en su quehacer el concepto de familia gestante.

La autora Da Luz (2017), en su trabajo final de graduación del posgrado de Enfermería Pediátrica con énfasis en Neonatología de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, establece que desde la misma visión de enfermería, la relación entre los papás, el recién nacido y el personal de salud, es superficial y que se establece un mínimo contacto de piel a piel con el bebé; además, la educación se imparte en los servicios si los familiares preguntan sobre la condición de salud del

recién nacido; y para conocer, por parte de los padres, la razón del tratamiento administrado, deben preguntar a un profesional de salud y generalmente reciben información con vocabulario muy técnico.

Asimismo, Da Luz (2017), al utilizar la perspectiva del profesional de enfermería deja de lado las situaciones que pueden estar implicando en la falta de involucramiento de los padres. En los resultados, ella resalta la opinión de una de las enfermeras, en la que comenta que el apoyo debe ir principalmente hacia las madres; debido a que son ellas las que están con los menores las 24 horas.

Además, esta misma autora señala que las enfermeras reconocen que aunque el padre esté presente, ellas se enfocan más en la atención a la madre por una inclinación subjetiva de relación empática hacia la figura materna.

Las investigaciones consultadas, tanto nacionales como internacionales, benefician a este trabajo; ya que brindan un marco que permite guiar la reflexión de los datos recabados y contextualizan la realidad de este y otros países.

8. Capítulo II: Marco Teórico

8.1 Teoría de sistemas. Imogene King (1984).

Enfermería desde la mirada de King (1984) es el proceso que ocurre mediante la interacción de la persona enfermera y la persona que receptora del cuidado, en donde se da acción, reacción e interacción entre estos participantes se comparten información acerca de las percepciones sobre la situación de enfermería. Esta autora menciona que el enfermero o la enfermera buscan medios para alcanzar objetivos, mediante la identificación de metas, problemas e intereses.

El concepto de salud con el que se pretende abordar el tema en cuestión, es definido como “Experiencias dinámicas en la vida de un ser humano la cual implica continuos ajustes a tensiones en el ambiente interno y externo a través del aprovechamiento óptimo de los recursos de uno para lograr el potencial máximo” (King, 1984, p. 17)

Agrega King (1984), que la salud está directamente relacionada y se afecta dependiendo de la manera en que las personas se enfrentan a las situaciones de crecimiento y desarrollo, así como las crisis que se presentan y ambiente sociocultural y político repercute en la salud de una sociedad.

Para saber cómo observar a un individuo y analizar su situación, se debe considerar que las personas son seres que manejan una socialización primaria dentro del marco de la familia, según King (1984), en este grupo social la gente aprende a establecer formas de interacción y transacción para satisfacer sus distintas necesidades que se vuelven más complejas a con el desarrollo del individuo.

Parte de las necesidades básicas de un ser humano que se pretenden alcanzar con las interacciones sociales, catalogadas por King (1984), corresponden a: la satisfacción de realizar las actividades de la vida, el éxito de desarrollar los roles acostumbrados y el logro de objetivos a corto y largo plazo.

La autora King (1984), contempla a la persona como seres que interactúan con el ambiente que lo rodea ya que son sistemas abiertos, por lo tanto propone para la comprensión de los individuos, una estructura conceptual para describir las

interacciones entre la persona y su entorno. Tal esquema, la autora King (1984), lo separa en los siguientes sistemas: personal, interpersonal y social.

Sistema Personal

Los individuos se definen, por King (1984), como “seres sociales que razonan y están conscientes... Las personas muestran características comunes, tales como la capacidad de percibir, pensar, sentir, seleccionar alternativas entre diferentes cursos de acción, fijar objetivos y seleccionar los medios para lograrlos y tomar decisiones.” (P. 33).

Dentro del sistema persona, King (1984). propone diferentes componentes conceptuales que lo integran:

Percepción: es la representación de la realidad de cada ser humano. Es una conciencia de personas, objetos y acontecimientos. La percepción se caracteriza por ser universal, subjetiva, personal, selectiva y está orientada en el momento actual de la persona, describe King (1984).

Concepto del yo: es el conocimiento de uno mismo, es la manera de comprender cómo se define uno ante sí mismo y ante otros, contempla King (1984). Los elementos, propuestos por King (1984) que modelan al yo es que es un sistema abierto, mantiene al individuo en cambio o sea es dinámico y se mueve generalmente hacia un objetivo.

Crecimiento y desarrollo: implican los cambios que presentan las personas a lo largo de su vida, según King (1984), ya sean celulares, moleculares, conductuales en los seres humanos, estos últimos están mediados por las experiencias.

Imagen corporal: es la percepción del propio cuerpo, lo que percibe de las reacciones de otros a su apariencia, King (1984).

Espacio: se describe como existente en todas las direcciones y es igual en todos los lados, comenta King (1984), además es universal, personal, dimensional y transaccional.

Tiempo: es la duración entre un acontecimiento y otro; s el cambio de un estado a otro; King (1984). La misma autora comenta que el tiempo es universal, relativo,

unidireccional, puede medirse y subjetivo.

Sistemas interpersonales

Las personas y los objetos interactúan en un entorno determinado, a estas interacciones King (1984), las determina como sistemas interpersonales y que se vuelven más complejas cuando aumenta el número de individuos que intervienen en una situación específica. Los conceptos propuestos para la comprensión de este sistema, descritos por King (1984) son los siguientes:

Interacciones humanas: La conducta humana es interpretada y externada por medio de acciones, estas se observan en el entorno social y se les da sentido por medio de la percepción de las personas, juicios, procesos mentales y reacciones, que nos son observables directamente; por lo que Imogene King (1984) argumenta, que se hacen inferencias acerca de ellos, en el proceso de interacción. En el proceso continuo de interacción, dos individuos identifican de manera mutua los objetivos y los medios para alcanzarlos; una vez establecidos los medios para obtenerlos, pasan a las transacciones que se definen como el logro del objetivo propuesto. afirma King (1984).

Comunicación: el lenguaje en la sociedad, tiene como objetivo simplificar la cooperación y la interacción entre los individuos; además, es el intercambio de pensamientos y opiniones entre los individuos mediante el lenguaje verbal y no verbal, postula King (1984). Los estudios sobre masculinidades en Costa Rica: Masculinidad y paternidad

La comunicación es el intercambio de pensamientos y opiniones entre los individuos. La comunicación verbal es eficaz cuando satisface las necesidades básicas de reconocimiento, participación y autorrealización el contacto directo entre las personas. La comunicación no verbal incluye gestos, expresiones faciales, acciones y posturas al escuchar y al sentir. La comunicación es el medio por el cual se lleva a cabo la interacción social y el aprendizaje. (King, 1984. pp. 72).

Transacciones: King (1984) define a las transacciones como el medio conductual de la persona al interactuar con el medio ambiente para lograr los objetivos propuestos; cada transacción es única, recíproca y queda en la persona como

experiencia.

Rol: Se considera por King (1984), como el tipo de relación que se establece con otra persona, una posición o estatus y una situación; asimismo, es la función que se espera que desempeñe un individuo en un contexto específico. Esta misma autora, establece las siguientes características del rol: Comunicación asertiva, es aprendido por socialización, es complejo por sus variaciones en las diferentes unidades sociales y la situación específica.

Stress: propone que “es un estado dinámico por medio del cual un ser humano interactúa con el medio ambiente para mantener un equilibrio para el crecimiento, desarrollo y función, que implica un intercambio de energía e información entre la persona y el medio ambiente para regular y controlar los causantes de stress”. (1984, p.107). Los factores que componen el stress son; universalidad, dinámico, dimensión en el espacio y tiempo, individual, personal y subjetivo (King 1984).

Sistemas sociales

Un sistema social se define por King (1984), como un sistema funcional, organizado con límites y normas, con una estructuración y roles definidos, con conductas y prácticas establecidas como aceptables; posee un sistema de valores y mecanismos para mantener los comportamientos dentro de lo normativo,

Los sistemas sociales que más influyen en el pensamiento y conducta de la persona son el familiar, el religioso, el educativo, el de trabajo, y grupos de iguales, King (1984).

Los componentes conceptuales que se establecen para comprender a los sistemas sociales son los siguientes:

Organización: Las personas son las unidades funcionales y sociales de una organización, en esta se establecen diferentes actividades continuas sistemáticas ya sean sincrónicas o asincrónicas para alcanzar un objetivo; en las organizaciones cada unidad tiene un rol que cumplir y un status dentro del grupo social, comenta King (1984).

Autoridad: La definición de autoridad propuesta la refiere como “un proceso transaccional que se caracteriza por relaciones recíprocas y activas, en las cuales los

valores, antecedentes y percepciones de los miembros influyen para definir, validar y aceptar la autoridad de los individuos dentro de una organización. Una persona influye en otra, quien reconoce, acepta y acata la autoridad de esa persona.” (King, 1984, p.131). Esta teorizante, afirma que la autoridad es: universal, esencial para las organizaciones y la consecución de los objetivos, es recíproca porque necesita dos individuos para que exista y sin poder no se puede ejercer la autoridad plenamente.

Poder: es el medio por el cual se puede controlar acontecimientos y conductas en situaciones específicas para alcanzar objetivos propuestos por la organización, afirma King (1984)

Status: es la posición de una persona en una organización que puede estar o no relacionada con diferentes grupos dentro de la misma organización o sistema social, define King (1984). Asimismo, se caracteriza por no ser fijo, depende de la posición y de la ubicación.

Toma de decisiones: “La toma de decisiones en las organizaciones es un proceso dinámico y sistemático por medio del cual se hace la elección de alternativas con base en los objetivos y se dirige a los individuos o grupos a fin de solucionar un problema y lograr un objetivo” (King, 1984, p.139-140). Las características establecidas por King (1984) son: determinantes de la vida y el trabajo de cada persona, dependientes de cada circunstancia, un proceso continuo, y deben ir orientadas a los objetivos.

8.1.1 Teorías de Construcción de las masculinidades

Existen diferentes explicaciones sobre la construcción de la identidad masculina, Menjivar (2009), realiza una recopilación de diferentes ensayos; entre ellos el nacimiento de las masculinidades y su relación directa con la aparición de los movimientos feministas; además, lo anterior lo asocia a las implicaciones políticas de dichos estudios y las teorías de la construcción de las masculinidades como tal.

En tanto, el autor anterior, enumera cuatro teorías sobre la construcción de la masculinidad. En ellas se establecen interrogantes sobre la manera en la que se construye la masculinidad o si por el contrario es un hecho inherente a la condición de ser hombre, como sexo asignado al nacer.

El Eterno masculino

La primera teoría que se comenta por Menjivar (2009), es la del “eterno masculino”. Las teorías que respaldan esta hipótesis se basan en la sociobiología, en donde el comportamiento humano se reduce a genética y la teoría darwiniana, de la evolución y la necesidad de adaptarse; por lo tanto, el comportamiento humano está basado en la reproducción.

Existen diferentes teorías en las que la masculinidad viene por la genética, como se menciona anteriormente por Menjivar (2009), haciendo referencia de que ello viene en los espermatozoides; en otros casos teóricos, la base de la hombría es el falo. Por lo tanto, Menjivar, citando a Monick (1994), el origen del psique del hombre es el pene.

Sin embargo, el psique es una construcción interna del “yo”, lo que la convierte en un producto social, que al ser un asunto transpersonal de un mundo sin historia, común en todos los hombres pero que los trasciende, argumenta Menjivar (2009), es la fuente de la que emana la masculinidad.

La teoría falocéntrica, coloca el poder del falo por sobre el “ego” como una energía de “naturaleza sagrada”, en la que el falo decide por su cuenta propia, comenta Menjivar (2009) citando a Monick (1994); este lo traduce como una conducta fálica.

La masculinidad como negación o de la huida de la feminidad

En esta teoría nombrada por Menjivar (2009), se establece que la masculinidad parte de dos procesos sociales, uno de ellos es la réplica de un modelo de lo masculino y el segundo es la diferenciación de la feminidad o el repudio de esta.

Esta teoría se basa en el modelo conceptual del psicoanálisis que propone Freud, el proyecto edípico. El autor Menjivar (2009), resalta los aspectos que dan paso a la formación de la masculinidad desde este principio; entre ellos sobresalen, la desvinculación emocional del niño a la madre como modelación de la identidad y lo reemplaza con el del padre o la idea de sexualidad que tenga el hijo sobre la sexualidad de su progenitor.

En la teoría de Kimmel (1997), que es mencionada por Menjivar (2009), el joven durante la construcción de su identidad de género, busca la “total hombría” y uno de los obstáculos y miedos del niño es que se le reconozca socialmente como el “hijito de mami, un afeminado”; por lo tanto, las masculinidades pueden iniciar a construirse desde esa probación constante de que lo que no es, un “afeminado” y de repudio hacia la feminidad. Lo que en tempranas edades la idea de feminidad está asociada a la figura materna.

Kimmel (1997), establece tres consecuencias del repudio a la madre:

Empuje lejos a su madre real, con ello rasgos de acogida compasión y ternura que pudiera haber encarnado.

La incompleta separación de la madre, si estos rasgos mencionados anteriormente no se suprimen en sí mismo.

La devaluación a todas las mujeres en su sociedad, como última prueba del éxito de su hombría. Asimismo, las mujeres representan la encarnación viviente de los rasgos de sí mismo Menjivar (2009) que ha aprendido a despreciar.

Estos orígenes del sexismo, mostrados por Kimmel (1997), nacen de la renuncia de lo femenino y no como un establecimiento de lo que sí es lo masculino, lo cual demuestra que la construcción del género masculino se establece como algo tenue y frágil.

Existen otras hipótesis de la construcción de la masculinidad dentro de las

relaciones familiares a temprana edad. Menjivar (2009), en su libro contempla los estudios de Stoler y Herdt, que menciona Meler (2000).

Una de estas hipótesis nombrada por Meler (2000), es que entre más íntima, prolongada y placentera sea el vínculo madre-hijo, existen más probabilidades de que el niño se vuelva femenino; para controlar esto, el padre debe intervenir de manera eficaz la cercanía de la relación para que el joven no sea transexual.

La otra hipótesis de los estudios de Stoler y Herdt, comentada por Meler (2000), es que los hombres deben mantener y levantar barreras intrapsíquicas contra su deseo de fusión con la madre. Estos autores argumentan, que la separación psicológica se puede instaurar el proyecto edípico de posesión en lugar de parecerse a su madre y para ello debe parecerse a su padre.

Lo descrito anteriormente, puede ser la respuesta a ciertas conductas de envidia, temor a la mujer, la necesidad de lejanía y de violentarla aunque se le desee, la rudeza, el machismo y homofobia son mecanismo de defensa desarrolladas, según asegura Meler (2000), para reprimir cualquier aspecto femenino de sí mismo.

Una de las bases de la construcción de la identidad masculina, propuesta por Menjivar (2009), es la de la psicóloga Elizabeth Badinter, que se basa en los postulados de Eric Erickson. Badinter propone que la identidad y personalidad basa en un proceso de relación positiva de inclusión y negativa de exclusión y que uno se define con base a semejanzas y diferencias.

En caso de los hombres, Badinter, mencionada por Menjivar (2009), afirma que primero aprender lo que no deben ser para ser masculinos antes de lo que deben ser, por lo tanto se definen principalmente por la vía negativa.

Si para Kimmel, la diferenciación masculina con respecto a la madre es la base del sexismo; para Badinter la raíz de la misoginia, cruel, polígamo, duro, perverso, fuerte, independiente, fuertes, y otros, viene de la separación y del temor de la homosexualidad, que es ese acercamiento a lo femenino, como un producto de la identificación la madre.

Sin embargo, Menjivar (2009), realiza una crítica importante a estas teorías en las que se coloca a las mujeres los rasgos de compasión y ternura como ineludibles

al ser femenino, que colocan a una feminidad hegemónica dictada por el patriarcado. Ya que como Badinter cuestiona, el instinto materno, puede ser una forma de control social históricamente implantada para fines políticos.

Por lo que estos rasgos femeninos de los que la masculinidad huye es más una construcción social que un rasgo psíquico inherente a las mujeres.

Sin embargo, las afirmaciones expuestas anteriormente deben ser puestas en contexto, ya que se ha validado por estudios en otras culturas que la diferenciación por género es una línea muy difusa; que lo que se establece en otras culturas, como la tahitiana en el estudio de Maurice Godelier mencionado por Menjivar, M. (2009), son personalidades diferentes, en las que los hombres no son más agresivos que las mujeres ni las mujeres son más tiernas que los hombres.

La virilidad en las explicaciones antropológicas: utilidad vs poder

La tercera de las corrientes de la construcción de la masculinidad mencionada por Menjivar (2009), tiene como base a varios autores; entre ellos a David Gilmore quien afirma que la virilidad es un instrumento de construcción sociocultural, que tiene como objeto la perpetuación social.

La virilidad como utilidad se debe a que las mujeres por razones anatómicas tienen la responsabilidad de la reproducción y los hombres la de producción, según propone Gilmore mencionado por Menjivar (2009).

La construcción de la virilidad, para Gilmore, maneja componentes de ideología, psicología y entorno; en donde se establece a una masculinidad levantada sobre las bases de la presión por la sobrevivencia del hombre y su grupo.

Por lo que Menjivar (2009), establece que Gilmore basa a la virilidad según la doctrina del logro, orientada a la lucha y al rendimiento y a cumplir los requisitos de sobrevivencia o perpetuación de la sociedad: preñar a la mujer, proteger a los que dependen de él y mantener a los familiares.

En la misma línea de Gilmore, Peggy Reeves argumenta que cuando una sociedad se encuentra ante diversas adversidades el dominio masculino aumenta por sobre las mujeres y niños, que es algo que Gilmore no incorpora dentro de su marco

conceptual.

El poder como medio de dominación, según argumenta Menjivar (2009), es uno de los factores más relevantes en el origen de la masculinidad; ya que como lo explica Meler (2000), la teoría marxista, en la que se basa Gilmore, existe la tendencia humana a explotar a sus semejantes estableciendo relaciones de dominación.

Aunque en algunas culturas, según Menjivar (2009), la masculinidad tiene una función de supervivencia más que de dominación, por ejemplo en el caso de una cultura de los bosquimanos, considerada igualitaria, a los muchachos se les somete a duras pruebas físicas, en las que las mujeres no participan; la razón de ello, es la preparación para la supervivencia en la que se requiera de fuerza muscular. Por lo tanto, la masculinidad no tiene función opresora entre iguales.

Sin embargo, uno de los contrapuntos de esta teoría de la utilidad como base de la construcción de la masculinidad, es la explicación de Godelier, mencionada por Menjivar (2009), en la que concluye que esta división del trabajo por género en lugar de suponer la supervivencia de los grupos sociales, establece jerarquías sociales y la dominación masculina como la base sobre el que ellas se sustentan.

Masculinidad: la construcción del imaginario sobre los cuerpos

Esta teoría fue construida durante los sesenta y setenta, según Menjivar (2009) quien argumenta a grandes rasgos que la identidad masculina nace “*los procesos de socialización e interiorización de las nociones de género, las cuales se fundamentan en la producción simbólica a partir de las diferencias anatómico-biológicas corporales*” (Menjivar 2009: pp. 38).

El proceso de socialización de la masculinidad se inicia posteriormente a la constatación de la anatomía, según Menjivar (2009); posteriormente Joseph Marqués (1997), citado por Menjivar (2009), comenta que durante la socialización pretende modelar los comportamientos del hombre y reprimir otros.

Lo anterior sucede a partir de la transferencia de creencias del significado de ser un varón y que ellos ocupan la cima de la jerarquización social; en otras palabras es el actor más importante, lo asegura Marqués (1997).

Durante este proceso de amoldar, Marqués (1997) asegura que se cumplen dos funciones contrarias. La primera, de refugio o consuelo a otros hombres que no se encuentren en el tope de jerarquía, intragenérica, ya que el consuelo recae en el beneficio del “orgullo corporativo masculino”, por el hecho de ser hombre y eso en la etapa de valoración de su proyecto, es lo importante.

La segunda función establecida por Marqués (1997), en el documento de Menjivar (2009), es la impugnación y angustia; que corresponde a la sensación que se produce en un hombre al intentar alcanzar los ideales propuestos por su sociedad.

Esta dualidad dentro de la virilidad, convierte a los hombres en socios útiles del patriarcado, asegura Menjivar (2009), solo que esta sociedad asegura la dominación en la que los hombres son los accionistas.

Por otra parte Kaufman (1997), citado por Menjivar (2009), introduce un nuevo concepto, en el que se establece que los hombres son más actores pasivos del patriarcado, que aseguran su perpetuación dentro de las instituciones sociales, el cual denomina “gender work”.

La interiorización de las relaciones de género es un elemento en la construcción de nuestras personalidades, es decir, la elaboración individual del género, y nuestros propios comportamientos contribuyen a fortalecer y adaptar las instituciones y estructuras sociales de tal manera que, consciente e inconsciente, ayudamos a preservar los sistemas patriarcales. Este proceso, considerado en su totalidad, constituye lo que yo llamo gender work de una sociedad. (Kaufman; 1997: pp 69, citado por Menjivar 2009)

Por tanto, Kaufman (1997), concluye que el género es un proceso activo, que se construye y se reconstruye permanentemente, dependiendo de las relaciones interpersonales, que se alimentan del poder de género y las interacciones permanentes con las estructuras del mundo que nos rodea.

Otra propuesta que brinda Menjivar (2009), es la de Pierre Bourdieu (2000) que explica la relación entre el género privilegiado o lo simbólico y las condiciones materiales de la vida, en su libro “La dominación masculina”, propone que la construcción social de los sexos se da a través de la interacción entre las estructuras objetivas y formas cognitivas radica en que la división entre los sexos reside en la

concordancia de aquello que pertenece a la conformación del ser; por lo tanto, es la base de la naturalización de la sociedad androcéntrica.

El autor Menjivar (2009), comenta que el orden social es una maquinaria simbólica que dirige la realidad social y la encausa a ciertos principios de visión y división sexual sobre los cuerpos. Tal maquinaria se justifica con las diferencias sexuales anatómicas y por consiguiente se justifica la división sexual del trabajo.

Bourdieu (2000), mencionado por Menjivar (2009), se refiere a la división sexual del trabajo como una construcción arbitraria de lo biológico, del cuerpo, de sus costumbres y de sus funciones, en especial de la reproducción biológica, que brinda la fundamentación de la naturalidad aparente a la visión androcéntrica de la dividen la etapa de valoración de su proyecto, en función de la actividad sexual y por consiguiente de las costumbres sociales.

Dentro de lo que se concluye con Bourdieu (2000) por Menjivar (2009), es que la construcción de la masculinidad va más allá de la búsqueda de la dominación por diferentes rasgos de sobrevivencia, y algo ineludible al sexo, es más contingente, arbitraria y modificable.

9. Marco Referencial

9.1 Modelo de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Las unidades de cuidados intensivos a nivel mundial, son lugares en los que todos los participantes, incluyendo a padres y madres, personal de salud y los recién nacidos ingresados, pueden estar inmersos en un ambiente traumático, estresante y de preocupación constante, tal y como lo anotan Hynam y Hall (2015), en su programa psicosocial para padres, en donde comentan algunas recomendaciones basadas en una investigación sobre experiencias en las UCIN de Estados Unidos.

El grupo de trabajo que realizó esta serie de recomendaciones, según comentan Hynam y Hall (2015), concuerda que ciertamente algunas serán complejas y difíciles de implementar, debido a las estructuras funcionales actuales de las UCIN; por lo que se deben acomodar a las realidades de cada servicio.

Los tópicos de estas recomendaciones, que presentan Hynam y Hall (2015), son: el cuidado debe estar centrado en el desarrollo de la familia por parte del equipo de salud; que exista un soporte o grupo activo de padres a padres dentro de las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal; y por último, que exista disponibilidad de brindar servicios por parte de profesionales de salud mental.

Una de las transformaciones recientes, en algunos de los centros hospitalarios estadounidenses, ha sido la creación de habitaciones separadas para los usuarios hospitalizados, como comentan Hynam y Hall (2015), esta nueva modalidad ha traído múltiples beneficios para las familias; por ejemplo se menciona que se mejora, en gran medida, el vínculo materno-infantil.

Lo anterior responde al principio de brindar un soporte psicosocial comprehensivo hacia la familia desde una atención multidisciplinaria, que busca que las interacciones, entre cada una de las personas participantes, promuevan el máximo beneficio para los bebés, padres y madres y el equipo de salud.

El segundo principio, comentan Hynam y Hall (2015), es el de cuidados continuos, bajo un abordaje psicosocial se debe tratar a las familias desde el periodo de preparación para el parto, durante la estancia en las UCIN y darle seguimiento posterior al internamiento del menor.

El tercer principio, en el que el soporte psicosocial se debe dar en estas salas o centros, es el del reconocimiento y abordaje de las diferentes trayectorias emocionales por las que pueden atravesar las personas ante los eventos traumáticos, como los señala Hynam y Hall (2015). Conceptualmente estos autores comentan las trayectorias resilientes, crónicas, recuperados y retrasados.

La resiliencia para Hynam y Hall (2015), son los signos y signos de baja intensidad de angustia emocional y funcionamiento psicológico adaptativo; la cronicidad, se reconoce como los síntomas de alta intensidad y mal adaptativos durante el período de crisis; recuperados, refiere síntomas iniciales de moderada intensidad que tienden a disminuir en el transcurso de los eventos traumáticos; y retrasados, se comenta que son síntomas iniciales de moderada intensidad que disminuyen en intensidad a lo largo del tiempo.

Además, Hynam y Hall (2015) mencionan que las emociones y respuestas de los padres, deben estar monitoreadas por el personal de salud de las UCIN, para la intervención oportuna del personal de salud mental. Al monitorear las respuestas, permite determinar las personas con factores de riesgo de distrés emocional y brindar la oportuna intervención.

Hynam y Hall (2015) se refieren a estudios en los que arrojan que las madres, durante el 1er año del período del postparto, tienden a sufrir elevados síntomas de depresión, entre 39 y 69%; por lo cual justifica la monitorización de las emociones.

En los casos de los padres, Hynam y Hall (2015), comenta que existen muy pocos estudios, pero que los resultados sugieren que también tienden a sufrir elevados síntomas de depresión y distrés postraumático, que tienden a tener una prevalencia mayor a 1 año, que es el rango de la población general.

Por otra parte, los cuidados del desarrollo centrado en la familia, Craig, Glick, Hall, Smith, y Browne (2015) argumentan que son los múltiples beneficios para los bebés, tanto físicos, cognitivos y psicosociales. Esta manera de brindar cuidado, coloca a la familia en un rol de cuidadores dentro de las UCIN y los reconoce como vitales dentro de la organización hospitalaria.

Lo anterior se debe establecer, según Craig et al. (2015), como un objetivo para involucrar a la familia como el elemento esencial contribuyente a la provisión de

cuidados individualizados y de desarrollo para su bebé.

Esta manera de involucrar a los padres como socios para la toma de decisiones y colaboradores, ha sido reconocida como la forma óptima de cuidar a los bebés en las UCIN, afirman Craig et al. (2015).

Asimismo, el principal objetivo del cuidado del desarrollo centrado en la familia aplicado en las UCIN, según Craig et al. (2015), es minimizar los efectos negativos sobre las relaciones entre padres e hijos producto de las hospitalización.

Pero como es sabido, a lo largo de la historia, la admisión de los bebés en las UCIN incluye la separación de las familias y los recién nacidos (especialmente los de muy bajo peso al nacer); la cual, produce profundos efectos negativos en la estabilidad fisiológica, el bienestar psicosocial y el desarrollo del cerebro; así lo señalan Craig et al. (2015).

Los autores anteriores comentan que generalmente los padres de bebés prematuros, generalmente no cuentan con las oportunidades para participar del cuidado de sus hijos o hijas durante el internamiento en la UCIN, lo que conlleva a que los padres tengan percepciones erradas sobre el comportamiento de su bebé y lo pueden catalogar como difícil; lo que es perjudicial para cuando el bebé sea dado de alta y vaya a su hogar y sea completamente dependiente del cuidado de su familia.

Craig et al. (2015), afirman que esta separación y sus consecuencias, anteriormente señaladas, ponen en riesgo de abuso y maltrato después del alta hospitalario a los bebés.

Por lo tanto, los padres de los bebés prematuros y bebés con alguna enfermedad, deben desarrollar y mantener una apropiada comprensión de las necesidades de sus bebés, para que se encuentren preparados durante los cuidados en el hogar, lo cual es el objetivo de Craig et al. (2015) al promover a los padres como cuidadores dentro de las unidades hospitalarias.

De esta manera, se logra promover un adecuado desarrollo de la estructura cerebral y superar o mejorar las alteraciones encefálicas provocadas por los estresores a los que se someten los infantes en las UCIN, como lo exponen Craig et al. (2015). Una de las acciones en particular, que mejoran el desarrollo neuronal, es

el contacto piel con piel entre los padres del menor y el recién nacido, lo cual acelera la maduración funcional del cerebro; así lo afirman Craig et al. (2015) en su documento.

Puntualmente Craig et al. (2015), brindan recomendaciones al para brindar apoyo a los padres para potencial su rol como cuidadores de sus bebés en las UCI; las cuales se enumeran a continuación:

I. Los padres deben incorporarse como participantes, esenciales y de curación dentro del equipo de cuidados de la UCIN como socios dentro del equipo de salud; los padres deberían:

a. Asumir el rol parental a través de la atención directa de su bebé, incluido el contacto precoz piel con piel, frecuente y prolongado, según sea lo apropiado para su (del bebé) etapa de estimulación temprana, con entrenamiento, orientación y apoyo del personal.

b. Participar en las rondas médicas y las entregas y cambios de los reportes de enfermería.

c. Tener acceso escrito y eléctrico a los reportes médicos (expediente de salud).

II. La familia debe ser instar a que participen en la atención apropiada para el desarrollo a fin de convertirse en cuidadores competentes y defensores de la neuroprotección de sus hijos. Los componentes del soporte parental, deben orientarse a:

a. Proveer confort y seguridad por medio de la consistencia de su presencia con el bebé cuando sea posible.

b. Comprender la conducta de comunicación de su hijo o hija, lo mejor posible para interpretar y responder sus necesidades.

c. Crear y mantener un ambiente curativo con respecto a las exposiciones y experiencias sensoriales.

d. Proveer apoyo sobre la posición y la manera de cargar a su bebé, incluyendo el soporte durante la experiencia de alimentar, el cuidado piel con

piel y el contacto con el infante.

e. Colaborar con el personal de la UCIN para minimizar el estrés y dolor del bebé en el desarrollo antinatural del entorno de la UCIN.

f. Salvaguardar los períodos de sueño del recién nacido, reconociendo la importancia de la curación del sueño y el crecimiento y desarrollo del cerebro.

g. Proteger la piel del bebé, incluyendo el rol de la piel como conductor de información neurosensorial hacia el cerebro.

Los autores Craig et al. (2015), también señalan recomendaciones para el personal, las cuales se mencionarán a continuación:

I. Brindar una bienvenida calurosa y apropiada a los familiares al acompañar la admisión de cada bebé y durante la orientación al servicio como corresponde, así como explicar las funciones del equipo médico que va a utilizar el bebé.

II. El equipo debe ser educado sobre los principios y métodos de la implementación del cuidado en el desarrollo centrado en la familia, incluyendo los tópicos del soporte de los roles parentales.

III. La comunicación del equipo con la familia debe ser frecuente, comprensible (fuera de los tecnicismos médicos), personalizada, consistente y llevada a cabo de una manera culturalmente competente.

9.2 Nuevas Masculinidades: Discursos y prácticas de resistencia al patriarcado

La masculinidad ha sido un tema controversial en el ámbito científico actual debido a que ha atravesado varios supuestos teóricos de los que ya se han hablado anteriormente; sin embargo, tales teorías no logran llegar a la descripción moderna de la masculinidad y virilidad, mas no se debe pensar que los autores como Kimmel y Connell están completamente obsoletos, sino que sus tesis dan paso a las nuevas masculinidades y aún pueden usarse para argumentar ciertos rasgos de expresión de masculinidades hegemónicas.

Para dar paso a este tema, se utiliza el libro de García (2015) y se analizará, de manera exclusiva en el capítulo 1, su investigación para adentrarnos en los conceptos que ahí se mencionan.

La masculinidad según Connell (1997) y citado por García (2015) se define en cada cultura específica y no se refiere solamente a la parte geográfica sino también a las diferentes generaciones.

Uno de los conceptos más importantes es el de García (2015) citando a Connell (1997) quien menciona la masculinidad hegemónica donde se impone la existencia de un sistema binario de género, que favorece al patriarcado ya que dentro del mismo binarismo existen diferencias que vuelve mejores a unos más que a otros. Lo que se refiere es que lo masculino hegemónico subyuga a lo menos masculino; por lo tanto, se encuentra sobre lo femenino y sobre otras formas de masculinidades con características y valores inferiores.

Asimismo, García (2015) comenta que estas masculinidades no hegemónicas, que no cuentan con el arquetipo de lo masculino no necesariamente están en contra del sistema que los encasilla ahí (sistema patriarcal), sino que ambas se necesitan. Dentro del sistema patriarcal, las masculinidades no hegemónicas también se benefician de la producción de lo hegemónico, a esta relación, Connell (1997) citado por García (2015), le denomina masculinidades cómplices.

La autora Faur (2004) mencionada por García (2015), determina que existen tensiones para definir la masculinidad, entre ellas la primera a hacer mención es la relación entre naturaleza y cultura masculina; que es una de las razones de la

caracterización del género más usadas anteriormente. Esta autora comenta que este argumento se debe desviar al hecho de que tales aseveraciones están construidas para justificar las relaciones de poder entre el hombre y la mujer y así poseer los beneficios patriarcales.

Otra interrogante que plantea Faur (2004) citada por García (2015), es si la masculinidad es la construcción individual o relacional; y lo más aceptado es que mientras existe feminidad existirá la masculinidad. Sin embargo, para Faur (2004), la falacia de que la masculinidad es un proceso naturalizador que coloca características propias de los hombres y mujeres como opuestos binarios y la sociedad ha brindado mayor valor productivo a las masculinas.

Esta autora también sostiene que las masculinidades y feminidades son tanto elecciones personales como una fuerza coercitiva de la sociedad; ya que cada persona se compromete a asumir su posición dentro del género y producen sus propias identidades de género, pero esto no significa que exista una fuerza social que norma y se reproduce por las instituciones.

El autor García (2015) en su trabajo, menciona también a Kimmel (1997) como se apuntó anteriormente por Menjivar (2009), en grandes rasgos se establece en la teoría de Kimmel, 4 perspectivas sociológicas y psicoanalistas de la construcción de lo masculino, que constan en: la masculinidad como relación de poder; la masculinidad como huida de lo femenino; la masculinidad como validación homosocial; y la última, la masculinidad como homofobia.

En tanto, con respecto a las nuevas masculinidades, pues no existe como tal una caracterización de este concepto, que hace referencia desde lo que menciona Connell que la masculinidad “es al mismo tiempo la posición en las relaciones de género, las prácticas por las cuales los hombres y mujeres se comprometen con esa posición de género, y los efectos de estas prácticas en la experiencia corporal, en la personalidad y en la cultura” (Connell 1997, 35). Por lo que se concluye que las masculinidades no son reproducciones genéricas, sino que las masculinidades son múltiples; además, que el término nuevas masculinidades hace referencia a la lucha de la representación de ser hombre y como la resistencia a ser generalizados a un modelo hegemónico patriarcal.

9.3 Actitudes masculinas hacia la paternidad: entre las contradicciones del mandato y el involucramiento

Este libro consiste en la presentación de resultados de un estudio realizado por el Instituto Nacional de la Mujer, actualmente el Ministerio de la Mujer. Se presentan y se discuten los resultados a lo largo de 4 capítulos. Se tratan diferentes relacionados como el involucramiento paterno en la crianza, la proveeduría, el afecto y las formas de representación de la paternidad; asimismo, se destacan algunos factores que inciden en las prácticas paternas diferenciadas.

La masculinidad y el mandato de la proveeduría

En el primero de los capítulos de su libro Menjivar (2002), comenta que actualmente se conceptualiza la paternidad a partir de una falta de concordancia entre el padre socialmente requerido y lo que los hombres están dispuestos a cumplir. Además, este mismo autor comenta que se crea una relación entre machismo y paternidad irresponsable.

Posteriormente, Menjivar (2002) se hace el cuestionamiento de si estas ideas socialmente construidas, mantienen una relación con la manera en que los hombres entienden la paternidad y otras interrogantes sobre la perspectiva y aprehensión del hombre hacia su masculinidad y paternidad. Tales interrogantes las aborda en los siguientes apartados.

Mandatos de la masculinidad y paternidad

El autor Menjivar (2002), cita a Gilmore (1994), quien realiza una sistematización intercultural de los aspectos “moralmente aceptados” que construyen una masculinidad, estos son: embarazar a una mujer, proteger a los que dependan de él, y mantener a los familiares.

En el análisis de su estudio Menjivar (2002), encuentra una tendencia concordante con lo expuesto por Gilmore (2004), como aspectos definitorios para “sentirse hombre”, los cuales son la conformación de su propia familia; y el segundo factor, resultó ser la importancia del tema laboral, se desglosa a que los participantes del estudio mencionaron que se sintió hombre cuando comenzó a trabajar o a aportar

económicamente al hogar y al asumir completamente la responsabilidad económica del hogar.

Sin embargo, estos datos pueden estar sesgados, en cuanto a la prioridad que mantienen los hombres al área más importante de su vida, ya que menciona Menjivar (2002), que estos estudios pueden estar centrados en el sobredimensionamiento a la actividad ocupacional como principal de la identidad del hombre moderno. Además, menciona, que en otros estudios se les preguntó a hombres y mujeres, sobre cuál es el área de mayor relevancia para ellos y ellas; por un lado, la mayoría de los hombres contestaron estudio y trabajo, por otro lado, las mujeres mencionaron que era la familia.

Por otra parte, al analizar estos datos presentados por otros estudios, no se menciona si el hombre tenía estos proyectos de índole laboral, como un paso para el cumplimiento de metas individuales o como proyecto a la función de la sobrevivencia de su grupo familiar. Pese a esto, Menjivar (2002), comenta que existe una contradicción de esta búsqueda de la masculinidad a través de los aspectos mencionados, cuando existe una gran cantidad de hombres que evaden la pensión alimentaria.

El papel de la responsabilidad en la paternidad

Se menciona por Menjivar (2002) que existe un mecanismo social entre algunos hombres que establece dentro de sus personalidades y conductas una asociación entre genitura y proveeduría, este código social es el concepto y sentido de responsabilidad. Este mismo autor, contextualiza el concepto desde el siglo XIX, en donde los hombres son llevados a laborar fuera de casa por largas jornadas; lo que provoca que los padres pasen la mayor parte del día alejados de sus hijos, para cumplir con su propósito de proveeduría.

Dentro de los estudios de Menjivar (2002) se resalta la responsabilidad como la característica más valorada entre los hombres que participaron de la investigación realizada por IDESPO de la Universidad Nacional durante la fase de discusión del proyecto de ley de paternidad responsable en la asamblea legislativa. Otro aspecto a valorar, dentro de los resultados de la investigación mencionada, es el hecho de que la mayoría de los hombres habían comenzado a trabajar desde muy temprana edad,

y que en estos mismos hombres valoran de sí mismos ser trabajadores y responsables.

Asimismo, en el estudio mencionado por Menjivar (2002), se resalta al hecho de que cuando un hombre escapó del mandato de responsabilidad (proveeduría económica), se designó a este tipo de hombres como padres irresponsables.

Por otra parte, dentro del estudio por IDESPO abordado por Menjivar (2002), en hombres con actitudes de masculinidades hegemónicas, refiérase a características de su personalidad como “perro”, “noviero” y “peleón”, y otras actitudes disociadas a la responsabilidad, seriedad o responsabilidad familiar; presentan una ruptura entre el ejercicio de su sexualidad y las implicaciones sobre la reproducción, así como el ejercicio de la función paterna.

En cuanto a las aseveraciones de los participantes que mencionaban la responsabilidad como característica con más valor, no se conoce los verdaderos efectos prácticos y cotidianos, según Menjivar (2002).

Sobresale en las identidades masculinas estudiadas por Menjivar (2002), el elemento de responsabilidad, que aparentan son el resultado de la construcción tradicional de la masculinidad. Por tanto, dentro del constructivo social se vincula la genitora o sexo de las personas a la función económica que deben desempeñar dentro de la familia, lo cual genera que la imagen paterna sea la de proveedor económico; y los hombres han acuerpado tales mandatos de la época que les asigna un lugar en el mundo actual.

Menciona el autor anterior que la idea de responsabilidad en cada hombre varía dependiendo de la conceptualización de familia que cada hombre posea; por tanto, la definición de cada hombre coloca límites claros a la responsabilidad. Apunta además Menjivar (2002) que según esta significancia, la familia puede estar restringida a la relación de pareja en la que se encuentran lo cual disminuye su importancia cuando se trata de niños, niñas y mujeres de relaciones anteriores. Lo que podría desembocar en casos de que estos hombres se involucran como padres, pero dejan a la vez las necesidades descubiertas las necesidades de sus hijas e hijos, por lo que sobrecargan a las mujeres quienes asumen la crianza de niños y niñas. Concluye Menjivar (2002), que desde este sentido de responsabilidad es contradictorio y brinda a los hombres

una gran libertad para establecer nuevas relaciones, sin tener que sobrellevar las consecuencias de la procreación.

Otra parte de la población de hombres, responde a un discurso masculino que tiende a disociar la sexualidad y genitora, así como genitura y función paterna, engrosando las filas de la “paternidad irresponsable”, según afirma Menjivar (2002).

Bajo las afirmaciones anteriores, Menjivar (2002) alude a un acervo de códigos masculinos heterogéneos; que amerita abordajes diferenciados a hombres que manejan el discurso de paternidad responsable y a los hombres con concepciones culturales afincadas en la doble disociación mencionada en el párrafo anterior.

Proveeduría vrs. Crianza en la función paterna

La proveeduría, según señala Menjivar (2002), como parte del constructo identitario masculino, tiene sus orígenes desde la premisa de la división de trabajo en la que el hombre es el proveedor económico y la mujer es quien atiende las necesidades de su casa, el cual obedece a una percepción complementaria de roles.

De esta construcción, de identidad masculina, sirve como base y es la idea fundante de la identidad paterna, afirma Menjivar (2002); por tanto, la proveeduría es un elemento básico para analizar las paternidades. Al mismo tiempo, la función de proveedor excluye a los hombres de las tareas de cuidado, menciona Menjivar (2002), o da la idea y las razones utilizadas por la sociedad para apartar a los hombres de dichas labores.

En este trabajo de investigación se analiza la percepción que tienen los padres de sí mismos frente a las tareas de cuidado de sus hijos, para valorar la manera en la que priorizan este tipo de actividades e identificar el rol que cada uno desempeña con su familia.

El mandato de la proveeduría en la función paterna

En este apartado Menjivar (2002), comenta sobre el capitalismo patriarcal, el cual condensa el poder económico o el poder de adquisición como un medidor de calidad paternal. Los hombres que participaron, en el estudio de Menjivar (2002), comentan que entre más dinero lleve al hogar un padre, mejor padre es. En esta

investigación, no se maneja como variable la situación económica de la familia; sin embargo, las personas participantes pueden hacer relación de su calidad paterna a algún aspecto económico y de proveeduría; pero no es eje de este trabajo ver cómo relacionan ellos sus ingresos a su calidad como padres.

A pesar de que el ingreso económico tiene un alto valor por muchos hombres, esta rigidez de rol de que los hombres son los que más dinero deben aportar, se ha ido disipando en algunas personas que no están de acuerdo con ello. El autor Menjivar (2002) menciona que lo anterior se debe a la inserción laboral de las mujeres al trabajo remunerado y profesional, lo que genera una resignificación en la división de trabajo.

Factores culturales que fragilizan el involucramiento paterno

Aunque hay claridad y consenso en el mandato social de proveeduría, existen algunas contradicciones al respecto; uno de los ejemplos que menciona Menjivar (2002), es el aumento de las solicitudes de pensiones alimentarias en Costa Rica por lo que a muchas personas se les deben colocar medidas coercitivas, legales, para que se procure garantizar las necesidades económicas de los hijos e hijas. En tanto, Menjivar (2002), menciona algunos factores culturales que fragilizan el involucramiento paterno.

El primero de tales factores que analizar es el propuesto por Menjivar (2002), como cuando ocurre un desmedido valor paterno a la proveeduría y no hay espacio a otra función en la que el padre pueda desenvolverse. En conclusión, la proveeduría y paternidad son sinónimos, y al no tener el nivel “adecuado” de poder adquisitivo o no tener empleo, es una razón para que los hombres no se hagan cargo de sus hijos.

El segundo factor que debilita el involucramiento paterno en la crianza de los hijos e hijas es cuando los hombres desvinculan sus comportamientos sexuales y las consecuencias de estos, según Menjivar (2002). Una parte de los hombres considera que el hombre no debe hacerse cargo de los hijos e hijas que nazcan de una “aventura sexual”. En este trabajo, no se pretende abordar hombres que no se encuentren participando activamente de la crianza de sus hijos e hijas, al menos el bebé prematuro y la experiencia que vivieron; puesto que debieron estar presentes en el proceso para poder determinar cuáles fueron sus vivencias durante ese período con relación al servicio de neonatología en el que su hijo o hija estuvo internado.

El tercer elemento que debilita el involucramiento es cuando existe una ruptura en la relación entre la madre del niño o niña y el padre; tal es la incapacidad de desligar su sistema filial del sistema conyugal, que consideran que si el hombre no ama a la madre de su hijo o hija es “comprensible” que no se hagan cargo de ellos; argumenta Menjivar (2002). Además, menciona este mismo autor, que un amplio margen de hombres visualizan a la mujer y a su hijo como una unidad y estos se relacionan de manera marginal o del todo no se relacionan, lo que provoca una precarización de la paternidad; este mismo argumento es la base a la proyección de los hombres que consideran que no deben dar dinero para sus hijos si la madre ya tiene otra relación.

La función paterna de la crianza: involucramiento en las tareas de cuidado

A pesar de que las mujeres se han integrado a los trabajos remunerados fuera del hogar, Menjivar (2002) muestra en su estudio que el 50% de los hombres consideran que las mujeres deben criar a los hijos e hijas y los hombres deben proveer el dinero para la manutención del hogar; por tanto, muchas mujeres deben enfrentar sus jornadas laborales y las actividades de mantenimiento del hogar y los hijos, y aun así, una buena parte de los hombres siguen sin vincularse con en las labores reproductivas. En discordancia con lo que se propone por Menjivar (2002), debido a la antigüedad de su estudio, esta proporción debe reestudiarse y analizarse, para corroborar que estos datos sigan teniendo las cifras mostradas.

Sobre la división del trabajo, el autor Menjivar (2002) cita la teoría de Joseph-Vincent Marqués (1997), que habla sobre la complementariedad de los roles en el que la sociedad cristiana es menos misógina o abiertamente parcializada a culpabilizar a la mujer de la entrada de la maldad al mundo; esta teoría de la complementariedad muestra a la mujer como igual al hombre, pero no al hombre igual a la mujer. Son igualdades diferentes, en donde la mujer es complemento del hombre, pero no ocurre en ambos sentidos, sino que se espera que la mujer realice las tareas de las que el hombre no pueda ocuparse en tanto que a el hombre le corresponde encargarse prioritariamente de la proveeduría.

Asimismo, una parte de los hombres que participan de las actividades de cuidado, suele realizar en mayor medida unas tareas sobre otras, según señala, Menjivar (2002) quien menciona a Pierre Bourdieu (2000); quien menciona que el hombre suele dejar a las mujeres tareas inferiores o molestas y mezquinas. Así que los hombres se

visualizan en otras tareas que se relacionan más como la recreación y formación de valores.

Los hombres tienden a justificar la falta de involucramiento en las tareas de cuidado con la necesidad de cumplirse como proveedores, afirma Menjivar (2002), el horario de trabajo es el referente al orden de sus agendas y es lo que les imposibilita a algunos padres a no involucrarse con las actividades diarias de su hogar, hijos e hijas; sin embargo, a pesar de que muchos hombres deben estar en sus trabajos extensas jornadas, las mujeres en promedio han aumentado la cantidad de horas de trabajo remunerado.

Algunos autores como Rodríguez y Lozano (2001), mencionados por Menjivar (2002) señalan que la proveeduría es un valor que es fundamental para ejercer una paternidad adecuada, esto es considerado tanto por hombres como por mujeres; sin embargo, es una contradicción ya que se asocia al antivalor del abandono y despreocupación por los hijos e hijas y el hogar.

Con respecto al involucramiento en el cuidado de los hijos e hijas, en una cuestión de actitudes, los hombres, en el estudio de Menjivar (2002) consideran que las tareas de cuidado no son exclusivo de las mujeres, ellos se visualizan a sí mismos involucrándose en el cuidado. Por lo tanto, en este trabajo de investigación se investigó sobre la manera autopercebida en la que los hombres sintieron que desarrollaron su rol paterno y las actividades que desarrollaron para el cuidado de sus hijos.

Afectividades paternas: ¿la expresión coartada?

Al hablar de afectividad paterna, se debe iniciar hablando de la afectividad masculina, Kaufman (1997), señalado por Menjivar (2002) menciona que las masculinidades hegemónicas suprimen la expresión de las emociones de receptividad, empatía y la compasión; de cierta manera, estas emociones no desaparecen solo dejan de ser externadas, ya que no son funcionales para los hombres que reproducen este tipo de masculinidades.

En el trabajo de Menjivar (2002), se menciona que la afectividad masculina puede seguir los matices de Kaufman (1997), cuando habla de dominio y la búsqueda

de poder, en la que el hombre para mantener el poder requiere la capacidad de ser distante, por lo que las emociones “suaves” deben quedar anuladas. Por tanto, estos esquemas de nulidad emocional dan cabida a formar parte de las masculinidades hegemónicas. Sin embargo, en cuanto a la afectividad paterna, el mismo Menjivar (2002), comenta que ha sido poco estudiada en este contexto; por tanto, en los siguientes párrafos se comentará inicialmente al respecto.

Las concepciones acerca del significado de lo que es ser un “buen padre”

Para catalogar dentro del ideario cultural, Menjivar (2002) cataloga 3 grupos de concepciones de lo que es ser un buen padre. El primer grupo que se menciona es para un grupo de personas, ser un buen padre es “dar afecto”, “dar un buen trato”, “dedicar tiempo a pasar con hijos e hijas”, “apoyarles y respaldarles”.

Para el segundo grupo, tiene como concepciones la transmisión de valores y formar o educar a los hijos e hijas, según demuestra Menjivar (2002). El tercer grupo de concepciones significativas es el que más relevancia tuvo a nivel de encuesta, y es la concepción de que un buen padre “debe llevar el dinero al hogar”, “ser responsables”, “solventar las necesidades materiales” o “trabajar y ver que no les falte nada” a sus hijos e hijas.

Involucramiento paterno en lo afectivo: las vías de la demostración del afecto

Como parte de la demostración del afecto paterno, existe el consenso de que el afecto no solo se muestra desde los gestos afectivos de frases y abrazos, sino que es indispensable la función de proveeduría y formación como muestra afectiva, así lo afirma Menjivar (2002).

El cuidado: un factor muy poco considerado por los padres como forma de demostración de afecto

En relación con los demás aspectos relevantes para las personas como la crianza y la transmisión de valores, el cuidado de los hijos e hijas es el menos valorado por las personas, según argumenta Menjivar (2002). Por lo tanto, se deduce que entre las personas que dijeron que la expresión de sus afectos se daba desde la crianza o la proveeduría, reproducen la división de roles entre la madre y el padre.

Aparentemente se resalta nuevamente que los hombres subestiman y marginan las tareas, prefiriendo actividades de reproducción de sus propios valores y educación, y dejando a la otra parte las labores reproductivas.

Al presentarse esta clase de situaciones, se determina por parte de Menjivar (2002) que la poca presencia de los hombres en el cuidado de sus hijos e hijas, se debe a la diferenciación de roles y carga de manera diferente a los hombres y mujeres; asimismo, provoca que al subestimarse este tipo de tareas, se reduce el contacto físico que tienen los niños y las niñas con sus figuras paternas.

La otra cara del involucramiento paterno en lo afectivo: el disfrute de los padres

Anteriormente se menciona que los padres refieren que dar afecto para ellos significa cumplir con las necesidades de sus hijos e hijas, ser proveedor es su manera de dar afecto; a pesar de esto Menjivar (2002) menciona que en sus resultados se destaca el hecho de que los hombres disfrutaran de las tareas de cuidado de sus hijos, especialmente cuando son bebés; como bañar, alimentar, enseñar a hablar y caminar, entre otros. También, refieren disfrutar, en menor porcentaje, de jugar con ellos y las expresiones de amor y afecto.

En el análisis que realiza Menjivar (2002) sobre lo anterior, comenta que existe una marcada diferencia entre la forma en que se considera que se debe dar afecto y la forma en que se disfruta de la paternidad; siendo el primero de esos aspectos, el cumplimiento de un rol rígido, el segundo aspecto flexibiliza completamente este mandato social. Por lo cual, desde una promoción del cuidado de los hijos e hijas, se plantean estas responsabilidades como algo de disfrute y no como un mandato o el deber de ser.

También existe, un gran porcentaje de hombres que mencionan que lo que más les gusta de ser padres es ser proveedores y otro porcentaje disfruta de criar con base a sus valores, contándoles sobre sus experiencias y que aprendan de ellas, menciona Menjivar (2002).

Concluye Menjivar (2002) en este apartado mencionando que es importante diversificar la manera en la que se expresan los hombres con sus hijos e hijas, que se conviertan en relaciones sensibles y afectuosas; esto con el fin de que los padres disfruten y se expresen de manera más sensible, los códigos de comunicación serán

mucho más claros y directos para los hijos e hijas.

La demostración del afecto y el disfrute paterno siguen patrones de género

Las demostraciones de afecto que los hombres tienen hacia sus hijas no se demuestran de la misma manera a sus hijos; asimismo, el disfrute paterno también se da de manera diferenciada entre hijas e hijos, afirma Menjivar (2002).

De la demostración del afecto

Como se anota anteriormente, por Menjivar (2002), los hombres expresan su afecto diferenciadamente; el mismo autor, resalta dentro de su estudio, que los hombres tienden a mostrar el afecto a las niñas con las concepciones de cuidarlas y protegerlas más o darles un trato diferenciado por el hecho de ser mujeres. Tal estudio arroja que los padres prefieren dar un mayor acompañamiento a sus hijas que a los hijos; sin embargo, la diferencia no es tan notoria.

Otra diferencia entre las relaciones con los hijos y las hijas es que los hombres conciben la recreación y actividades lúdicas como parte de la demostración de cariño es mayor con los hijos que con las hijas, lo comenta Menjivar (2002).

A lo anterior, la presente investigación no se detiene a la diferenciación de afecto o cuidado por género, tampoco resalta si los participantes tienen hijas e hijos, se enfoca principalmente en cómo se da la relación y los pensamientos y emociones que afloraron durante el internamiento del bebé cuando nació.

Del disfrute paterno

Específicamente el disfrute paterno al compararse entre hijos e hijas se vuelve más notoria la diferenciación por género; las actividades de disfrute es el elemento variable entre ambos géneros, destaca Menjivar (2002), que los hombres en mayor proporción lo que más disfrutan son las actividades lúdicas y recreativas con sus hijos varones. Además, Menjivar (2002) apunta que las actividades que se desarrollan con las niñas son más pasivas y que las que se da con los hijos requieren de mayor actividad física.

Como consecuencia directa de ello, Menjivar (2002) apunta a que las prácticas de juego con que los padres impulsan a sus hijos e hijas tienden a perpetuar y

reproducir los modelos de género, los cuales van más allá de los límites del ámbito familiar.

La gestualidad del afecto

Menjivar (2002) Una parte importante del afecto es la manera en la que se expresa, es importante y se percibe cuando se hace de forma gestual corporal o verbal; sin embargo, se concuerda con Menjivar (2002) que la expresión o declaración manifiesta del afecto, es de gran relevancia cuando se da de forma directa.

En estos estudios de Menjivar (2002), se contempla que en aquel momento se hablaba ya de que las expresiones, de los padres a sus hijos e hijas, de afecto son naturales y que son inherentes al ser padres; sin embargo, aún se encontraron hombres que manifestaban que tales gesticulaciones de afecto eran diferenciadas según el género de su hijo o hija. Estos participantes, comentaron que a las muestras y proclamaciones de afecto eran permitidos hacia las niñas ya que las percibían como seres más sensibles, apegadas y tiernas; y se reconoció por parte de algunos encuestados que no podría efectuar tales expresiones por el machismo.

La raíz de estas diferenciaciones y negaciones de la expresión del afecto es analizada por Kimmel (1997) y contextualizada por Menjivar (2002), deviene de la negación de lo femenino en lo masculino; puesto que la gesticulación del afecto como un beso hacia su hijo o hija tiene una significación femenina, el perpetrarlo es un cuestionamiento hacia mismo a su virilidad y marca una pauta viril ejemplificante ante sus hijos varones.

En tanto, estas aproximaciones a la paternidad que brinda Menjivar (2002), da una idea de la masculinidad en la paternidad actual; sin embargo, se pueden encontrar fuertes variaciones en el contexto actual y las formas de afectividad, gesticulación de la afectividad, el involucramiento en el cuidado y el mandato a la proveeduría, puede que se encuentren muy diferentes en los relatos de este trabajo. Sin embargo, no es un objetivo de esta investigación determinar las masculinidades de cada participante ni comprender las nuevas masculinidades emergentes.

El trabajo de Menjivar (2002), sirve como referencia para lo que se puede encontrar en el manto de la masculinidad que cubre la paternidad; también, esta investigación puede servir de evidencia para que en futuros trabajos de investigación

se tome en cuenta la actualización de lo que es el tema de la paternidad y masculinidad. Lo anterior, debido a que desde hace muchos años se tienen vacíos de conocimiento científico de lo que es el tema de paternidad y familia; lo que puede estar provocando un mal manejo en la atención de las familias en los centros médicos, puede provocar que se estén implementando políticas desactualizadas y que fomenten la exclusión del hombre y la inequidad, tanto en la ley de paternidad responsable como en la educación sexual que reciben los menores de edad en las escuela y colegios públicos.

10 Capítulo III: Marco Metodológico

El trabajo de investigación propuesto, responde a Tesis de Graduación, que conlleva lo estipulado por el Consejo Universitario de la Universidad de Costa Rica (1980), y define este tipo de trabajo final de Graduación como un proceso de investigación que culmina con la presentación de una memoria escrita que aporta conocimiento nuevo y original sobre el asunto investigado.

La investigación posee un enfoque cualitativo, Hernández Sampieri (2014) menciona que este tipo de investigación utiliza la recolección y el análisis de los datos para formular y afinar nuevas preguntas de investigación, esto en cualquiera de sus etapas, a diferencia del enfoque cuantitativo.

Se eligió este enfoque, ya que responde mejor al problema planteado, como lo afirma Hernández Sampieri (2014), el propósito de este tipo de investigación es examinar la forma en que las personas perciben y experimentan los fenómenos que se encuentran en su entorno y se intenta dar mayor relevancia a los significados e interpretaciones que ellos les daban a cada situación.

Fases de la investigación

Las fases de la investigación, basadas en Rodríguez Gómez (1996), son una serie de actuaciones que pueden ser o no consecutivas, que le permiten a la persona investigadora acercarse a la comprensión de lo estudiado. Este autor establece 4 grandes fases, la preparatoria, el trabajo de campo, analítica e informativa.

10.1 Fase preparativa

Esta fase, Rodríguez Gómez (1996), la divide en dos etapas la reflexiva y la etapa de diseño.

10.1.1 Etapa Reflexiva

La etapa reflexiva, es donde se da el inicio del planteamiento del problema de investigación, en la cual el investigador o investigadora se basa desde sus propias expectativas, experiencias propias y ajenas, lecturas de artículos relacionados, entre otros. Además, menciona que todo investigador, es una persona conformada por las

influencias multiculturales. En esta etapa, el t3pico de inter3s no tiene que estar totalmente delimitado y definido, es m3s un proceso autorreflexivo y de autocr3tica, seg3n Rodr3guez G3mez (1996).

Posteriormente, se empieza la b3squeda de la informaci3n posible y se trata de establecer en parte lo que es el estado de la cuesti3n, comenta Rodr3guez G3mez (1996); con los datos recabados se debe considerar el marco conceptual.

Sin embargo, la reflexi3n durante la investigaci3n cualitativa como m3todo inductivo, es iniciar con el planteamiento del problema de investigaci3n, asegura Hern3ndez Sampieri (2014).

En esta fase, para la investigaci3n desarrollada, se tom3 en cuenta la din3mica observada en los servicios de neonatolog3a de los hospitales p3blicos, donde se observ3 la poca interacci3n de los padres con su hijo o hija prematuro hospitalizado.

Se observ3 en estos servicios que la atenci3n, la informaci3n y el cuidado hacia el ni3o est3 centrado en la madre, dejando de lado el involucramiento del padre en el cuidado del neonato. Este fen3meno se presenci3 durante las pr3cticas cl3nicas de la Licenciatura en Enfermer3a de la Universidad de Costa Rica.

Por lo tanto, se pretende conocer sobre la din3mica experimentada por otros padres mientras su hijo o hija estuvo internado en el servicio de neonatolog3a de alg3n hospital p3blico costarricense.

10.1.2 Etapa de dise3o

La segunda etapa es la de dise3o, en este momento, se da lo que es la planificaci3n de las actuaciones, por lo tanto es un anteproyecto, seg3n lo describe Rodr3guez G3mez (1996). Adem3s, en estas investigaciones no positivistas, los dise3os no son tan estructurados, m3s bien siguen un camino de descubrimiento progresivo.

En este caso se utiliza un paradigma metodol3gico constructivista, por lo tanto se vale de la interpretaci3n del fen3meno estudiado a partir de los supuestos te3ricos

existentes.

En las investigaciones cualitativas se toman decisiones que delimitan el proceso de actuación frente a las fases sucesivas, aunque no es posible determinar de manera exacta todas las fases y adoptar las correspondientes decisiones, afirma Rodríguez Gómez (1996).

El tipo de investigación al que corresponde esta investigación es descriptiva, Hernández Sampieri (2014) comenta que los estudios descriptivos se interesan en la descripción de los datos, sin conceptualización ni interpretación; pretende describir de forma fiel la vida, lo que ocurre lo que la gente dice, cómo lo dice y de qué manera actúa

El diseño de investigación es fenomenológico, Hernández Sampieri (2014), señala que en este diseño, se obtienen las perspectivas de los participantes, y la esencia de su experiencia vivida por medio de la exploración, descripción y comprensión del fenómeno.

El alcance de la investigación es exploratorio, ya que en el país no existen investigaciones de este tipo ni en artículos académicos de otros países. Hernández Sampieri (2014), menciona que este alcance se pretende cuando los estudios actuales son nulos o se tocan vagamente en otras investigaciones.

Para llegar a este objeto de investigación, se presentó, desde los primeros pasos, un intento constante de definición y delimitación de la naturaleza de la problemática estudiada, como lo menciona Rodríguez Gómez (1996).

La elección del diseño metodológico propuesto, surge a partir de que es un fenómeno poco explorado en el contexto costarricense; por lo tanto, la pluralidad metodológica que menciona Rodríguez Gómez (1996), permite una visión holística del objeto de estudio.

La muestra se determina al pretender explorar la experiencia vivida del padre posterior al evento de nacimiento y hospitalización; esto porque el padre se puede encontrar en un estado de suma vulnerabilidad emocional por la condición de su hijo

o hija si estuviera hospitalizado.

Técnica de Investigación: Se realizaron entrevistas a profundidad hasta llegar al punto de saturación de la información, que se determina principalmente cuando la información que se recolecta repite entre las personas entrevistadas, según Hernández Sampieri (2014).

El autor Hernández Sampieri (2014), comenta que las entrevistas son reuniones más íntimas, flexibles y abiertas, donde se conversa y se intercambia información; se dividen en entrevistas: estructuradas, semiestructuradas y abiertas.

Las entrevistas se realizan, según Hernández Sampieri (2014), cuando el problema de estudio no se puede observar o es muy difícil hacerlo por ética o complejidad.

La elección de la muestra fue autoseleccionada, ya que se entrevistaron a los participantes que se propusieron a sí mismos o se les invitó a participar voluntariamente, por medio de la técnica de recolección de datos de bola de nieve y por invitación a través de redes sociales. Debido a la falta de asociaciones oficiales de padres de niños y niñas prematuros, la invitación de los participantes se realizó por medio de la red social Facebook, en la que existen grupos informales de padres de bebés prematuros en Costa Rica.

Para incorporar a los participantes a la investigación, se utilizaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión:

1. Hombres con hijos o hijas que nacieron pretérmino y que hayan estado hospitalizados en el servicio de neonatología de un hospital nacional.
2. Que hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

1. Hombres menores de 18 años
2. Padres que no se involucren en el proceso de crianza de los hijos o hijas.

Se excluyen hombres menores de 18 años, debido a que en la etapa de la adolescencia, se está consolidando el desarrollo biopsicosocial, por lo que requiere otro tipo de marco conceptual y su respectivo análisis.

En cuanto a la elección del método de triangulación, se elige la propuesta de Rodríguez Gómez (1996) que corresponde a la triangulación teórica que consiste en la utilización de diferentes perspectivas para triangular un conjunto de datos.

Estos métodos elegidos, determinan los instrumentos y técnicas de recogida de datos; en este caso, se elige la grabación del audio de la entrevista para no perder detalle de lo que se menciona por la persona participante, y así disponer de la información exacta durante el análisis de los datos.

En este caso se utilizarán las entrevistas semiestructuradas, como las describe Hernández Sampieri (2014), que se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador, tiene la libertad de introducir nuevas preguntas conforme se desarrolla la conversación para precisar la información.

Durante el análisis de los datos se prefiere un procedimiento inductivo para evitar la generación de falsas expectativas y que con respecto a las respuestas brindadas, la confrontación teórica responda a las dimensiones de la investigación que

se encontraron durante las entrevistas.

El consentimiento informado, se realiza desde la propuesta de la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica, la cual es aprobada y validada por este departamento.

10.2 Fase de trabajo de campo

Esta fase a su vez es dividida en dos etapas, comentadas por Rodríguez Gómez (1996), las cuales son el acceso al campo y la obtención de datos.

El acceso al campo es el proceso por el cual la o el investigador va accediendo gradualmente a la información fundamental para su estudio; Rodríguez Gómez (1996), supone que inicialmente, en esta etapa, se solicita un permiso para acceder a la población que se encuentra en una institución u otros. Se entiende como un proceso que se da constantemente a partir de cada momento en el que se accede al escenario.

El origen de la muestra, se dio gracias al contacto con la MSc. Marisol Castillo Ramírez, quien es enfermera pediátrica, brinda información sobre la existencia de un grupo informal, en redes sociales, de padres y madres de niños y niñas prematuros del cual ella es integrante; además, informa sobre las actividades que ellos y ellas organizan durante el mes de noviembre de cada año, debido al día del bebé prematuro.

Aparte del acceso al campo como tal, se determinó cuáles serían los posibles participantes; Rodríguez Gómez (1996) propone que estos fuesen las personas que dispone del conocimiento y la experiencia que requiere el investigador, tiene habilidad para reflexionar, se expresa con claridad, tiene tiempo para ser entrevistado y está predispuesto positivamente para participar en el estudio.

Este acceso inicial al campo se dio el 17 de noviembre, “el día mundial del niño o niña prematuro”, durante la actividad realizada esa mañana en el Parque Metropolitano la Sabana. El evento contó con la participación de padres, madres y niños y niñas que nacieron prematuros.

El muestreo para una selección de informantes, en la definición de Rodríguez Gómez, G. (1996), tiene un carácter intencional, dinámico y secuencial. En este caso, el tipo de muestreo que se utiliza es el que Rodríguez Gómez (1996), denomina muestreo de caso crítico, los cuales son ejemplos que son significativos a través de la identificación de incidentes críticos que se pueden generalizar a otras situaciones.

Para recoger y registrar la información, se planteó una entrevista semiestructurada, dichos encuentros tuvieron una duración 1 hora con 15 min, la cita más corta, y 2 horas con 20min, la más larga. La duración de las entrevistas dependieron de las respuestas de los participantes y el tiempo en que lograban saturar los objetivos. Asimismo, el cuestionario se dividía en dos partes: una parte con las preguntas cerradas, acerca de las características sociodemográficas de los participantes y la otra parte que consta de 15 preguntas abiertas.

El instrumento utilizado, para realizar la entrevista fue validado por los siguientes expertos en el tema: el MSc. Dennis Carrillo Díaz, experto en temas de género y masculinidad; la MSc. Rebeca Gómez Sánchez, quien es enfermera de salud mental; el MSc. Daniel Martínez Esquivel, enfermero en salud mental; y la MSc. Karol Blanco Rojas, enfermera en salud mental; quienes dieron diferentes acotaciones y recomendaciones.

La entrevista fue grabada para poder llenar la información del instrumento utilizado llamado “Esquematización de la entrevista a los padres”.

En la invitación lanzada al público por medio de redes sociales, se brindó información de contacto de la estudiante investigadora y los objetivos del estudio, para que los padres interesados en colaborar, pudieran obtener más información sobre la entrevista a realizar y así concretar una cita en el lugar a convenir o en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.

La segunda fase del acceso al campo es la recolección productiva de datos; Rodríguez Gómez (1996) comenta que, en esta etapa, la luz, el orden y la comprensión van emergiendo mientras se da la indagación desarrollada dentro del marco conceptual.

Posterior a esto, se dio el análisis de los datos, Rodríguez Gómez (1996). Al

iniciar las transcripciones y notas de campo, se deben referenciar unidas a las fuentes, pero a la vez separadas de la mismas y organizadas.

Para asegurar el rigor de la investigación, se deben tener en cuenta los criterios de suficiencia y adecuación de los datos; la suficiencia, en palabras de Rodríguez Gómez (1996), es la relación de la cantidad de datos recogidos antes que al número de sujetos. Por una parte, este mismo autor, confirma que la suficiencia se alcanza al llegar al estado de “saturación informativa” y la nueva información no aporta nada nuevo.

Por otra parte, la adecuación, según Rodríguez Gómez (1996), se refiere a la selección de la información de acuerdo a las necesidades teóricas del estudio y el modelo emergente.

Además, aludiendo a Sandoval Casilimas (1996), según la característica de apertura en las investigaciones cualitativas, durante el proceso de recolección de datos de la investigación, en función de los hallazgos realizados mientras ocurre la misma entrevista, se pueden agregar nuevos elementos o preguntas.

Durante el proceso de recolección de datos, se deben realizar análisis preliminares de los datos, por medio de las tácticas para generar significación, la codificación y categorización de los datos, en todos sus niveles, según Sandoval Casilimas (1996); sin embargo, este proceso se expondrá en la fase analítica. Lo cual, se hace mención de que las fases de recolección de datos y de análisis, se pueden dar simultáneamente y luego se diferencian al terminar la recogida de la información que brindan los informantes y la literatura o bibliografía consultada.

Asimismo, al citar a los participantes para las entrevistas, estos informan que el lugar planteado, en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, no les era conveniente; por lo tanto, el lugar fue a convenir con cada uno de los participantes. Los encuentros se dieron principalmente en la casa de habitación de los padres y en salas de reunión en las oficinas donde trabajaban; ambas áreas contaban con la privacidad y comodidad necesaria para que las personas participantes pudieran conversar libremente.

Con respecto al cambio en la propuesta inicial del lugar de la entrevista,

Sandoval Casilimas (1996) menciona que la característica de sensibilidad estratégica refiere a la posibilidad de cambiar el diseño inicial partiendo de las características que se hallen en contacto efectivo con los informantes y la dinámica de la realidad objeto de análisis. Por lo tanto, para las personas participantes con niveles heterogéneos de escolaridad y de disponibilidad de tiempo, se planteó un rediseño de la estrategia de acercamiento, para que las personas no fueran excluidas del proceso de recolección de la información.

10.3 Fase Analítica

Este proceso de análisis se inicia durante el mismo trabajo de campo, según Rodríguez Gómez (1996) y se continúa y profundiza a partir del abandono del escenario.

A pesar de que la sistematización o estrategia de análisis de datos es un proceso difícil de determinar bajo una generalidad; sin embargo, Rodríguez Gómez (1996) establece una serie de tareas básicas del proceso analítico, las cuales son: reducción de datos, disposición y transformación de datos, y obtención de resultados y verificación de conclusiones. A esto corresponde la triangulación teórica de la información.

Para iniciar con la respectiva triangulación teórica, Sandoval Casilimas (1996), establece la organización descriptiva de los datos disponibles; posteriormente, contempla la segmentación de los datos por categorías (en este caso contempladas en la unidad de análisis), que permiten la reagrupación y una lectura distinta de esos mismos datos; por último, se realiza una categorización de segundo orden o axial, donde se estructura la presentación sintética y conceptualizada de los datos.

Para realizar una presentación sintética y confirmar hallazgos, se utilizó la táctica para generar significación, brindada por Sandoval Casilimas (1996), "identificación de patrones y temas" que consiste en un rastreo sistemático de temas y que se repiten dentro de las entrevistas; en un examen de las relaciones interpersonales consideradas; y en la elaboración o uso de constructos teóricos, en este caso el utilizado para construir la unidad de análisis.

De manera posterior a la recolección de los datos de campo, se procedió a emplear las técnicas secuenciales de análisis propuestas por Sandoval Casilimas (1996), las cuales se describen a continuación:

Estrategias para realizar análisis preliminares: el autor Sandoval Casilimas (1996), menciona que durante la recolección de datos se debe: forzarse a uno mismo a estrechar el foco de atención, lo cual se empleaba al reestructurar las preguntas o volver a encauzar las respuestas hacia los objetivos de la investigación; estar revisando las notas de campo con el propósito de determinar si caben nuevas preguntas; escribir tópicos acerca de los hallazgos o temas relevantes y traer ideas emergentes.

Estrategias para adelantar el análisis después del trabajo de campo: El sistema de codificación empleado, se realizó con base a la unidad de análisis propuesto en el cuadro número 1 de la unidad de análisis.

El proceso de construcción y validación de categorías: como se menciona anteriormente, este proceso se divide en 3 fases, Sandoval Casilimas (1996), propone la *codificación descriptiva y primer nivel de categorización*, la *codificación axial y segundo nivel de categorización*, y por último la *codificación selectiva y tercer nivel de categorización*.

Durante el análisis intermedio de los datos, Sandoval Casilimas (1996) propone la organización de las ideas para la estructuración de las mismas durante la evolución de la recolección de los datos de campo. Para realizar esto, se debe hacer una focalización del problema de la investigación.

En consecuencia a lo anterior, se realizó lo propuesto por Sandoval Casilimas (1996), que consiste en registrar las ideas que emergían durante la lectura de las transcripciones de las entrevistas. Posterior a esto, se organizaron dichas ideas y se validaron los hallazgos, lo que permitió un contacto constante con la información y la retroalimentación con la teoría y bibliografía ya existente; lo que corresponde al aseguramiento de la validez interna.

Durante la etapa final de análisis, que inicia después de agotar el trabajo de campo, se utilizaron cuatro procesos cognitivos, mencionados por Sandoval Casilimas

(1996), comprensión, síntesis, teorización y recontextualización.

Sobre la comprensión y síntesis, se inicia durante los procesos de generar significación y la categorización. Para la teorización, mencionada anteriormente, se plantearon preguntas y nexos entre los datos recolectados y la teoría existente; para ello se empleó la estrategia propuesta por Sandoval Casilimas (1996) de *encadenamiento*.

El encadenamiento consiste en “*La identificación de las creencias y valores presentes en los datos de los que se dispone, buscando generar, entre ellos nexos en cadena o relaciones que permitan completar el análisis, trascendiendo la dimensión meramente descriptiva*”, según Sandoval Casilimas (1996: pp 184).

Se elige esta estrategia de investigación debido al tipo de investigación propuesto, el cual es descriptivo y exploratorio; el cual intenta analizar los datos desde los diferentes sistemas propuestos por Imogene King (1980), además de la asociación con los referentes teóricos propuestos en el marco de referencia.

10.3.1 Unidad de Análisis

Tabla N° 1

Dimensión	Objetivo	Categoría	Subcategoría	Pregunta
Características demográficas de los padres de los niños o las niñas prematuros que estuvieron hospitalizados en la UCN	Describir las características demográficas de los padres de los niños o las niñas prematuros que estuvieron hospitalizados la UCN	Datos demográficos	Edad	Edad
			Nacionalidad	Nacionalidad
			Lugar de residencia	Lugar de residencia
			Estado civil	Estado civil
			Escolaridad	Último año aprobado
			Ocupación	Ocupación
Experiencia del cuidado del padre durante el proceso de internamiento del niño o la niña	Identificar la experiencia del cuidado del padre durante el proceso de internamiento del niño o la niña	Sistema interpersonal	Rol	¿Cómo cree usted que era su rol paterno y cómo cree usted que fue su rol de cuidador?
			Comunicación	¿Cómo identificó usted las necesidades de su hijo o hija durante la hospitalización? ¿cómo respondió usted ante esas necesidades?
			Transacción: Percepción	¿Qué significa para usted cuidar a su bebé y ser padre? ¿Cómo percibe que era su papel de padre durante la hospitalización del niño o

				la niña?
Experiencias del padre con el personal de salud a cargo del cuidado del niño o la niña	Identificar las experiencias del padre con el personal de salud a cargo del cuidado del niño o la niña.	Sistema Social	Organización	¿Cómo fue su experiencia con el personal de salud? ¿Los llegó a conocer o sabía cuáles eran sus funciones?
			Toma de decisiones	¿Qué conocía sobre el tratamiento, conocía usted los cambios en el tratamiento de su hijo o hija? ¿Durante la hospitalización de su hijo o hija participó (lo tomaron en cuenta) durante la toma de decisiones con respecto al tratamiento y cuidados?
Experiencias cognitivas y afectivas del padre durante el proceso de hospitalización de su hijo o hija	Identificar las experiencias cognitivas y afectivas del padre durante el proceso de hospitalización de su hijo o hija	Sistema personal	Crecimiento y desarrollo	¿Cómo cree que esta experiencia lo cambió a usted como persona? ¿qué significó para usted? ¿Cómo ha sido su vínculo con su bebé y familia?
			Percepción	¿Qué provocó en usted, sus pensamientos y

				<p>sentimientos durante el internamiento de su hijo o hija?</p> <p>¿Cómo manejó estos sentimientos?</p> <p>¿Recibió alguna educación con respecto al cuidado y condición de salud?</p> <p>¿Qué aprendió durante el proceso? ¿Ya sea para el cuidado del menor o como persona?</p>
			Concepto del yo	<p>¿Cómo se describe a sí mismo como padre y persona durante el tiempo en que estuvo su hijo o hija hospitalizado y cómo se describe ahora?</p>

10.4 Fase informativa

El proceso de investigación finaliza con la presentación y la difusión de los resultados, según Rodríguez Gómez (1996); ya que es la manera en la que el investigador ya comprende el problema estudiado y lo comparte con la comunidad científica, la población que participó en la investigación y demás personas interesadas en el tema.

Por lo cual, en esta fase se debe desarrollar el informe, eligiendo una de las dos opciones, contempladas por Rodríguez Gómez (1996): como si el lector estuviera resolviendo el rompecabezas con el investigador, u ofrecer un resumen de los principales hallazgos y entonces presentar los resultados que apoyan las conclusiones.

Para la devolución de los resultados a los participantes, se puede presentar un borrador del informe a los participantes para que ellos devuelvan sus opiniones; Rodríguez Gómez (1996) comenta, que esto puede servir como medio para validar y verificar las conclusiones.

Se convocará a una reunión con los participantes en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica; además, se hará una devolución en un Hospital público pediátrico, con enfermeras y enfermeros que laboren en la Unidad de Neonatología.

11 Consideraciones éticas

Para el presente trabajo se tomaron en cuenta las consideraciones éticas planteadas por Ezekiel Emanuel (2003); para este autor existen 7 requisitos éticos que proporcionan un marco sistémico y racional para determinar si la investigación clínica es ética.

Estos requisitos éticos permiten guiar el desarrollo y ejecución de los protocolos y responden a las declaraciones universales de los principios fundamentales para la protección de los documentos filosóficos, como por ejemplo código de Nuremberg, declaración de Helsinki, informe de Belmont, entre otros.

Además, se tomaron en cuenta los principios de la ley 9234; y los documentos con la información recolectada a los participantes, será resguardada durante los próximos 5 años.

11.1 Valor

Se refiere Emanuel (2003), a que el trabajo de investigación debe tener un juicio de importancia social, científica o clínica; por lo tanto, debe aportar una mejora a la salud y bienestar de la población, independientemente si la investigación tiene implicaciones inmediatas.

Ejemplos de trabajos investigativos sin valor clínico o social, mencionados por Emanuel (2003), son las que incluyen información que duplica o repite sustancial o totalmente resultados comprobados, también son los que incluyen resultados no generalizables, una hipótesis banal o una en que la intervención no puede jamás llevarse a cabo en forma práctica, aunque sea eficaz.

11.2 Validez científica

Se refiere al diseño de la investigación o la metodología implementada; Emanuel (2003), comenta que a pesar de que una investigación puede ser valiosa, pero al mismo tiempo estar mal diseñada; por lo cual, produce resultados poco confiables o inválidos.

El autor Emanuel (2003), menciona que este tipo de investigaciones, mal

diseñadas, se considera axioma y no produce hechos científicos.

Para que una investigación sea ética, la metodología debe estar diseñada para que el estudio se pueda replicar y al mismo tiempo sea válido. Por lo tanto, Emanuel (2003), establece que el estudio debe tener un objetivo claro, estar diseñada utilizando principios, métodos y prácticas de efecto seguro aceptado, tener poder suficiente para probar definitivamente el objetivo, un plan de análisis de datos verosímil y debe poder llevarse a cabo.

Además, se propone por Emanuel (2003), que la determinación de la importancia de la hipótesis debe hacerse de manera independiente al planteamiento de los métodos de investigación.

11.3 Selección equitativa del sujeto

Se establecen por Emanuel (2003) 4 facetas para cumplir con este requisito; la primera, es asegurar que se seleccionen los grupos específicos de sujetos por razones relacionadas con las interrogantes científicas incluidas en la investigación; la segunda, sería la selección equitativa de sujetos, lo que quiere decir que todos los individuos que tengan las características necesarias para participar en la investigación tengan la posibilidad de participar.

La tercera faceta, se menciona por Emanuel (2003) para que la selección sea equitativa, es cuando la persona participante puede recibir los beneficios de los resultados positivos de la investigación; el autor ejemplifica los casos en los que las investigaciones involucran tratamiento.

La última y cuarta faceta, se refiere a un equilibrio entre la garantía del riesgo beneficio sea apropiada. Emanuel (2003) menciona con respecto a esto, que el diseño de la investigación debe estar contemplado para que exista el mínimo riesgo posible para la persona participante.

Además, cuando una persona pese a aceptar el riesgo presentado y se ve afectado, por alguna circunstancia suscitada por la participación en la investigación, tiene el derecho de recibir por igual los beneficios de la investigación, propone Emanuel (2003).

11.4 Proporción favorable de riesgo-beneficio

El grado de riesgo y beneficio en una investigación es incierta aún mayor en etapas temprana; sin embargo, Emanuel (2003) comenta que la investigación se justifica cuando: los riesgos potenciales a los sujetos individuales se minimizan; los beneficios potenciales a los sujetos individuales o a la sociedad se maximizan; y los beneficios potenciales son proporcionados o exceden a los riesgos asumidos. Si bien todos los riesgos son asumidos a nivel individual, los beneficios son generalizados a la sociedad.

En general, cuanto mayor sean los riesgos individuales mayor deben ser los beneficios a la sociedad, esto para que la investigación sea ética, según lo menciona Emanuel (2003).

El balance entre riesgo beneficio, es un razonamiento subjetivo pero basado en estándares sociales establecidos por las bases de datos existentes, afirma Emanuel (2003).

Este requisito incorpora los principios de beneficencia y no maleficencia; el principio de no maleficencia, lo menciona Emanuel (2003), como el principio de no hacer daño y de reducir los riesgos al máximo; y el de beneficencia, responde a la obligación moral de actuar en beneficio a otros. En las investigaciones clínicas, se pretende disminuir el riesgo y que tanto la sociedad como el individuo, obtengan beneficios.

11.5 Evaluación independiente

Se recomienda por Emanuel (2003), que el diseño del trabajo sea revisado por peritos expertos, independientes a la investigación que brinden aprobación, recomendaciones o el rechazo de la investigación; para evitar que los intereses personales del investigador modelen de manera incorrecta el diseño de la investigación y que por ende produzca resultados sin validez o poco confiables.

Otra razón, según Emanuel (2003), es que el equipo de peritos evalúe los requisitos éticos que sigue la investigación y así que las personas que participen en la investigación sean tratadas éticamente y no solamente como medios u objetos de

estudio.

11.6 Consentimiento informado

El consentimiento informado es para Emanuel (2003), como el medio para que los individuos que participen en la investigación estén conscientes de que la propuesta sea compatible con sus valores, intereses y preferencias.

Como se menciona con anterioridad, en este caso se utiliza el modelo de consentimiento informado de la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica; la cual, es un documento validado y aprobado por el Comité Ético Científico de dicha institución para las investigaciones que involucren a seres humanos.

El autor Emanuel (2003), recalca que al inscribir a un participante sin autorización es tratarles como un medio hacia un fin con el cual pudieran no estar de acuerdo; infringiendo el valor intrínseco y autonomía de cada persona.

11.7 Respeto a los sujetos inscritos

Los requisitos éticos en la investigación responden a los principios éticos de las investigaciones clínicas, los cuales son continuos durante todo el proceso investigativo; y estos no concluyen cuando los individuos firman el consentimiento informado y se inscriben a ella.

Para que exista respeto a los sujetos, se deben practicar 5 actividades, las cuales se contemplan por Emanuel (2003) de la siguiente manera: 1) permitir al sujeto cambiar de opinión; 2) la privacidad de los sujetos debe ser respetadas administrando información de acuerdo con reglas de confidencialidad; 3) Los sujetos deben ser informados sobre los nuevos datos o información que concierne a riesgos y beneficios; 4) debe existir un mecanismo de devolución de los resultados; 5) se debe vigilar el bienestar del sujeto a lo largo de la investigación, por si experimenta reacciones adversas para poder brindarle un tratamiento apropiado y, si es necesario, retirarlo de la investigación.

12. Capítulo V Presentación y Análisis de los resultados

Los participantes de la investigación fueron, contactados por publicaciones en Facebook a través de la página “Bebés prematuros CR” y también por medio de la técnica de la bola de nieve para contactar a posibles personas interesadas.

Se realizaron en total 5 entrevistas, a los cuales se hará referencia a ellos como participante 1, participante 2, participante 3, participante 4 y participante 5.

El análisis se realizó con base a los objetivos planteados en esta investigación, siguen además las líneas teóricas propuestas en el marco teórico y referencial, además de otras citas bibliográficas utilizadas como apoyo complementario en la triangulación de la información.

12.1 Datos sociodemográficos

En tanto a la nacionalidad de los participantes, cabe destacar que todos los padres son costarricenses, que viven en diferentes partes de del país, de ellos 3 viven en la provincia de San José, uno en Guanacaste y otro en Cartago.

El participante 1 al momento de la entrevista tenía 40 años cumplidos, vivió la experiencia con su hija en un hospital público costarricense en el Gran Área Metropolitana, clase A. La menor de edad en el momento de la entrevista tenía 3 años y 4 meses. El participante vive en Rohrmoser, San José, en unión libre con la madre de su hija. Posee una licenciatura universitaria y se ocupa como ingeniero industrial.

El participante 2 tenía 31 años cumplidos en el momento de la entrevista y su hijo 9 meses de edad, quien estuvo también internado en un hospital público costarricense clase A. En cuanto a su escolaridad, posee una educación de universitario completo; además, vive en Goicoechea, San José, con su esposa y madre del menor de edad.

El participante 3 tenía 39 años al momento de la entrevista y su hija 3 años, quien estuvo hospitalizada en 2 hospitales públicos costarricenses diferentes, en el área de neonatología. Este participante se desempeña como ingeniero electrónico,

por lo que cuenta con una escolaridad universitaria completa. Además, su estado civil es casado y vive en Santa Cruz, Guanacaste.

El participante 4 tenía 30 años cuando se le entrevistó, su hijo tenía 2 años al mismo momento, quien estuvo también en dos hospitales públicos costarricenses, en un hospital nacional clase A y en un hospital regional. Este mismo participante vive en Oreamuno de Cartago; además, se encuentra casado y cuenta con secundaria completa.

El participante 5 tenía 52 años cumplidos y su hijo 22 años también cumplidos, nació en 1997 en un hospital público costarricense del Gran Área Metropolitana. El participante vive en Pavas, San José, es divorciado y cuenta con secundaria incompleta. Puede afectar el factor tiempo desde el nacimiento ya que la persona puede tener problema para recordar.

En tanto, la teoría que se utilizó para analizar y estructurar la información fue la de Imogene King (1984) en donde se separan los componentes dinámicos de interacción de los sistemas abiertos (personal, interpersonal y social); sin embargo, se utilizan solo algunos de los conceptos de los que se propone por la autora. Esto por la relevancia que tienen para la investigación, en cuanto a los objetivos propuestos.

A continuación, se hará el análisis del sistema personal, el cual dimensiona las experiencias afectivas y cognitivas de los padres de bebés prematuros que fueron hospitalizados en el área de neonatos.

12.2 Sistema personal

El sistema personal, de King (1984) es la totalidad de una persona, por lo que cada quien es un sistema total, que se categoriza y conceptualiza en la percepción, el yo, imagen corporal, crecimiento y desarrollo, tiempo y espacio. Además, las experiencias de las personas entran dentro de este sistema, y según menciona King

(1984), que a través de los conceptos anteriores que el ser humano puede tomar experiencias pasadas y darle sentido a su mundo.

Por lo que en este apartado se tratará de conocer esas experiencias dentro del sistema personal de los padres, pero se hará mayor énfasis en aquellas vivencias afectivas y cognitivas que entran en este sistema.

Lo anterior lleva a estructurar las vivencias, de los padres con hijos o hijas que nacieron prematuros y fueron hospitalizados, a un plano más íntimo; ya que como menciona King (1984), aquellas experiencias o acontecimientos de la vida, implican cambios en a nivel emocional y principalmente en la percepción de sí mismos.

En tanto, tales acontecimientos, como el hecho de ser padres, embarazo y que su hijo sea prematuro y se hospitalice por ello; puede ser un factor determinante para que la persona entre en una crisis.

El participante 4, cuenta la experiencia que vivió cuando otro niño del mismo servicio murió; su grado de desorganización le hizo reaccionar y sentir como si su hijo hubiese muerto; además, al ser su primer hijo, el padre no supo cómo manejar en ese instante la situación, ya que cuenta que salió del hospital de manera apresurada con una ansiedad por huir del lugar.

Yo iba en blanco, o sea, yo decía como voy a llamar yo a la casa de mi esposa, a mi casa a decirles di que el bebé ya no está, que se murió, y cuando yo subí o sea yo sabiendo que no era él, que la enfermera me dijo “Papá tranquilo no es su bebé”. (Participante 4, 2019)

El autor Dzib (2013) citando a Slaikeu (1988) menciona que una crisis es “un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo”.

Las herramientas de estas personas para sobrellevar estas situaciones dependen de la resiliencia de cada uno; sin embargo, es de considerar que 4 de 5

participantes fueron papás primerizos y añadirle la hospitalización del niño, significa que muchos no tienen idea de cómo sobrellevar tal situación en la que la impotencia es uno de los sentimientos más recurrentes entre los participantes, sobre esto se desarrollará más tarde.

No obstante, que las personas no cuenten con herramientas efectivas para afrontar la vulnerabilidad de su hijo o hija prematuro, no quiere decir que durante el mismo proceso no las puedan aprender ya sea por medio de los servicios que el centro de salud pueda brindar o que salgan a relucir otros mecanismos de defensa.

Por ejemplo, en el caso del participante 4, quien menciona que lo citaron a varias charlas durante el internamiento, entre ellas un taller para el manejo emocional de los padres y madres de bebés prematuros internados; comenta el padre *“Era como para desahogarse, o sea esa charla yo me acuerdo de que yo entré y fueron 3 horas que las 3 horas las lloré”* (Participante 4, 2019).

A pesar de que la solución a los problemas del Participante 4, no se dio de la noche a la mañana por una sola charla, este fue el inicio de una liberación emocional y una especie de permiso hacia sí mismo para poder expresarse y demostrar sus sentimientos de impotencia, tristeza, vulnerabilidad, etc.

En el caso del participante 3, este hace referencia a que su deber era el de mantenerse fuerte para ser el apoyo de su esposa y por tanto se mantenía “positivo” ante las situaciones de incertidumbre por las que estaba atravesando; sin embargo, durante la entrevista este padre llora mucho al recordar y repensar en las situaciones, menciona también que durante la hospitalización de su hija, él no lloraba y se mantenía positivo, el comentó *“Yo siento que yo fui un poco más positivo o por lo menos no externé los miedos que tenía (se le quiebra la voz) y además sentía como que no podía caer, no había chance para eso (sollozos)”* (Participante 3, 2019).

Lo que se deduce de lo expresado verbalmente y de la comunicación no verbal mostrada durante la entrevista, es en sí un mecanismo de defensa, el desplazamiento y que en caso del participante 3 fue una herramienta que lo mantenía fuera de una franca crisis circunstancial, tal como lo menciona Dzib (2013). A pesar de que tal

herramienta le fuera útil para sobrellevar momentáneamente la hospitalización de su hija prematura, puede que haber desplazado sus emociones y pensamientos le genere aún conflictos emocionales o situaciones no resueltas actualmente.

Asimismo, Dzib (2013) cita a Caplan (1964), quien advierte que las crisis pueden ser vistas como una oportunidad de desarrollo de la madurez de la persona, pero también representa un estado de vulnerabilidad para experimentar un trastorno mental. Lo anterior depende del manejo de la persona o el individuo a la situación, como en los casos de los participantes 3 y 4.

12.2.1 Percepción

La percepción según King (1984), es la representación personal de la realidad por medio de una acomodación mental de los datos sensoriales, emocionales, así como la interpretación y transformación de los mismos con influencia de las experiencias pasadas. La percepción se construye a partir del proceso mencionado anteriormente, procesa ideas particulares de los individuos para conocer su entorno; en tanto, es la representación de la realidad de cada persona.

En relación a la parte afectiva que responde a la dimensión que se está analizando, la percepción descrita por King (1984) sugiere que las enfermeras y enfermeros deben valorar el estrés, ansiedad, otras necesidades y la disposición de cada persona de saber lo que está pasando, ya que son factores que pueden distorsionar la percepción.

En un servicio de neonatología, es común encontrar este tipo de emociones en los padres y madres, según lo mencionan Hynam y Hall (2015) las familias viven una trayectoria emocional cuando atraviesan tales eventos traumáticos.

Así como lo mencionan Acosta y Cabrera (2016), existe en estos ambientes, gran conmoción emocional, provocada por experimentar altos niveles de estrés e inseguridad por los padres.

Por ejemplo, ante la pregunta de la investigadora, referente a “¿Qué provocó en usted, sus pensamientos y sentimientos durante el internamiento de su hijo o hija?”

Se obtuvo respuestas con descripciones de emociones negativas, como en el siguiente caso:

A veces ansiedad, frustración, por esto que le decía de que no gana peso, que le están haciendo pruebas de sangre y aunque uno sabe que son necesarias uno les escucha llorar, porque recuerdo que a uno lo sacaban y se escuchaba a los chiquitos pegando unos gritos y uno pensaba “Uy esa es mi hija” ya uno le empieza a identificar el grito, entonces la ansiedad de ver eso, de ver que no ganaba peso, tal vez que estaba ganando apenas los 20 gramos y no más a pesar de que según uno, uno hacía de todo para que ganara mucho más. También había cierta frustración, hasta cierto punto cólera. (Participante 1, 2018)

Es común encontrar en las entrevistas realizadas, los sentimientos de frustración, ansiedad, impotencia, enojo, miedo; y se puede decir que tales emociones surgen de la percepción de sí mismos y de las responsabilidades que deben cumplir como hombres, y en estos casos puede que no sientan que están desarrollando esa parte de la virilidad.

Una de esas responsabilidades que se convierten en necesidades no satisfechas, es el mandato masculino y paterno propuesto por Menjivar (2002), que trata sobre proteger a su familia y que es parte de la responsabilidad que todo hombre debe asumir.

En el caso del participante 2 se obtuvo la siguiente respuesta:

(Suspiro) Bueno fueron muchos, al principio mucha impotencia, mucha impotencia el yo decir “Que me saquen sangre a mí y no le saquen a él y no le duela. Dios mío que lo que le vayan a hacer que no le duela” ... Luego vino el sentimiento como de cólera de que uno se empieza a cuestionarse “¿Por qué sí fulanita de tal tuvo a su hijo a término? ¿Por qué yo? ¿Qué hicimos mal?” ... Ahí luego viene como el miedo, porque empiezan a morir los bebés y

empiezan a morir y a morir y yo decía “Dios, cuida a mi bebé por favor cuídalo”. (Participante 2, 2018)

En el extracto de entrevista mencionado anteriormente, se observa esa trayectoria emocional de la que habla Hynam y Hall (2015), cuando la gente vive experiencias que pueden ser fuertes o traumáticas; en estos casos los cuestionamientos y culpa sobresalen, según las entrevistas realizadas.

Además, estas percepciones propias en un ambiente que se puede percibir como hostil por la carga emocional que representa, son manejadas por el estrés de la persona. Como menciona Imogene King “Temores, ansiedad, afán de supervivencia, sentimientos de pérdida y cambios en la manera de vida son algunas de las causas del stress” (1984, pp 107).

Ante la misma pregunta sobre los sentimientos experimentados durante la hospitalización de su hija, el participante 3 comentó sobre la rutina diaria matutina, sobre lo que ello representaba según su percepción.

Uno tenía que ir a revisar todos los días una lista y ver si estaba o no, era horrible porque uno podía llegar y que no estuviera en la lista...Estábamos como a la espera de eso, era medio estresante el asunto porque siempre pitaba la máquina cuando se bajaba entonces era medio pega estar buscando a la enfermera y uno se asustaba, entonces ya ellas llegaban y para las enfermeras eso es normal. (Participante 3, 2019)

Este participante comenta sobre sus sentimientos de ansiedad, estrés que sufría al intentar realizar sus tareas de protección y cuidado de la menor; además comenta sobre su temor de que algo malo sucediera. Sin embargo, al realizarle directamente la pregunta de las emociones y pensamientos que surgieron, evita dar una respuesta concisa.

En tanto, en el trabajo de Menjivar (2002), se menciona que el hombre para mantener el poder requiere la capacidad de ser distante, por lo que las emociones “suaves” deben quedar anuladas.

Relacionado a lo que Menjivar (2002) propone, es valioso recordar que en párrafos anteriores, el participante 3 comenta que no podía expresar sus propios miedos, que debía mantenerse fuerte para su esposa e hija; por lo tanto, el rasgo de masculinidad para la obtención de poder y proteger a su familia, están muy presentes en esta persona.

Además, de que de la misma manera que en otros participantes, pudo percibir que su propia masculinidad y las funciones que debe desempeñar como padre, se ven truncadas en un entorno en donde su poder de decisión y control se reducen, por lo que puede presentar trastornos de la ansiedad y de la percepción.

Lo anterior se puede reflejar durante la expresión de su inevitable necesidad de controlar todos los aspectos de cuidado y tratamiento de su hija.

Nosotros preguntamos mucho de cuáles eran los niveles normales que tenían que tener las cosas que estaban midiendo, entonces eso era lo que estábamos siempre pendientes de las mediciones de todo y de las necesidades de ella en cuanto todas esas cosas, comida, frío, si estaba cómoda en una posición o rotarla... Sí, estuvimos obsesionados un poco con eso en algún momento... cuando llegamos a familiarizarnos con lo que estaban haciendo, si ya nosotros detectábamos que le cambiaban algo, entonces preguntábamos por qué, para ver si no era un error entonces sí estábamos muy al cuidado de eso, no nos confiábamos. (Participante 3, 2019)

A pesar de que el participante 3 no tiene formación en salud ni en un área relacionada, este se interesa por saber qué aspectos debe valorar de la monitorización de su hija para dar alerta si en algún momento los valores se salen del rango esperado, a pesar de saber muy poco sobre qué esperar o como corregir la situación.

Algo similar comentó el participante 1, con respecto a este tipo de situaciones sobre el manejo de la información.

Y como uno no es médico, yo estudié ingeniería y para mí es tratar con máquinas no con personas, entonces uno ocupa que le digan los datos, si paso esto, si pasó lo otro, si está muy bien o si está muy mal. (Participante 1, 2018)

En tanto, perder ese poder sobre su propia hija le pudo generar una ruptura entre sus obligaciones de protección y su masculinidad; por lo que intercedía en todas los momentos posibles o situaciones que más o menos comprendía, por lo que daba aviso al personal sobre las necesidades no satisfechas de su hija.

Lo anterior se repite y se expresa de manera más directa en el participante 5, al hacerle la pregunta sobre los sentimientos y pensamientos que había en él durante la hospitalización de su hijo. *“Inseguridad hablando de la salud de él y ese sentimiento de preocupación, vamos otra vez volvemos a lo mismo ese sentimiento de responsabilidad, usted le debe a él día y la protección”* (Participante 5, 2019).

En este caso, resalta aparte de los demás sentimientos y emociones esperadas y mostradas por los demás participantes, es el sentimiento de responsabilidad, expresado directamente. Al enlazar este relato con lo que se propone por Menjivar (2002), en cuanto a la construcción de la masculinidad, el sentimiento de responsabilidad es un aspecto moralmente aceptado.

Además, recordando a Menjivar (2002), en los hombres, desde el estudio que él realiza en aquella época, determina que existe un mecanismo social que inserta en la personalidad de los hombres el código de la masculinidad y dentro de este código se encuentra el sentido de la responsabilidad como uno de los pilares más fuertes y básico para el desarrollo de un buen hombre.

La responsabilidad de la que se deriva la protección, que pasa de ser un valor del hombre y en este caso de la paternidad, se convierte en una necesidad de la persona. Es una necesidad de sentirse completo como hombre y padre, que cumple con lo que se le solicita (socialmente) y es una forma de expresar afecto, como lo menciona Menjivar (2002).

Y como se establece anteriormente, si esta necesidad no se satisface la persona puede expresar emociones de dolor, angustia, temor, inseguridad, ansiedad

y otros al resquebrajarse su sentido de paternidad; sin embargo, tales emociones también tienen una respuesta humana como lo menciona King (1984), al ser emociones que las personas perciben como amenaza, se pueden dar manifestaciones de la resiliencia de la persona para contrarrestar tales emociones.

Al preguntárseles, a los participantes, sobre la manera en la que manejaron tales sentimientos algunas de las respuestas fueron:

Al principio todo me lo tragué o sea tenía que ser fuerte por mi esposa... Cuando fuimos a esa charla con esa doctora ahí fue cuando yo me caí. A mí me ha costado mucho manejar digamos expresar los sentimientos, pero después de ahí, yo no sé qué fue lo que pasó, pero di ahora para mí expresar algo digamos es más fácil que antes. (Participante 4, 2019)

Si bien, las herramientas para afrontar este tipo de situaciones dependen de cada persona y su experiencia de vida, según se menciona anteriormente por Dzib (2013), también este tipo de herramientas son fruto de la construcción social en el que cada persona se adhiere y es un reflejo de lo que significa bajo la percepción propia el ser hombre.

Desde una visión psicoanalista, este tipo de actitudes puede ser reflejo de algunos fenómenos dados en el proceso de socialización de la masculinidad, según Menjivar (2009); además, Joseph Marqués (1997), citado por Menjivar (2009), comenta que durante la socialización se pretende modelar los comportamientos del hombre y reprimir otros. La represión de algunos comportamientos se relaciona un poco con la teoría de la huida de la femineidad de Kimmel (1967) que menciona Menjivar (2009).

Además, en complemento a la represión de la manifestación de comportamientos, algunos teóricos de la masculinidad comentan que esta se construye a partir de una visión utilitarista y en parte para lograr el cumplimiento de objetivos como el lograr embarazarse a una mujer, proteger a quienes dependen de él y mantener a su familia, según Menjivar (2009).

En este caso, se puede observar la represión de las emociones en un antes y un después, cuando el participante 4 comenta que, previo a la sesión de salud mental

en la que participó, le costaba externar sus emociones en todo momento de su vida. Además, el participante, de manera interna desarrolló un discurso en el que relacionó mantenerse “fuerte” con inhibición de la expresión emocional.

El participante 4 consideró, dentro de la relación que se supone en el párrafo anterior, que para ser una red de apoyo sólida para su pareja e hijo no podía conmoverse o mostrar emociones de “debilidad”. Incluso cuando menciona que finalmente pudo externar sus emociones de tristeza, en llanto, utiliza la palabra “me caí”, que refleja que dentro de su constructo personal, las emociones “suaves” no son tan valoradas por él.

Otra expresión del manejo de las emociones de angustia, provocadas por el estrés de la situación, eran canalizadas por los participantes por medio del silencio, la comunicación efectiva de los sentimientos o la alimentación emocional. Por ejemplo en el caso del participante 1 comenta lo siguiente “*¡Ay comí cualquier cantidad por ansiedad! Me engordé un montón*” (Participante 1, 2018).

Posteriormente, este padre logró encontrar la manera de comentar y expresar lo que sentía con una hermana; por lo que, desarrolló una herramienta emocional como un medio que amortigua a su trayectoria emocional, junto con la situación de alimentación por estrés que confirma que no tuvo inicialmente mecanismos de afrontamiento adecuados.

Lo cual, deja evidenciada la necesidad de tener una enfermera o enfermero en salud mental en el servicio, al menos durante las visitas, que atienda terapéuticamente y monitoree señales de trastornos emocionales a los padres, para que su salud mental se mantenga o fortalezca en situaciones como estas.

En tanto, sobre la percepción de su propia afectividad hacia los hijos, estos hombres no caen precisamente en una masculinidad hegemónica, pero se pueden determinar ciertos rasgos de ella; ya que Kaufman (1997), señalado por Menjivar (2002) menciona que las masculinidades hegemónicas suprimen la expresión de las emociones de receptividad, empatía y la compasión; de cierta manera, estas emociones no desaparecen solo dejan de ser externadas, ya que no son funcionales para los hombres que reproducen este tipo de masculinidades.

Por otra parte, en la percepción del propio crecimiento y desarrollo cognitivo de la persona, relacionada a la experiencia como padre de un o una menor prematuro, se les preguntó a los padres sobre lo que ellos mismos percibieron que aprendieron o si recibieron específicamente educación sobre el cuidado de su bebé.

Este tipo de transacciones, cognoscitivas y educativas, ayudan a que la persona cambie el sentido de su experiencia y por ende influya en su conducta; y en estos casos, en algo que le pudiese ayudar a desenvolverse mejor como padre o como persona en general, según King (1984).

Los participantes comentaron que la educación recibida en la UCIN según su percepción era deficiente, ya que expresan que las charlas como técnica educativa fueron nulas; salvo en uno de los casos que se expondrá más adelante. La manera de cómo ellos lograban obtener información fue preguntando a las enfermeras y enfermeros, auxiliares de enfermería, médicos y otros.

Sí, yo preguntaba bastante, tal vez como el tema de la inducción no había... pero yo preguntaba como por ejemplo, el primer día yo estaba ahí muriéndome de ganas por alzarla, “¿La puedo alzar?” y ellos “No, por el momento no, está muy pequeñita” y como ya en el segundo día, “¿Puedo alzarla?” yo quería también ponerla en el pecho, y una doctora dijo “Sí claro, ¿se lavó bien, los brazos?” y yo “Sí” y entonces la alcé... la doctora dijo “Ácela en esta posición, procure que los bracitos se mantengan así, no la abra de brazos porque los bracitos todavía están muy pequeños.” (Participante 1, 2018)

Informaciones cortas sobre el cuidado por parte del personal de salud y debido al interés del padre de preguntar, es que se transmite dicha educación; lo cual, puede generar vacíos de información. Además, la percepción de que no existió una inducción o fase de orientación completa es lo que provoca dicha disconformidad en el participante.

Nada, más que llegar el primer día me decía la enfermera “Tiene que lavarse las manos como dice ahí” que estaba el protocolo del lavado de manos pero nada más más, de hecho a los tres días que hubo otra enfermera me regañó y me dijo “Usted está lavándose las manos mal” y yo “¿Cómo mal?” y me dice

“Sí” ... “Usted está volviendo a pasarse la suciedad por las manos. Usted se echa jabón, se restriega las manos, una vez que tenga jabón, usted con esta mano la mete al chorro y usted se hace así (realiza muestra de cómo mover las manos) y se pasa por el chorro, pero solo esta mano y así se quita el jabón, así se chorrea y ya están limpias, no tiene que restregarlas porque se vuelve a contaminar”, pero esa fue la mayor capacitación que recibí, fue lo único. De ahí afuera era que no viniera con anillos, no venga con reloj, no venga si está resfriado y nada más. (Participante 2, 2018)

Lo que se evidencia en esta situación es la percepción del participante, que no hubo educación, más allá de la educación incidental que recibía cada vez que el personal de salud en la unidad o servicio de neonatología brindaba cuando notaba que el padre “lo estaba haciendo mal”. Incluso, el participante utiliza la palabra “regaño” por realizar una acción incorrecta que nunca fue enseñada previamente.

Los elementos mencionados por los participantes son contrarios a lo que propone Craig et al. (2015), quienes mencionan que el equipo de salud debe dar una bienvenida apropiada a los familiares y a los bebés, y dar; además, una orientación al servicio como es correspondiente. También, sostienen estos autores que se debe explicar las funciones del equipo que va a utilizar el bebé.

Además, la educación como promoción de la salud y atención primaria, debe abarcar temas de mayor interés en las personas, según la OPS (2005), se dice en el documento de la Renovación de la Atención Primaria de la Salud, que la educación debe servir como recurso para mejorar la calidad de vida de las personas. A pesar de que la información incidental, sobre la estrategia de la higiene de manos, es necesario ahondar en otros temas de atención a un bebé prematuro en el hogar.

En cuanto a explicar las funciones del equipo que utilizaron los bebés, es algo que si se da en los casos de los participantes 3 y 4, quienes mencionan que ya sea preguntando o por medio de una charla, se enteraron de la función de estos instrumentos.

Los participantes 3 y 4 que afirman haber obtenido educación específica sobre cómo cuidar a su hijo o hija en el hogar, el primero comentó “Sí, con la higiene y con

la limpieza de la bolsita de la colostomía, también cambiarla ella... cómo manipularla a ella estando en la incubadora y eso sí nos explicaron” (Participante 3, 2019).

El tema más importante, en los casos señalados es la temática de la asepsia y el mantenimiento de ella, pues en el caso del participante 3 su hija llevaba una colostomía y requería de un cuidado más especializado y cuidadoso en el hogar; por lo que la educación fue centralizada en ello.

Por otro lado, el participante 5 niega haber recibido el mismo la educación sobre el cuidado de su hijo y el participante 4 menciona que si tuvo charlas educativas al respecto, al menos en el hospital nacional en el que llevó la primera parte del proceso. En el hospital regional en donde se dio la segunda parte del su proceso, el participante 4 niega haber experimentado una fase de orientación al servicio y también niega haber recibido educación sobre el cuidado de su bebé.

Dieron una charla, para los cuidados que hay que tener, que se hace en las visitas, bueno hablaron de un jabón para bañarlo, para la ropa, que no se puede dejar digamos, nada de olor, el lavado de manos que antes de, bueno cuando se cambia, cuando se, antes de cambiarlo y después de cambiarlo hay que lavarse las manos, que si llegaba que igual que se lavara las manos... nos decían que había que hacerlo como un nido, entonces nos explicaron cómo se hacía y casi que eran los cuidados básicos, después de eso nos dieron otra charla que nos explicaron digamos, todos aparatos que el bebé tenía. (Participante 4, 2019)

En contraposición con los otros participantes, este caso recibió educación con diferente metodología, no fue solamente incidental. Al recibir esta charla, la apreciación del padre cambia, no solamente aprende sobre lo que tiene y da soporte a su hijo, sino que descifra, en algún grado de medida, los dispositivos e instrumentos que su hijo pudiera presentar.

Así, el grado de incertidumbre puede disminuir cuando se le realice algún procedimiento o al ver valores en los monitores de su bebé según Craig et al. (2015).

La ansiedad y otras emociones pueden ser contenidas y encausadas a la proactividad familiar en el cuidado y atención del menor.

También comentan Craig et al. (2015) que los padres deberían ser miembros del equipo de salud, participantes esenciales y asumir la atención directa de sus hijos. De esta manera se canalizan las energías de los padres, que pasan a ser entes pasivos del cuidado a ser agentes de autocuidado de sus propios hijos.

Además, al preguntárseles sobre lo que aprendieron del proceso, ya sea para el cuidado de su hijo o hija o para sí mismos, se obtuvieron respuestas variadas.

Los que respondieron que aprendieron, principalmente, sobre aspectos de cuidado del recién nacido, mencionaron la asepsia que se debe utilizar para mantener sano a un recién nacido.

Para mí como persona, como le digo, la inocuidad, la higiene, que si algo se cae al piso, un juguete se cae al piso ya ese juguete va aparte, porque ya nosotros lo lavamos o lo desinfectamos para no exponerlo tanto... En esa parte sí me enseñó ese cuidado, yo sé que si tengo otro hijo ya sé cómo bañarlo, como limpiarlo, como sacarle un cólico, como cuidarlo, sí aprendí bastante. (Participante 2, 2018)

Desde su propia percepción de aprendizaje, este participante se integró a las tareas de cuidado de su hijo, tomó ejemplos de cómo se realizaban en el hospital y se convirtió en un ente activo de la triada: equipo de salud, familia y recién nacido. En este caso se rompe con lo mencionado por Menjivar (2002), quien menciona que, en el grueso de su investigación, los hombres participantes, esquivaban este tipo de labores y se escudaban en que tenían que encargarse de su trabajo remunerado.

A lo que es una plena manifestación de lo que puede estar ocurriendo a nivel cultural en Costa Rica, que es el paso en el que la división del trabajo doméstico se empieza a balancear, sin dejar las tareas “mezquinas o molestas” solamente a las mujeres, como menciona Menjivar (2002).

Otros aspectos valorados por los participantes por cuanto a lo que aprendieron mientras su hijo o hija estaba hospitalizado, fue la paciencia. Como lo menciona el participante 4 y 5.

Diay a tener fe y paciencia porque sin paciencia yo creo que no habríamos salido adelante digamos en una situación de esas. Tienen que tener paciencia porque si uno se desespera no hace nada” o sea y hay que tener paciencia y estar casi que metido en el hospital todo el día y tal vez con la familia también paciencia porque ellos, ellos no están ahí entonces ellos di a cada rato preguntan. (Participante 4, 2019)

La paciencia como un valor aprehendido, se desarrolla debido al constante temor que pueden sentir los padres, como menciona Acosta y Cabrera (2016), ya sea por la condición de salud de su hijo, el riesgo de muerte, la larga hospitalización y el miedo a perder el trabajo por ello.

En este caso específico, el participante 4 dejó de trabajar mientras su hijo estuvo hospitalizado, debido a que quiso estar presente en el proceso, visitarlo diariamente y asistir a todas las visitas que se le permitían. Por lo tanto, a pesar de que fue una decisión propia esta persona tuvo la incertidumbre del tiempo en que su hijo iba a estar hospitalizado, lo cual le podía generar una afectación directa en el aspecto económico.

Afrontar toda la situación que estaba experimentando, desde la perspectiva personal del participante, fue una experiencia aprovechada para desarrollar valores propios, como de la paciencia; según King (1984), las experiencias modifican las perspectivas de las personas, por un cambio en la configuración de la representación de la realidad en el cerebro.

Para finalizar, la percepción como un tema por separado, pero al observar y profundizar en los relatos presentados, se pueden observar características de otros conceptos del sistema personal de King (1984), quien afirma también que la percepción como parte del crecimiento y desarrollo cognitivo no se debe aislar de otros componentes al ser estudiados. La percepción es lo que alimenta el mundo

interno de las personas, es lo que da sentido a las sensaciones y experiencias; lo cual, permite dinamizar el concepto del yo.

12.2.2 Concepto del yo

Según Imogene King (1984), el yo es el mundo interno de una persona, son sus pensamientos y sentimientos que constituyen la conciencia, su existencia individual; es lo que se piensa de uno mismo y de lo que es y es capaz de hacer.

Al ser una experiencia compleja, el nacimiento de un hijo o hija prematuro y vivir su hospitalización, puede crear en el padre cambios en el yo; tal como indica King (1984) quien comenta que cada nueva experiencia provoca un desarrollo en yo.

En este caso, la paternidad por sí sola, bajo los criterios de King (1984), puede asumir la reorientación de las metas, por el cambio de rol que representa el nacimiento de un hijo o hija, ya que el yo es lo que lo hace a uno ser lo que es y lo que parece ser.

Para analizar desde los objetivos de la investigación, en cuanto a la experiencia vivida de las personas desde lo afectivo y cognitivo, se les preguntó a los participantes lo siguiente: ¿Cómo se describe a sí mismo como padre y persona durante el tiempo en que estuvo su hijo o hija hospitalizado y cómo se describe ahora?

En cuanto a las respuestas recibidas, el significado propio en cuanto a modificación del concepto del yo por la relación de la experiencia vivida y crecimiento personal, el participante 3 menciona que el haber pasado por esta experiencia, conocer el proceso por el que atravesó su hija y todos los obstáculos que logró superar; le hace ser una persona agradecida con la vida, con el sistema de salud costarricense.

Durante ese tiempo dedicaba el cien por ciento ya ahora papá normal, con momentos de mucha felicidad, con momento de impaciencia que uno dice “¡Ay que chiquita!”, agradecido, probablemente más de lo que otros que no tuvieron que pasar esa experiencia puedan estar probablemente, no es lo mismo

haberlo vivido a no haberlo vivido realmente, algo le tuvo que quedar uno, debo probablemente ser más agradecido que si no lo hubiera vivido. (Participante 3, 2019)

Otra situación que se observa, es que mientras ocurrió la hospitalización de la recién nacida, el participante 3 comenta que dedicaba el cien por ciento de su tiempo y atención al cuidado de su hija, entendiéndose a estar presente en el hospital, estar pendiente de su condición de salud, de los objetos materiales que se pudieran requerir, atención a la parte de lactancia y otros.

Posterior al internamiento, comenta que volvió a ser un padre “normal”, que bajo su propio significado de lo que ello representa, es dedicarse a sus labores económicas y profesionales, dedicarle tiempo a sus dos hijas intervenir en la educación y disfrute de actividades lúdicas.

Por lo tanto, según lo mencionado por este participante, el concepto del yo se modifica, mientras su hijo o hija se encuentra hospitalizado. El padre se percibe como una persona que está completamente pendiente del estado de salud de su bebé e incluso deja de lado sus actividades laborales para acompañarle; lo cual, modifica sus pensamientos y sentimientos que giran completamente en torno a la situación y a su hijo, y cambia lo que cree que es capaz de hacer y de lo que es, para sentir que está resolviendo las necesidades de su hija. Lo anterior se refleja en el extracto siguiente del mismo participante.

Lo que están pasando los papás es un dolor, entonces esa parte de empatía definitivamente (voz temblorosa), valor de la familia... no sé qué secuelas hubiera tenido mi bebé en términos del shock que hubiera tenido ella siendo bebé y estando sola ahí (voz temblorosa), nosotros estamos seguros de que todo el desarrollo que ella hubiera tenido ha sido mucho producto de la compañía que nosotros le hemos dado. (Participante 3, 2019)

En otro de los casos, se manifestó el disfrute de poder cumplir el rol correspondiente o esperado de un padre que puede involucrarse en las tareas de

cuido de su hijo; el participante 3, relata su cambio de rol como padre y su cambio de percepción propia.

Si le puedo hacer todo, se lo hago porque diay, a que no me dejaran hacerlo en el hospital y ahora si poder hacerlo di es bonito porque bañarlo o cambiarlo di lo hace sentirse a uno bien porque siente que ayuda, no como ahí que era solo la mamá y se le daba todo el trabajo a ella, entonces si es bonito y como persona di, tal vez a expresar más lo que uno siente, porque antes de eso yo era como muy, como muy callado, como o sea todo me lo guardaba para mí, me costaba mucho expresarme digamos los sentimientos, si algo me pasaba me costaba mucho decirlo pero después de que esa charla con esa doctora, di yo siento que me cambió y también digamos la situación que nosotros pasamos. (Participante 4, 2019)

En este caso se puede apreciar dos situaciones, el rol que él como padre quiere desempeñar en el hospital y el que logra adquirir en el hogar; y el cambio con respecto a la verbalización de sus emociones.

Según se señala en el caso del participante 4, menciona que en el hospital le hubiera gustado tener más participación en las tareas que la mamá del hijo si podía realizar; esto es un ejemplo de la separación del trabajo o gender work que menciona Menjivar (2009), que se da por una situación del personal de salud que labora en el hospital regional público. Sin embargo, en este participante, se da una ruptura de este esquema patriarcal y se puede mencionar que es una forma de nueva masculinidad, mencionado por Faur (2004) y citado por García (2015).

En tanto, la separación de las tareas por una construcción social naturaliza las características femeninas y masculinas como opuestos binarios, mencionado por Faur (2004) y citado por García (2015), está inmerso en personas que se encuentran dentro del sistema, mas no así en el padre que se percibe a sí mismo como un ente que debe procurar proteger y cuidar a su hijo, así sea realizando tareas de la índole que él mismo menciona.

El segundo aspecto señalado, del extracto de la entrevista anterior, es la transformación que él experimenta sobre su propio yo, de cómo se percibía antes y se percibe actualmente frente a otras personas. Como lo señala Menjivar (2009), los hombres no dejan de sentir emociones solo las ocultan, y en este caso, es así hasta que ocurre una modificación del yo, por vivir una crisis circunstancial, que utilizó para desarrollar nuevas herramientas, que son las experiencias menciona King (1984).

El último concepto del sistema personal de Imogene King (1984), que se desarrolla en este análisis según los objetivos de investigación, es el de crecimiento y desarrollo.

12.2.3 Crecimiento y desarrollo

Según King (1984) el crecimiento y desarrollo tiene implicaciones biológicas, celulares y conductuales; en esta investigación, se analiza la parte de experiencias significativas y satisfactorias que afectan su personalidad y madurez.

Para explorar este concepto, en relación a la experiencia cognitivo y afectividad de la persona, se les preguntó acerca de “¿Cómo cree que esta experiencia lo cambió a usted cómo persona? ¿qué significó para usted? y ¿Cómo ha sido su vínculo con su bebé y familia?”.

La primera pregunta sobre el cambio personal y la significancia de la experiencia, se obtuvo la siguiente respuesta en el participante 2, se comenta que hubo un cambio en el pensamiento sobre sus prioridades, que como comenta Menjivar (2002) en sus resultados encontró que en la mayoría de los hombres el valor más importantes para ellos es la proveeduría, y para los hombres existe una relación directa entre tener un buen salario y ser un buen padre. Por el contrario, en este padre, existe un cambio en este dogma, como se menciona en el siguiente texto.

Me cambió mucho. Yo le digo a mi esposa que a nosotros nos hizo madurar mucho porque yo veía como muy mentalizado en mi parte profesional... “Mi trabajo quedó en segundo plano... primero está mi hijo” ... Maduré mucho, yo siento que para mi no hay nada que valga la pena más que estar con él, como

le digo, en parte mi trabajo era algo que yo idolatraba y ahora no. (Participante 2, 2018)

El autor Menjivar (2002), habla de que los hombres suelen justificar su falta de involucramiento en el área del cuidado del menor con sus actividades laborales, especialmente con el horario y agendas. Por otra parte, este mismo autor comenta que las mujeres, en el último siglo, al involucrarse más en trabajos fuera del hogar y tener jornadas iguales o más largas que los hombres, siguen cumpliendo con su trabajo remunerado y con las tareas de cuidado de los hijos e hijas.

En tanto, lo que Menjivar (2002) se refiere es que los hombres que se justifican de esta manera se alejan de las actividades de cuidado, como cambio de pañal, baño, alimentación, entre otros, porque las perciben como actividades que no son de su agrado, actividades mezquinas o desagradables y prefieren actividades como el juego lúdico o la enseñanza de valores propios.

Por otro lado, como se vio previamente, a los hombres actualmente, que aprecian su paternidad les agrada desenvolverse y cumplir con tales tareas; desean aprender a ejecutar las acciones con cuidado y que se les enseñen, como el caso del participante 4 que se resaltó anteriormente, pero este no es el único que expresó el disfrute al realizar este trabajo.

Entonces me cambió mucho saber que el respirar, que el abrir los ojos, que el tenerlo y acostarme con él y gracias Dios que lo tengo a mi lado al despertarme, verlo, darle de comer, justo lo que soñé tener, tener un hijo y dedicarle mi tiempo a él. (Participante 2, 2018)

Lo que demuestra es que el cambio en el dogma o lo que socialmente se cree sobre la disposición de los hombres frente a estas tareas está cambiando, y puede que la creencia de que los hombres no se involucran en las actividades reproductivas (baño, alimentación, cambio de pañal, dormir al bebé, etc), provenga de muchas mujeres y las actitudes patriarcales que ellas mismas reproducen.

Como menciona Altenburger et al. (2018), en su artículo, las madres pueden reproducir gestos de angustia cuando al padre está realizando alguna actividad

reproductiva o decir frases como “usted no lo puede hacer, mejor lo hago yo”; por lo tanto, los padres se alejan o no desarrollan destrezas suficientes para aplicarlas. Esta es una situación similar que vive el participante 4, cuando menciona que solamente a la madre de su hijo le permitían realizar, en el hospital regional costarricense.

Otra respuesta ante la pregunta sobre el cambio personal y el significado de la vivencia, fue que aprendió a valorar más a su familia, y el significado de tener una red de apoyo.

El tiempo tal vez con la familia, porque al menos cómo fue para fin de año di son temporadas que uno pasa digamos con la familia y tal vez fueron dos meses que estuvimos, que estábamos en la casa de mi suegra porque nos tuvimos que ir para Tres Ríos. Y el negocio en ese momento no estaba tan bueno, di porque prácticamente yo lo dejé botado, porque yo lo que quería era estar con él, entonces si uno valora el tiempo en familia en esos momentos y el apoyo que nos dieron. Sin eso yo creo que no habríamos salido adelante. (Participante 4, 2019)

Los autores Acosta y Cabrera (2016), los padres tienen una necesidad y sentimiento de apoyo, debido a sus inseguridades como la pérdida de empleo, estrés y otros, por lo que es un momento en el que deben hacer uso de sus redes de apoyo, la espiritualidad. Por eso la familia, al responder y solventar estas necesidades, libera en cierta parte esa carga emocional y la persona se siente acompañada y que puede contar con ellos, por lo tanto resignifica la familia como un valor primordial.

Ante la misma pregunta, en el participante que vivió esta experiencia hace 22 años, menciona algo diferente a todos los demás padres y centra su discurso en la responsabilidad económica como el mayor cambio experimentado.

Cuando usted se casa el sueldo está dividido entre dos” y depende de los hijos que usted tenga ahí se va dividiendo más el sueldo o sea ya es entre su esposa, su hijo y usted... siento que esa es mi responsabilidad. (Participante 5, 2019)

Esta diferencia puede ser por la diferenciación del tiempo en que vivió la experiencia.

La responsabilidad como característica más importante en un hombre y padre, es mencionada por Menjivar (2002), lo cual concuerda con lo mencionado por el Participante 5, quien hace referencia específicamente a la responsabilidad de proveeduría económica.

En estos casos, los rasgos de masculinidad hegemónica son varios, por ejemplo el participante 5 menciona que siempre fue responsable económicamente, pero durante los primeros años de su hijo estuvo muy ausente por razones de trabajo y, como él mismo lo expresa, alcoholismo.

Sin embargo, desde su perspectiva, el participante 5 se refiere a sí mismo como un padre responsable; como menciona Menjivar (2002), estas actitudes de masculinidad hegemónica provocan una ruptura entre lo que es una responsabilidad económica y el ejercicio pleno de una paternidad.

Por otro lado, los padres un poco más jóvenes, involucrados actualmente con la crianza de sus hijos mencionan otros valores adquiridos de su representación de la vivencia; valores como la empatía con otros padres, la sensibilidad del sufrimiento de los niños y niñas que nacen prematuros, la importancia de la familia y dedicar tiempo de calidad con ellos y ellas.

Independientemente, del valor que estos participantes aprecian más sobre el cambio en sí mismos y el significado de la experiencia, se espera que alcancen un grado de madurez emocional, según King (1984), y hayan aprovechado su capacidad de realización personal.

La segunda pregunta sobre el vínculo del padre con su hijo y su familia y explora el concepto del yo y su percepción en el entorno familiar posterior a la hospitalización del menor.

En el caso del participante 1, menciona que el internamiento de su hija y su condición de prematuridad, estrechó el vínculo paterno -infantil, como se observa en

el siguiente extracto de la entrevista *“Siento que es muy cercano, porque estuve con ella dos meses antes de lo planeado, afortunadamente pude estar ahí en Neonatos, alzándola para desarrollar ese vínculo y para sentirme papá”* (Participante 1, 2018).

Establecer este vínculo de manera temprana modifica el concepto del yo; que según King (1984), citando a Rogers (1986) este se encuentra “influenciado por la retroalimentación de las interacciones con otros y que da patrones consistentes en las relaciones con el yo” (King, 1984, pp. 39).

En el caso mencionado, el vínculo del padre hacía su hija pudo haber empezado desde que se enteró del embarazo, debido al deseo de la paternidad, tal como se deriva de lo que refiere a continuación, *“pero le digo que es importante para todo el mundo, porque desde que supimos que estábamos esperando un bebé y desde que nació bebé, siempre el tema de conversación es “¿cómo está bebé? ¿cómo amaneció? ¿qué ha hecho?”*” (Participante 1, 2018).

Pero este vínculo se afianza, para este caso, en el momento en el que nace la bebé y la persona se considera a sí mismo como un padre *“La primera vez que dije soy papá, fue el primer día que la alcé, me recuerdo que con la mano agarró un dedo mío y yo ese día dije “Soy papá”, ese día sí lo sentí”* (Participante 1, 2018).

En cuanto al bebé prematuro, es importante que este proceso de vínculo se desarrolle en los primeros momentos de haber nacido, ya que según Atehortúa (2005), a pesar de que el niño esté hospitalizado, los padres deben trabajar en el entorno emocional que van a brindar a su hijo o hija, ello a través del desarrollo del vínculo paterno filial.

Según Pérez y Arrázola (2013), el vínculo afectivo padres e hijos o hijas, brinda a la persona seguridad en los momentos difíciles establecimientos de normas también implican la satisfacción de necesidades materiales, afectivas y espirituales.

El vínculo paterno filial es una relación que brinda beneficios de manera bilateral y tiene implicaciones directas en la calidad de vida, según Pérez y Arrázola (2013); sin embargo, en etapas tempranas esta depende fundamentalmente del lado

parental, ya sea por el padre específicamente o la relación parental que exista entre los progenitores, lo cual se mencionará posteriormente en otros apartados.

En tanto, el apego que se produce entre padre y sus hijos o hijas desde la percepción tiene un significado especial para los padres, en especial durante el primer contacto que tuvieron con ellos, a pesar de que fue a través de una incubadora, lo que se expresa a continuación *“Bueno es muy apegado conmigo, yo no sé si fue porque di yo fui el primero que lo vi”* (Participante 3, 2019).

Lo que comenta este participante, sobre el apego que percibe de su hijo a hacía él, lo correlaciona con un momento muy especial para sí mismo; por otro lado, también se puede contrastar con el vínculo que ha desarrollado a partir de ese mismo momento, las acciones, la relación padre-hijo.

En el participante 5 ocurre también que destaca el momento en que vio por primera vez a su hijo y le adjudica cada una de las reacciones del bebé a un significado especial para su relación.

Yo le hablaba mucho a él, cuando él está en el vientre y el día que yo llegue a verlo en la incubadora él estaba viendo para otro lado y en ese momento el volteo su cabeza pero con aquel ímpetu como diciendo *“¿Quién será ese hombre? Ese es mi papá o sea ese era el ser que a mí me hablaba cuando yo estaba en el vientre de la madre”* él me reconoció. (Participante 5, 2019)

En parte, el reconocimiento del nuevo rol paterno, como se menciona anteriormente, se inicia desde la etapa del embarazo y el yo también puede empezar a presentar cambios de percepción y al ser un concepto que es parte integral de las experiencias humanas, como señala King (1984), está en constante modificación y se reproduce en la persona como mayor madurez.

En este caso, el desarrollo del yo en las personas puede ser expresado en madurez afectiva y cognitiva, así como la aceptación de un nuevo rol que conlleva tareas y responsabilidades que la persona no había experimentado antes.

Además, en los casos de internamiento, el estrés y miedos por el constante riesgo de muerte de los bebés prematuros, pueden provocar nuevas percepciones y evolución positiva o negativa en la dimensión cognitiva y afectiva.

12.3 Sistema interpersonal

Es la relación que existe entre las interacciones entre personas, según King (1984), afirma también que existen diversos tipos de sistemas con mayor o menor complejidad, ya sea por la cantidad de individuos interactuando o el tipo de relación que se haya establecido entre ambos seres humanos.

En esta investigación se analiza el sistema interpersonal paterno filial, debido al marco de interés de la investigación. Además, por cuestiones de los objetivos específicos, se desarrollan los conceptos de rol, comunicación y transacción; sin embargo, puede que se encuentren dentro de los mismos, características de otros conceptos y sean mencionados.

La dimensión de análisis abarca especialmente la experiencia de cuidado vivida por el padre durante el proceso de internamiento hospitalario del hijo o hija de la persona participante.

12.3.1 Comunicación

La comunicación es la función más importante del lenguaje en una sociedad, a través de ella las personas logran transmitir experiencias y pensamientos, según menciona King (1984). La comunicación se divide en verbal y no verbal y su estudio es cada vez más amplio; además, es una ciencia muy compleja, afirma King (1984).

En este caso se analiza el proceso de comunicación que se percibía e identificaba por el padre, según su propia codificación de las señales que emitía su hijo o hija. También se explora el cambio de receptor de las señales a emisor de alguna respuesta hacía lo que percibía como necesidad de comunicación del bebé.

El presente apartado, se enfoca principalmente en analizar las experiencias de comunicación no verbal entre el padre y el niño o la niña; ya que según argumenta

King (1984), la conducta no verbal expresa esencialmente los sentimientos y actitudes de las personas.

Las preguntas realizadas fueron enfocadas de la manera en la que los papás determinaban las necesidades de sus hijos o hijas y en cómo ellos respondían a ellas.

La primera pregunta fue ¿Cómo identificó usted las necesidades de su hijo o hija durante la hospitalización?

Es interesante porque eso uno debe pasar tiempo con el bebé, eso es importantísimo como para uno darse cuenta que es lo que ocupa y como ya comienzan a comunicarse. Yo me di cuenta que ella movía el brazo como con cierta insistencia y eso era como que quería cambiar de posición y ella hacía eso, yo la alzaba y se quedaba quedita cuando la cangureaba. También descubrí que cuando se quería dormir comenzaba a hacer un sonidillo (*imita llanto leve de bebé*). (Participante 1, 2018)

La importancia de la relación y vínculo paterno se establezca de manera temprana con su hijo o hija, y que aprendan a comunicarse con sus hijos o hijas, les permite comprender el lenguaje primario de un recién nacido, que comunica esencialmente necesidades fisiológicas.

Cuando, un niño o niña prematuro es dado de alta, ha pasado toda su vida en un servicio de salud en donde sus necesidades fueron cubiertas por un ciclo o rutina establecidas por el servicio de enfermería y dependiente al tratamiento; lo cual, produce una separación entre la interacción de los padres y madres y su bebé, pero las visitas constantes y el contacto con los recién nacidos les permite reconocer esas señales que emiten los niños o niñas. Para Craig et al. (2015), estas interacciones y decodificación de la comunicación de los neonatos, disminuye el riesgo de agresión por maltrato y negligencia que podría sufrir el menor.

Lo anterior, se debe a que un niño o niña al que sus necesidades no son atendidas llora incesantemente, según Craig et al. (2015), por lo que este bebé puede

ser catalogado por sus padres como difícil y ocasionar las consecuencias de abuso infantil que mencionamos antes.

Una barrera de comunicación que puede existir entre un padre y su hijo, es que no se presenten las señales esperadas de comunicación no verbal, como menciona el Participante 2 *“Al principio sí era muy difícil porque como él pasó tanto tiempo entubado, los primeros días él lloraba y no se escuchaba nada (en el hogar)”* (Participante 2, 2018).

En la unidad de cuidados intensivos neonatales, este participante comenta que la comunicación era nula, no lograba tener contacto físico con su hijo solo a través de la incubadora cuando podía meter su mano con guante para acariciarlo. Posteriormente, al pasar a la unidad de cuidados intermedios, es que mejora el proceso comunicativo.

Fue hasta que lo pasaron a cuidados intermedios, ahí fue ya después del cangureo que lo empecé a tocar, cuando empezó el contacto físico, ahí siento como que ya hubo más comunicación entre él y yo, yo le decía a la enfermera “¿Puedo cambiarlo?” y ella me decía “Bueno sí” y ya yo disimuladamente lo cambiaba porque yo sentía el llanto de él o al verle la incomodidad, porque él se movía mucho y yo decía “Es que tiene el pañal sucio”, como que se siente incómodo entonces uno va descartando. (Participante 2, 2018)

Al respecto, King (1984), asevera que para que se establezca, entre una madre e hijo (en este caso padre e hijo), se necesita el tacto; además, las experiencias táctiles iniciales permiten transacciones de sensaciones al bebé que determinan sentimientos de calor, protección y de seguridad.

En relación directa al objetivo de esta investigación, lograr la comunicación no verbal efectiva entre un padre y su recién nacido tiene implicaciones directas en la experiencia de cuidado; ya que durante esos momentos se pudo desarrollar la comprensión de cómo interactúan los neonatos y así determinar cuál es la necesidad por satisfacer. Por lo tanto, el proceso de comunicación es de suma importancia que sea iniciado desde etapas tempranas del niño o niña y no se debe esperar a que los

padres y madres tengan a su hijo fuera de la tutela del centro de salud, para que se inicie esta interacción.

Sin embargo, el proceso debe darse de forma gradual para no alterar la etapa de desarrollo y crecimiento en la que se encuentre el niño, por lo que se deben cuidar las actividades de estimulación temprana. Como anota Atehortúa (2005), es importante que la estimulación de un neonato prematuro no debe ser nula ni tampoco excesiva, sino que deben estar balanceadas, según su grado de desarrollo.

Por lo que es común que en un neonato prematuro la comunicación y la estimulación no se basa en altas dosis de caricias y el ruido debe ser controlados. Así que es común que los participantes mencionen que en las unidades de cuidados intensivos neonatales no tuvieron mayor oportunidad de contacto que la que se describe a continuación *“Ahí lo único que yo podía era ponerme el guante y tocar digamos con el guante”* (Participante 4, 2019).

El tipo de contacto físico, o la comunicación táctil como lo describe King (1984), influye en el crecimiento y desarrollo de una persona; este es un ejemplo de estimulación temprana presente que se encuentra equilibrada. Asimismo, King (1984) menciona que se establecen patrones de comunicación entre una madre o padre y su hijo o hija recién nacido cuando estos le cargan o tocan.

Él lo que sentía era inseguridad... cuando nosotros lo dejábamos él se quedaba llorando, lo que siento en ellos es que lo que necesitan es compañía, o sea ellos lo que sienten es soledad, se sienten solos, se sienten inseguros. (Participante 5, 2019)

A pesar, de que no se puede determinar si realmente el recién nacido percibe inseguridad, en el caso de la experiencia del padre, lo que él decodifica en las señales del niño, puede ser una expresión de sus propias inseguridades y circunstancias. Al respecto, la autora King (1984), señala que *“La interpretación del significado que cada persona le da a las sensaciones recibidas por medio del tacto variarán de acuerdo con las experiencias que haya tenido dentro de la soledad en que se desenvuelve”* (King, 1984: pp 81).

Esta misma autora, comenta que la comunicación es personal porque cada persona es diferente; en este caso, no hay manera en la que se pueda saber exactamente cuál es el mensaje que el niño transmitía. Para enfermería es importante reconocer las necesidades de los padres de percibir a su hijo o hija que se sienta seguro, tal y como sería si ellos estuvieran a su cargo.

En enfermería, también es de relevancia que se fortalezcan los vínculos paternos por medio de la significación de las experiencias. Enlazar estos episodios vivenciales con sentimientos que apeguen al padre con su hijo, puede generar que el padre aprenda a leer las necesidades y se sienta comprometido a resolverlas por los lazos construidos.

Los significados que el padre le dé a los gestos de un recién nacido permite que el vínculo inicial sea estrecho, la emotividad que surja al recibir señales de respuesta de un neonato como actividad de respuesta ante la presencia, la voz, el canto, el contacto, de su padre. La comunicación funciona como medio para establecer vínculos en las relaciones interpersonales

Bueno, fue bonito porque digamos, cuando yo entraba a verlo era como si él sintiera que yo estaba ahí, porque él se despertaba o empezaba a mover las manos porque o empezaba a mover el pie o si yo le hablaba él reaccionaba, entonces fue muy bonito porque a veces entraba mi esposa y ya él no se despertaba. (Participante 4, 2019)

Con base a esta experiencia que es afectiva para el padre, según relata, significará para él diferentes cosas cuando converse con su hijo o lo encuentre dormido; ya que según King (1984) el tacto o contacto significa diferentes cosas para las personas según las experiencias pasadas. Lo cual, estas primeras experiencias sirven como base en el establecimiento de significancia en la relación padre e hijo.

Sin embargo, específicamente en el reconocimiento de las necesidades de los hijos o hijas en esta condición, los padres reconocieron que había una deficiencia; a pesar de que reconocían que los niños o niñas tenían hambre cuando succionaban la sonda de alimentación.

El primer factor que reconocieron los participantes, fue el escaso contacto físico que tenían con sus hijos o hijas.

En Neonatología no podíamos alzarla, por lo menos cuando estaba en la parte de Críticos, no. Cuando pasó al otro lado creo que nos dejaban alzarla al ratito, pero tampoco era que mucho y era incómodo porque había cables por todo lado, lo del oxígeno, tenían vías. (Participante 3, 2019)

La obvia situación de la gravedad del menor es un factor en la que los padres no pueden o deben intervenir en mayor parte mientras asisten a las visitas a los hospitales; por lo que el acompañamiento de enfermería es crucial para conversar de las mejores estrategias para deducir la comunicación de un neonato.

El segundo factor, que reconocen que afectó en su desarrollo para reconocer las señales de necesidades de su bebé, sobresalió cuando se les preguntó ¿Cómo resolvían las necesidades detectadas en sus hijos o hijas durante la hospitalización en el servicio de neonatología?

En el caso del primer participante lo que respondió fue “*Lo de la alimentación yo soy bien riguroso, cada tres horas, yo ya me sabía la rutina*” (Participante 1, 2018). En el hospital, se establecen horarios específicos para el cambio de pañal, dar cambios de posición, alimentar, baño y otros, para la atención de los bebés prematuros; lo cual, deja por fuera el desarrollo temprano de habilidades y estrategias para reconocer las necesidades de los recién nacidos.

Este participante, lograba comprender y aprehender la rutina establecida y su rol era prácticamente verificar el cumplimiento de dichas actividades programadas; posteriormente, el padre en su hogar implementa algunas de estas estrategias de cumplimiento de horario. Sin embargo, se van a su hogar sin ninguna experiencia para resolver las situaciones que se les presenten; en especial a los padres primerizos.

La autora Imogene King (1984), comenta que la despersonalización del cuidado que ocurre en los centros hospitalarios afecta principalmente la comunicación; en estas situaciones no solamente afecta la comunicación enfermera

usuario, sino también la comunicación cuidador o padre con recién nacido. Debido a las rutinas estrictas que se deben cumplir por cuestiones de tiempo y distribución de personal; por lo que para evitar que se den omisiones en las tareas del cuidado, es que se establece de esta manera por parte del personal de salud.

En el caso del participante 3, comenta que sus habilidades para determinar las necesidades de su hija si se desarrollaron en el hospital bajo un esquema de descarte, pero en otro servicio completamente diferente.

En Neonatología las intervenciones de nosotros eran pocas, era llegar, verla un ratito y listo, pero en la parte de Medicina 3 era eso, una por tiempo lo que era hambre, frío era la otra que si no era en el horario de comida uno probaba el frío y después de comer era sacarle los cólicos, obviamente se le atravesaba un cólico. Entonces las identificaba, la comida por horas y las otras por bateo (risas), pulsar el cólico y si eructaba bueno y si no ver qué otra cosa podía ser. (Participante 3, 2019)

Cabe rescatar que este participante llevó un proceso diferente, en el que la niña estuvo hospitalizada en diferentes hospitales para realizar procedimientos quirúrgicos diferentes y al ser dada de alta tuvo que reingresar por una complicación; además, el padre en cuestión tenía algunas habilidades ya desarrolladas por ser la segunda hija. No obstante, los procesos de comunicación en cada persona son diferentes sin importar de que sean recién nacidos y estos deben seguir un proceso de vinculación con los cuidadores y/o padres.

Por otra parte, el participante 4, comenta que las restricciones en los hospitales no le permitían atender muchas necesidades de su hijo y dejaban la mayor parte de las tareas exclusivamente a la madre.

Diay cuando empezaba a succionar digamos, di no podía hacer nada porque hasta que entraba la mamá le podían dar, digamos eran como horarios que había, y tal vez si yo entraba y estaba llorando entonces, pedía permiso a la enfermera si lo podía alzar y entonces ya se calmaba. (Participante 4, 2019)

Es importante, analizar y valorar los protocolos de cuidado en los servicios de neonatología; ya que como menciona el participante, cuando él entraba el niño ya estaba llorando o se esperaban a la madre para poder alimentarlo por amamantamiento o sonda. Por lo que la evaluación de aspectos como estimulación temprana es indispensable; según Alvarado et al. (2013), menciona que los prematuros tienen un alto riesgo de padecer diferentes trastornos, por lo que el involucramiento de los padres en las actividades de estimulación temprana puede ayudar a evitar la severidad de las secuelas.

La participación activa de los progenitores o cuidadores en la estimulación temprana, según la etapa de desarrollo en la que se encuentre el niño o la niña, evitan y modifican por la plasticidad cerebral la estructuración de una secuela psicológica; según menciona Alvarado et al. (2013) y disminuye o merma las secuelas orgánicas del bebé prematuro.

Comprender la conducta por la cual se comunica el bebé recién nacido y además prematuro, es de suma importancia para brindar neuroprotección, según señala Craig, J. et al. (2015); además, obtener la habilidad de interpretación de señales emitidas les ayuda a dar una respuesta más pronta de las necesidades del neonato.

Es responsabilidad de enfermería, velar porque los padres se eduquen y conozcan a sus hijos, así como sus formas de expresión, para evitar consecuencias no deseadas y ver por la seguridad de todo menor.

A continuación, se analizará el concepto de transacción de King (1984) aplicado a los objetivos de esta investigación, específicamente al elemento de la percepción en la transacción y su relación con la experiencia del padre como cuidador.

12.3.2 Concepto de Transacción

Para King (1984) las transacciones tienen varios elementos, entre ellos la percepción y la interacción; y se define como el proceso de interacción donde las

personas se ponen en contacto con el ambiente que les rodea para alcanzar metas u objetivos.

Por otra parte, las interacciones englobadas dentro del concepto de las transacciones, son los actos que ocurren entre dos o más personas, según comenta King (1984).

La primera pregunta dentro de la entrevista que abarca este concepto es ¿Qué significa para usted cuidar a su bebé y ser padre? Para King (1984), la comunicación y la percepción de la persona en diferentes situaciones transaccionales y de interacción determinan el aprendizaje y el crecimiento de las personas; por lo tanto, al obtener esta información se puede reflejar el significado de la experiencia de la paternidad e internamiento en el padre.

El participante 1 menciona lo que significa para sí mismo ser padre y lo que significa cuidar a su hija.

¡Uy, el ser papá es de las experiencias más..., es una experiencia muy extrema! Es lindo, es lo más lindo que yo he tenido, es lo más cansado que he hecho, es lo más enternecedor que he hecho, es lo que también muchas veces me ha sacado o me ha dado más cóleras por que se ha portado mal. Es una relación de extremos, es súper, es muy placentero en general... Ese es el ser papá, el participar de la crianza, es sumamente importante. (Participante 1, 2018)

La expresión y la vivencia del afecto en este caso, radica en el involucramiento del padre con su hija, a pesar de que menciona que es una relación de extremos al mismo tiempo, resume la relación transaccional con su hija como algo placentero. Como menciona Menjivar (2002) el afecto se divide en lo que el padre considera el cómo se demuestra afecto y el disfrute de la relación.

Si bien en la investigación de Menjivar (2002) se concluyen otros aspectos diferentes a los expresados por los participantes en este trabajo; el participante rescata que el involucramiento con su hija en las tareas de cuidado, como brindar

alimentación, baño, educación es lo que más disfruta de manera paralela a los momentos en que también puede percibir enojo.

El enojo como tal, se da por un incumplimiento de normas preestablecidas, por lo que la crianza a pesar de ser el eje fundamental de este padre; es lo que más le puede generar disgustos. Menjivar (2002) comenta que la crianza tiene que ver con la formación de valores y la inclusión de los niños en la educación formal; es decir es el proceso de involucramiento de los padres en los procesos de socialización de los niños y niñas.

Este sentimiento de enojo cuando su hija se “porta mal” puede estar ligado al temor de fallar como padre; por ejemplo, durante la entrevista el padre menciona posteriormente lo siguiente *“Eso es algo que yo no he preguntado, así abiertamente, a mí me preocupa..., eso es un temor compartido, me preocupa fallar como papá”* (Participante 1, 2018)

Es importante para enfermería, saber diferenciar las paternidades funcionales y disfuncionales, que mencionan Campos y Salas (2002) ya que en situaciones de estrés o de ansiedad, causadas por el ambiente que se vive en las UCIN, puede provocar enojos y molestias. Al hacer diferencia entre ambos tipos de paternidades, el accionar de la enfermera o enfermero estaría relacionada directamente con la seguridad del niño o la niña y de la familia.

En cuanto a la educación y crianza, y el seguimiento de las normas que se establecen por los padres es parte importante para ellos así que existe una correlación en el involucramiento paterno, la crianza y el miedo a fallar como padres; por ejemplo que, los valores transmitidos no sean implantados en las personalidades de sus hijos o hijas.

El participante 2 comenta otros aspectos relacionados también con lo que menciona el participante anterior; sin embargo, este agrega otro elemento que concuerda con los ejes de la paternidad mencionados por Menjivar, M. (2002), la proveeduría, crianza y afecto.

¡Uy una emoción muy grande la verdad! Me emociona mucho tenerlo por todo lo que hemos pasado y nos ha costado mucho. Sé que hay que cuidarse y que hay tener buena salud y más ahora porque uno piensa ¿y si me muero? ¿si por x o y razón me da un infarto y yo me muero aquí mismo?, yo me pongo a pensar qué va a ser de mi hijo, ya él me necesita, él necesita de su papá no solo que sea el proveedor de comida, techo, agua, necesidades básicas, amor, cariño también, no todo es material, también necesita del papá. (Participante 2, 2018)

Estos aspectos medulares que menciona el Participante 2 concuerda con el afecto y la proveeduría que comenta Menjivar (2002). La proveeduría para este autor es la función de llevar dinero a la familia para poder cubrir las necesidades de alimentación, vivienda, vestido y otros; pero en comparación a la investigación de Menjivar (2002) este participante también relata aspectos que son discordantes con las conclusiones de Menjivar (2002) que colocan a la proveeduría como el principal elemento de la percepción masculina de lo que significa la paternidad.

La paternidad para este participante reconoce que debe existir un cambio de prioridades y en él mismo las aplica y coloca en el mismo nivel de importancia la proveeduría, afecto y crianza; este tipo de transacciones son las que componen la paternidad para los participantes.

El afecto y crianza, en torno al disfrute tiene una profunda relación en las nuevas masculinidades, tal como se ha presentado anteriormente. Las tareas de crianza han dejado de ser exclusivamente de la mujer o en otro porcentaje, mencionado por Menjivar (2002) en donde las tareas más mezquinas o poco agradables también eran abarcadas por la mujer; por el contrario, se observa actualmente que los hombres que optan por ejercer una masculinidad fuera de lo hegemónico también se incluyen en estas actividades y las disfrutan.

Para mi cuidarlo es gratificante, es el mejor trabajo no pagado que he hecho (risas), porque yo los fines de semana o la semana pasada que estuve de vacaciones, yo vengo y le damos desayuno en la mañana, ya está empezando a comer, ya come fruta en la mañana y como se embarra todo inmediatamente

hay que bañarlo entonces yo lo baño, me gusta mucho ser partícipe de eso.
(Participante 2, 2018)

A pesar de que el participante menciona que se incluye en mayor medida o tiene más tiempo para incluirse y participar de las tareas del cuidado, cuando es fin de semana o está en vacaciones; no se excluye de las tareas los días laborales, solo que tiene mayor oportunidad los días libres para tomarse el tiempo de cumplir toda la rutina de cuidado de su hijo.

El participante 3 también utiliza la crianza como uno de los ejes principales, así como el afecto y el disfrute; son estas variables las que se repiten en el marco de la percepción de la paternidad y el significado que tiene dentro de cada uno de los participantes.

Fue chivísima, que alguien sea totalmente dependiente de vos te hace sentir más importante que nada y es bonito porque sabes que puedes transmitirle todo lo que sabes a esa persona. Básicamente eso es y obviamente todos los momentos lindos que pasan y de ternura, de vacilones, de todo hay y luego está la otra parte de la paciencia que hay que tener con muchas cosas, esa es otra parte, pero es chivísima, es muy tuanis ser papá. (Participante 3, 2019)

Este padre, lo que más valora es la transacción de valores morales, educación, por lo que la crianza es el aspecto al que le adhiere la mayor relevancia; pero no deja de lado el disfrute ni el afecto.

Por lo que reafirma el cambio en las nuevas masculinidades, que colocan en el mismo eje de importancia el brindar afecto, como la proveeduría y crianza.

Por otra parte, el participante de mayor edad con un hijo de 22 años, señala en primer orden del significado de la paternidad es la responsabilidad así como el sacrificio que vivió al tener que salir de trabajar e ir a visitar al hospital a su hijo que se encontraba en riesgo de muerte.

Una gran responsabilidad aparte que fue una gran bendición pero también fue un gran sacrificio por la situación en la que él estaba verdad, ya que él, o sea

para nosotros él estaba muy indefenso, de hecho casi que él estaba al borde de la muerte. (Participante 5, 2019)

Este participante concuerda con lo mencionado por Menjivar (2002), en el que le transfiere el aspecto más valorado de la paternidad a la responsabilidad. Este mismo participante, comenta que al momento de ser padre su papel de proveedor se extiende a un nuevo integrante y que por lo tanto su nivel de responsabilidad era mayor.

Asimismo, el Participante 5 comenta que no pudo estar presente en buena parte del tiempo en las actividades del cuidado de su hijo y que de ello se encargaba la madre del recién nacido, porque tenía que cumplir con su rol de proveedor. Lo cual concuerda con lo que establece Menjivar (2002) en cuanto al papel de la responsabilidad y la proveeduría.

En cuanto a la segunda pregunta, relacionada con las transacciones que menciona King (1984), se les preguntó a los participantes ¿Cómo percibe que era su papel de padre durante la hospitalización del niño o niña?

En el extracto de entrevista a continuación, se observan todos los aspectos de la paternidad que propone Menjivar (2002), proveeduría, crianza y afecto.

Siempre procuré estar ahí, siempre iba en las mañanas a verla, apenas salía de la oficina iba a verla a las 4 o 5 de la tarde. Yo sabía toda la rutina que tenía que tener. Procuré estar siempre presente, lamentablemente por razones de trabajo no pude estar ahí las 24 horas, como le digo sí procuré estar ahí, si cambié pañales en la Unidad de Neonatos, los últimos días ayudé a limpiarla y a bañarla para aprender yo y hacer eso en la casa yo fui el que lo hizo los primeros días. (Participante 1, 2018)

La cuestión económica, de proveeduría es un aspecto muy difícil de desligar en el hombre aún en estas situaciones, debido a que no hacen uso de la ley No. 9470 porque no la conocen o su caso en el momento en que se presentó no aplicaba para hacer uso de este recurso; y también al temor de perder su trabajo como lo mencionan Acosta y Cabrera (2016).

Tal como lo comenta Campos y Salas (2002), para la sociedad en general la responsabilidad paterna se mide en función de la proveeduría, inclusive si el hombre se ha perdido de eventos importantes en la vida de sus hijos o hijas, ha sido violento o ha ejercido una paternidad disfuncional en los otros aspectos.

A pesar de que el trabajo es un aspecto altamente preocupante; los participantes contaron con apoyo de su patrono para ausentarse en algunos casos todo el período de hospitalización, en otros casos hicieron uso de los beneficios por paternidad que les brinda la empresa, en un único caso el padre se desligó de su trabajo (por cuenta propia) para estar con el menor, y solo en un caso se utilizó la licencia por cuidado de menor gravemente enfermo (en el caso del padre con el hijo de menor edad).

La crianza, en el caso presentado anteriormente, el participante se empeña en aprender los métodos utilizados en el hospital para realizar las tareas de cuidado, como baño, alimentación, cambio de pañal y otros, para él mismo poder desempeñar estas actividades en el hogar. Lo cual, deja en evidencia la ruptura en cuanto a la preferencia de los hombres en el involucramiento con los hijos o hijas actual en comparación a lo propuesto por Menjivar (2002), en donde los hombres esquivan estas tareas.

Otro elemento mencionado vagamente por este participante, pero abordado ampliamente por otros padres entrevistados, es el afecto; pero desde la perspectiva y en el contexto de la situación, se refleja como el estar presente para la madre y posiblemente pareja, y para el recién nacido.

El afecto expresado como compañía es un elemento de la paternidad altamente apreciado por los padres entrevistados. Como en el caso del participante 2, que menciona lo siguiente *“Desde ahí yo siempre estuve con ella y desde ahí yo siempre estuve con mi hijo”* (Participante 2, 2018)

El acompañamiento, a pesar de que en la unidad de cuidados intensivos neonatales existan restricciones para evitar la hiperestimulación del niño o niña, los participantes comentan que es importante para ellos estar presentes durante el

proceso de hospitalización. Tal y como lo menciona también el participante 5, al realizarle la misma pregunta, sobre el papel de padre y cuidador.

Diay yo la percibo que bueno trate de ser lo mejor, de estar ahí muy muy pendiente aparte de que yo trabajaba y gracias al señor en ese momento Dios me dio la oportunidad de estar muy cerca de la casa entonces muy cerca de él, yo salía temprano y de una vez me iba para el hospital a acompañar a mi esposa en ese momento verdad. (Participante 5, 2019)

Sin embargo, cuando un padre compara la situación en otros servicios fuera de la unidad de neonatos en donde no existen tantas restricciones o la monitorización del bebé es diferente y no se encuentran en incubadoras, ellos perciben que su necesidad de brindar afecto por compañía y protección es incluso más relevante; ya que perciben a sus hijos o hijas más indefensos que cuando estaban en una “burbuja” y le brindaban atención directa continua.

El Participante 3, comenta sobre lo mencionado anteriormente, cuando se le pregunta sobre su papel como padre y cuidador mientras su hija está hospitalizada en el servicio de neonatología.

Cuando yo creo que fue más importante el rol de padre fue cuando a ella la sacaron de ahí (neonatos) y tuvimos que estar tratando de estar todo el tiempo con ella porque nunca la dejé sola, si acaso 10 minutos en el cambio que había de guardia entre mi esposa y yo. (Participante 3, 2019)

El proceso transaccional/ interaccional de este padre con su hija, de brindarle protección y que ese debe ser su papel como padre y cuidador, es similar a lo que propone Menjivar (2009) sobre las masculinidades; los hombres deben proteger a quienes dependen de ellos, según el constructo social de una buena masculinidad. Lo anterior se traslapa de la masculinidad como base a la paternidad, y más en casos en los que se perciben sumamente vulnerables.

Otra parte del papel que se percibe por los padres como protectores, fue ser la cabeza de quien está pendiente de la situación de salud, comunica a otros miembros de la familia y gestiona aspectos relevantes para el cuidado del menor, en especial

cuando la madre del menor se puede estar recuperando del parto o la salud emocional se percibe como afectada.

Diay yo pienso que fue bueno porque casi que todo un peso que digamos, hablar con la doctora y comunicarle a la familia digamos, lo que estaba pasando, me tocó a mí porque mi esposa quedó muy afectada digamos, por el momento que pasó porque todo fue muy rápido. (Participante 4, 2019)

La autopercepción de haber ejercido un buen papel como padre, se debe a que cumplió bajo sus propias expectativas lo que debía hacer como hombre, esposo y padre; estos parámetros propios, como menciona García (2015) son inculcados por la sociedad y la familia, así como las experiencias de vida, de ello derivan las nuevas masculinidades o las masculinidades en general.

Para autores como Campos y Salas (2002), el papel que deben cumplir los padres, tanto para ellos mismos como desde la percepción de la mujer, es el del modelaje, proveeduría y protección; ambos papeles son fundamentales para que se considere a un hombre como buen padre que cumplió con su familia.

Para enfermería, es importante comprender las interacciones humanas, según King (1984), y se deben entender las percepciones de las personas que interactúan; además, se deben analizar las transacciones como valores en las situaciones de enfermería. Además “el conocimiento de las interacciones humanas ayuda a las enfermeras a obtener información de las observaciones y medidas de los pacientes y a enfrentarse abiertamente a situaciones para obtener nueva información.” (King, 1984. pp. 95).

Según el análisis de los datos recabados en confrontación a la investigación de Menjivar (2002), en medida que la sociedad ha avanzado en el reconocimiento y construcción de nuevas masculinidades, de manera paralela se ha avanzado en nuevas formas de ejercer las paternidades. Por lo tanto, al hablar de nuevas masculinidades, se puede hablar de manera anexa de nuevas paternidades.

Las transacciones y el rol que desempeña una persona, se encuentran directamente relacionados; debido a que las transacciones componen las relaciones

del rol con otra u otras personas, según lo describe King (1984). En el siguiente apartado se consideran el rol autopercebido de los participantes como padres y cuidadores.

12.3.3 Concepto de rol

Los roles según impresiona Imogene King (1984), son las posiciones dentro de un grupo social y la manera en que se desempeña la persona, ya sea porque asume sus funciones con base a una exigencia interpuesta por la sociedad o el colectivo en el que se encuentra o desde su propio imaginario las construye.

Además, esta autora destaca que el rol se considera una relación con otra persona en una posición y también en un contexto determinado.

En este apartado se analiza el rol desde la paternidad ejercida en el contexto hospitalario y con un hijo prematuro internado en un servicio de neonatología; para indagar al respecto, se les consultó a los participantes sobre ¿Cómo cree usted que era su rol paterno y cómo cree usted que fue su rol de cuidador?

En cuanto a las respuestas que se obtuvieron, 4 de los 5 participantes compararon su rol paterno con el rol materno, y de cómo las personas que integran el sistema es el que divide el trabajo o las actividades por género. Como es el caso del Participante 1, que se menciona a continuación.

Sí, como le digo de cuidador siento que en general los procedimientos están muy hechos para la mamá no para el papá, yo sé que tal vez socialmente las estadísticas no estén muy de lado de nosotros los hombres, pero yo sí pienso que debería haber un procedimiento para los papás que sí queremos irnos a meter ahí a estar con los bebés en la incubadora y demás. (Participante 1, 2018)

Para que una persona logre desempeñar su rol en un entorno específico, de manera adecuada, se deben tener en cuenta las afirmaciones de King (1984), quien

menciona que para ejecutar un rol, se requiere que los individuos se comuniquen entre ellos y que además interactúen en maneras positivas para alcanzar las metas.

Lo anterior, en relación a lo que el Participante 1 expone, es que el padre no tuvo claridad en su rol como padre; la enfermera o enfermero no estableció las actividades que su rol debe o puede ejecutar. Las razones de esto, pueden ser varias; en esta ocasión se asumen dos variables; puede que la enfermera o enfermero tampoco tengan certeza en la definición de los roles que los padres pueden desempeñar; o, se asume también como falta de interés del personal de salud, para conversar de estos aspectos con la familia del bebé.

Otro aspecto mencionado por el Participante 1, son los roles ejecutables entre padre y madre; la persona observa que existen procedimientos que él mismo puede desempeñar con la misma habilidad que la madre. A pesar de que el participante percibe que son cuestiones del sistema o del mismo servicio de salud, se comprende que el servicio está siendo manejado por personas que tienen su propio concepto de rol; y que según Altenburger et al. (2018) las madres siguen siendo consideradas, por la sociedad, como las principales cuidadoras de los bebés.

Estas actitudes pueden contribuir a lo expuesto por Altenburger et al. (2018), que las madres pueden cerrarse a la ejecución de tareas por parte de los padres, ya sea que ellos hayan demostrado debilidades en sus destrezas para el cuidado o creer que ellas lo hacen mejor; lo que le quita confianza al padre como cuidador.

Sin embargo, el caso del Participante 1 no se desarrolló lo mencionado en el párrafo anterior ya que en otros apartados él refiere que con insistencia al personal de salud logró desarrollar habilidades y destrezas en las tareas de cuidado; además, comentó que al alta era él mismo quien realizaba estas acciones en su hogar.

Dentro del mismo servicio, para el Participante 1, vivió otras situaciones cuando ejercía su rol de padre cuidador, como incomodidades por parte de otras personas en el servicio; ya que según sugiere, el servicio contempla esencialmente la participación de la mujer.

Me recuerdo que yo estaba ahí en el cuartito en la sala, eran como 8 bebés más o menos y generalmente yo era el único hombre y entonces a las mamás les incomodaba un poco, ¿qué les incomodaba? darle teta al bebé. A más de una le incomodaba de que aún andaba con gabacha de hospital, se sientan y la bata se abre toda y se sienten incómodas. Como le digo, siento que el sistema no está hecho para uno como papá. (Participante 1, 2018)

Fuera del concepto del rol, lo anterior responde más a las masculinidades frente a la feminidad; el concepto del yo que cada quien maneja y también la educación de cada individuo. A pesar de que amamantar se considera un proceso natural, aún existe tabú sobre el cuerpo de la mujer y el pudor que cada una debe guardar,, este aspecto psicosocial y del entorno puede inhibir a la madre de dar de mamar como afirma Pérez (2015); además, la situación de hospitalización de las mismas y el uso de las batas, donde se pueden exponer los cuerpos de las personas también inhiben el confort de las madres al amamantar.

Enfermería debe velar por el confort de ambas partes; en el proceso de amamantamiento, a través de la educación, y brindar ropa hospitalaria cómoda para las madres hospitalizadas que sean cómodas para ellas.

El participante 2, desde su propia expectativa, vivió una experiencia similar al del participante 1, ya que por cuestiones de trabajo o restricciones en la visita, sintió desplazado su rol paterno y de cuidador por el de la madre.

Yo siento que ese rol de cuidarlo, de verlo y tocarlo, aparte de que era muy poco el tiempo, yo no podía. Por lo menos siento yo que Andrea tuvo más oportunidad durante todo el día y yo solamente una hora al día. (Participante 2, 2018)

Como se menciona anteriormente, el cuidado, se percibe por parte de la sociedad, como un pilar exclusivo de la maternidad; y en una sociedad cambiante como la occidental, las nuevas masculinidades y nuevas paternidades, se recienten por parte de los hombre que son padres, ya sea porque les corresponde trabajar o porque se sienten excluidos del proceso.

Lo anterior, se repite por el participante 4, pero este agrega sus emociones al sentirse desplazado por el personal de salud del hospital regional en el que se encontraba. Sin embargo, inicia haciendo diferencia entre lo que fue su rol paterno y de esposo, para él su desempeño en esa área si fue satisfecho.

Tal vez del rol paterno si porque yo sentía la necesidad estar ahí, primero con él, y estar ahí con mi esposa porque no la iba a dejar sola, y tal vez ya atenderlo no porque como le digo, lo único que me dejaban era alzarlo nada más. No dejaban cambiarlo ni nada. (Participante 4, 2019)

Este participante, comenta que su rol paterno como protector y acompañante del proceso si fue desempeñado satisfactoriamente; por otra parte, señala que no en todas las áreas o ejes de la paternidad fue de esa manera y al sentirse excluido, le generó emociones de rechazo y de poco valorado como padre y cuidador por parte del personal de salud. Se le preguntó al participante 4, sobre cómo lo hacía sentir esa exclusión en comparación a la madre del hijo.

Si era muy feo, di no sé se siente como que lo hacen a un lado como que la mamá fuera la única que lo que está pasando en ese momento digamos, entonces si se siente uno como “usted no porque usted no fue el que lo tuvo, usted no fue el que pasó los dolores”, pero di uno igual pasa, di se preocupa por lo que pasa en ese momento. (Participante 4, 2019)

A lo que el participante 4 se refiere, es que la atención brindada y que la información que se le brindaba únicamente a la madre, en el hospital regional que se encontraba, se sugiere que es debido a que las personas obviaban sus emociones. Que como se menciona por Menjivar, M. (2009), aún se maneja por parte de algunas personas en estas posiciones, que la huida de la feminidad de los hombres dejan anuladas las emociones blandas o débiles; esto desde la percepción del padre en el servicio de neonatos en el que se encontraba.

Sin embargo, las necesidades del participante como padre eran ser atendido con la misma sensibilidad que a la madre; ya que él mismo comente que cuando intentaba acceder a la información, se le decía que dichos datos ya habían sido

compartidos con la madre; de alguna manera, él se sentía esquivado por el personal y que por lo tanto, la parte de atención y cuidado en el rol de la paternidad, se ve como un punto insatisfecho.

La presencia y protección al recién nacido es parte fundamental del rol paterno; los padres en el contexto hospitalario, comparan su situación con la de otros padres de neonatos, y al ellos tener la oportunidad de estar presentes para sus hijos o hijas y pensar que los bebés sienten su compañía les produce emociones de vulnerabilidad y agradecimiento.

Si claro, día y yo trataba de ser lo mejor, o sea yo sentía que hacía lo mejor día y solo el hecho de estar uno presente, uno ve ahí casos de gente de Talamanca, y ahí los niños están solos. Como que le revuelve las emociones y ya uno piensa en el hijo de uno. (Participante 5, 2019)

Se puede mencionar a la empatía como una de las razones para valorar la propia presencia en esos procesos; ya que como lo menciona el participante 3 anteriormente, él también observaba como la situación de otros padres que vivían en lugares alejados sin la oportunidad de quedarse cerca del hospital en el que estaba su hija, le hacía apreciar sus beneficios y oportunidades; y, de la misma manera lo menciona el participante 4 en otra ocasión.

Por lo tanto, la empatía por los otros casos de bebés prematuros y la sensación de que los niños y niñas estaban solos y desprotegidos, hacen que ellos mismos valoren más la manera en la que están desempeñando su rol y la importancia que ello tiene para su hijo o hija en el desarrollo.

Por otra parte, a pesar de valorar su presencia y papel como padre expectante, vigilante y protector en el servicio de neonatología; el participante 3 menciona que las tareas entre padre y madre en el servicio en el que su hija estuvo internada, eran muy similares; esto en respuesta a la pregunta sobre cómo percibió su rol como padre y cuidador de su hija en la unidad de neonatos.

Honestamente yo no le veo mucha diferencia respecto con la mamá, era siempre estar al tanto de las necesidades de ella y estarla chineando. Igual con

el tema de la mamá porque al final se les da con el chupón, porque antes no éramos ni nosotros los que le dábamos la comida sino las enfermeras, entonces yo no veía la diferencia entre el rol materno y paterno, era alimentarla y ahí era estar al cuidado de las mismas máquinas, aunque en teoría se suponía que estaban las enfermeras. (Participante 3, 2019)

En concordancia con lo establecido por Gallegos-Martínez (2013) los padres y las madres de los recién nacidos en el servicio de neonatología, perciben de su participación en el cuidado de los bebés como escasa; sin embargo, esto no se considera como una exclusión negativa de su rol y es atribuido a un proceso normal debido a la condición de su hijo o hija y al nivel de fragilidad percibido.

La necesidad expresada por los padres de estar presentes durante el proceso de hospitalización de los neonatos, debe ser incentivada por el personal de salud; según Craig et al. (2015) los padres y madres deben brindar confort y seguridad a sus hijos o hijas prematuros, por medio de la consistencia de su presencia cuando esto sea posible; ya que, ello es considerado como un factor de neuroprotección para los bebés prematuros.

Por último, el rol del padre debe poseer más elementos que solo estar presente; se debe propiciar su participación según sea adecuado para el desarrollo y con el fin de que sean cuidadores de su recién nacido. Los padres deben desarrollar las habilidades para el cuidado de los niños y niñas, así como la apertura de espacios para que den apoyo en los cambios de posición y para cargar a su bebé; el rol, debe incluir el soporte y la experiencia de alimentar, y brindar cuidado de piel con piel, afirma Craig et al. (2015).

A continuación, se analizará el sistema social, según lo propuesto por King (1984), en donde se identificarán los elementos de las vivencias de los padres con el personal de salud de los servicios.

12.4 Sistema Social

El sistema social, es el contexto ambiental en el que se desarrollan las personas; es definido por King (1984) como un sistema organizado por límites, maneja un sistema de roles sociales y las personas deben presentar conductas y prácticas apropiadas según el sistema de valores que se desarrolle; además, debe contar con mecanismos que controlen y regulen las prácticas, y guíen las normas.

En esta investigación se estudian los sistemas sociales que se desarrollan a nivel intrahospitalario y más específicamente, en los servicios de neonatología de hospitales públicos costarricenses, desde la óptica de los padres según sus propias experiencias.

Las experiencias de los padres dentro del entorno hospitalario y el personal que constantemente está cambiando, crean una relación con la familia, les llegan a conocer y guían en el proceso. En un ambiente tan tenso, como el de un servicio de neonatología en el que los usuarios primarios tienen condiciones cambiantes de salud, el manejo de la información y la educación sobre el estado de salud puede provocar omisiones de la información a los padres e incluso roces entre padres y personal de salud.

Para efectos de los objetivos de esta investigación, se analizan dos conceptos del sistema social: el concepto de organización y el de toma de decisiones.

12.4.1 Concepto de Organización

Según Imogene King (1984), las organizaciones son unidades sociales, conformadas por una estructura formal en la que se distribuyen las funciones y recursos para alcanzar objetivos.

Un aspecto que determina la organización, según King (1984) son las funciones de la organización y estas a su vez se dividen entre las posiciones jerárquicas y cada uno de los procedimientos y tareas.

Para ahondar sobre la manera en la que la organización (servicio de neonatología), se proyecta hacia sus clientes externos (familia y neonatos) y la

manera en la que impregnan las experiencias de estos; se les preguntó a los participantes sobre ¿Cómo fue su experiencia con el personal de salud? ¿Los llegó a conocer o sabía cuáles eran sus funciones?

Respecto a las experiencias en las que pudo haber conflicto y posibles pérdidas del control emocional, el Participante 1 comenta sobre la situación que vivió con uno de los integrantes del equipo de salud.

Se genera ansiedad al respecto. Un día me recuerdo que como a los tres, cuatro días de estar ahí nos dimos cuenta que la condenada romana estaba mala, pobrecito el muchacho de ahí, el enfermero, me recuerdo de él, yo le grité y de todo y yo “¡Pero ¡cómo va a estar mañana, fíjese, esa suma es muy delicada!” Y claro eso no es culpa de él, pero es producto de la ansiedad que hay alrededor del peso. (Participante 1, 2018)

Estas vivencias y discusiones con tonos de voz elevados, son signos de altos niveles de estrés; los autores Hynam y Hall (2015), hablan de que en los servicios de cuidados neonatales especialmente en las unidades de cuidado intensivo, la angustia de los padres y madres, desencadena una serie de sentimientos y emociones, llamada trayectoria emocional y se pueden presentar encuentros de alta intensidad entre el personal y la familia.

Además, Hynam y Hall. (2015) comentan que el estrés acompaña a todas las personas en las unidades de cuidados neonatales; asimismo, se pueden encontrar con casos de personal con síndrome de burnout por la exigencia de su puesto y los altos niveles de presión emocional, aseguran los autores mencionados.

Si bien el estrés y la angustia, no son excusa para que las personas eleven su tono de voz y se expresen, como indica el Participante 1, con gritos. Esto puede ser por una característica de lo que menciona Menjivar (2009), cuando se refiere a la utilidad vrs el poder, en donde el poder es un medio de dominación y que las personas tienen a explotar a sus semejantes para establecer relaciones de dominación.

Si bien, no se hace referencia a que el participante ejerza una masculinidad hegemónica pero que aún las personas manifiestan comportamientos agresivos en una búsqueda del poder frente a otros.

Enfermería, debe velar por la resolución de estos conflictos entre el personal y la familia del recién nacido, como un mediador y como administradora de la organización debe establecer las normas y reglas del servicio para que situaciones como la anterior no se den; tal como lo menciona King (1984).

En cuanto a las demás experiencias con el personal de salud, el participante 1 menciona que en el período en el que su hija estuvo hospitalizada en dicho servicio, pudo conocer al personal y diferenciar sus funciones como miembros de la organización.

Si los llegué a conocer a todos, es cierto que no eran tan comunicativos digamos respecto al estado de salud del bebé, o tal vez uno por falta de experiencia a uno le hubiera gustado como que le dijeran casi que el día a día todo, o le estaban haciendo exámenes de sangre y ¿para qué o por qué? (Participante 1, 2018)

La información y la comunicación continua son parte del rol de la enfermera o enfermero y del equipo interdisciplinar de salud; el personal de enfermería debe comprender las líneas de comunicación con la gente e interactuar para mantener la claridad de la información y exactitud en las percepciones, según afirma King, I. (1984).

La sensación de que la información brindada de parte del personal hacia los padres era insuficiente, es un tema repetitivo durante todas las entrevistas; los participantes mencionan que lograban comprender las funciones y roles de todas las personas involucradas en el cuidado diario, pero que la comunicación o transferencia de información era escasa.

Ya uno sabía quiénes eran enfermeros, licenciados, ya uno sabía quién era auxiliar de enfermería, quienes eran bachiller y quienes eran asistentes de pacientes, que los asistentes en general eran los que limpiaban las paredes y

desinfectaban las incubadoras, no tocaban nada y no podían hacer nada con los bebés. (Participante 2, 2018)

Lo que el participante comenta, es un reflejo de la claridad que existe entre los roles, la administración del personal y del servicio como organización liderada por enfermería; por su parte King (1984), respalda que las enfermeras y enfermeros, como gerentes del cuidado deben coordinar casi todas las funciones de otros que están relacionadas con las personas usuarias en los hospitales.

En esta investigación no se plantea medir la efectividad de una organización, porque los objetivos de los servicios de neonatología pueden estar centrados en la calidad de atención directa con el recién nacido o en implementar los mejores procedimientos con excelencia; sin embargo, si se puede observar las falencias de la organización desde un puesto de poder en el que centralizan la información y la comunicación con la familia es su principal oportunidad de mejora.

Lo anterior, reflejado en los extractos siguientes de las entrevistas realizadas a los padres de los bebés prematuros; que incluso, se les excluye, en su condición de ser hombres, de la información y del cuidado.

Sí, en Neonatología había un par de doctores que eran los que estaban más al tanto de ella, pero sabíamos que a uno era más difícil sacarle información que al otro entonces siempre que estaba al que lográbamos sacarle más información tratábamos de preguntarle de todo. Las rutinas de las enfermeras, ahorita no me acuerdo bien, pero uno sí llega a familiarizarse con todo lo que tienen que hacer. (Participante 3, 2019)

Si, bueno más que todo en el ... (hospital Nacional), ahí a uno le explican que si uno tenía alguna duda que con quien tenía que hablar, bueno la doctora, de que cuando él nació, ella fue la que me explicó lo que él tenía, el horario de visitas y digamos, cuáles eran las enfermeras que estaban a cargo de él. Pero aquí (hospital regional) no, yo como papá llegaba a preguntar y la respuesta era “mañana hablan con la mamá” o “ya se le dijo a la mamá”. (Participante 4, 2019)

En cuanto al participante 5, este respondió a la pregunta sobre el conocimiento de las funciones y del personal de salud que estaba al cuidado de su hijo, y él respondió que no los conoció porque sus visitas por cuestiones de tiempo y trabajo eran muy cortas.

El Participante 3 relata sobre su experiencia con diferentes médicos, que dependía de la persona específicamente, si podían obtener información acerca del estado o la condición de su hija; fuera de que los médicos o demás personal de salud posea una personalidad empática o le agrada conversar con la familia, estos deberían manejar y comprender las líneas formales de comunicación, como señala King (1984) anteriormente.

Como ya se ha mencionado en este y otros apartados, la incertidumbre genera angustia y otras emociones; el acceso a la información por parte de los padres debería funcionar como una norma de la organización, no solamente viéndolo como una parte del cuidado sino como un derecho fundamental de la persona.

Ahora bien, a pesar de que la organización no sea la que establezca a quien se le brinda información, si a la madre o al padre, ello proviene desde cada persona no del sistema; cada persona tiene una trayectoria cultural y de percepción propia pero ello no debe interferir con la manera en la que se cuida, comenta King (1984).

Como se menciona anteriormente por Altenburger et al. (2018), se reitera que en muchas personas sigue en su propio imaginario, que las mujeres tienen la máxima custodia del cuidado de los hijos e hijas. A tal punto, se puede dar este fenómeno, que el personal puede evitar conversar y transferir información al padre; al menos en el hospital regional al que el participante 4 se refiere.

Como una de las recomendaciones de Craig et al. (2015), es que el equipo de salud debe mantener una comunicación frecuente y continua con la familia; además, esta debe ser comprensible y personalizada para el nivel educativo de los padres y las madres, y por último, debe ser consistente y llevada a cabo de una manera culturalmente competente.

Los nuevos modelos de atención en los servicios de neonatología, integran la comunicación a la familia como uno de sus ejes; en el caso costarricense se determina que esta puede ser una de sus principales falencias.

Una comunicación ineficaz, puede producir, como ya se ha analizado previamente, negligencia por parte de los padres al no saber interpretar las señales de los niños, pero también aumentar el nivel de angustia y hasta fomentar un ambiente hostil entre las partes.

Por último, se analiza el concepto de toma de decisiones, en este apartado, se le preguntó a los padres acerca de su participación directa en el cuidado de sus hijos o hijas a través de la toma de decisiones sobre el tratamiento y cuidado.

A pesar de que se comprende que las personas deben participar únicamente de la toma de decisiones relacionadas a su rol y función, según señala King (1984); se pretende analizar la vivencia de los padres frente a temas en los que quieren ser incluidos pero manejados por profesionales de salud.

12.4.2 Concepto toma de decisiones

Al explorar el concepto de toma de decisiones que propone King (1984) como los juicios personales que se hacen y que moldean el curso de acción que se sigue en situaciones específicas y dependientes de las circunstancias; las decisiones se toman posteriormente de un proceso de análisis con base a la información que la persona maneja.

Para el análisis de este apartado se le pregunta a los participantes qué información o conocimiento poseían sobre el tratamiento de su hijo o hija basándose en la experiencia con respecto al servicio recibido y su relación con el personal del servicio de salud; y también, se les preguntó sobre la inclusión de ellos en la toma de decisiones para elegir el tratamiento o en la discusión.

Del tratamiento de ella cuando estaba hospitalizada, honestamente poco, pero si sabíamos por ejemplo cuando le teníamos que poner luz, en algún momento

se la pusieron porque la bilirrubina la tenía alta o baja creo, luego todos los días se le daba hierro, todos los días se le daba creo que vitamina A y B o A y D para eso. (Participante 1, 2018)

Como se observa anteriormente, el Participante 1 si tenía conocimiento acerca del tratamiento de su hija; sin embargo, responde inicialmente que conoce poco, pero se refiere específicamente a tratamiento farmacológico y no maneja la noción global de los cuidados y tratamientos que la niña recibió. La información acerca del tratamiento, los participantes la obtenían de diferentes maneras.

Escuchar por ejemplo a los médicos, me acuerdo cuando había los cambios de enfermeros, cuando hacen el cambio viene uno y dice cuál es la rutina del bebé y tiene prueba de esto, prueba de sangre, medicamentos de tal cosa y leche de otra. Entonces yo ahí ponía atención particularmente en las mañanas. (Participante 1, 2018)

Se retoma el tema sobre la manera en la que el personal de salud maneja la información, de que esta no se transmite usualmente de forma directa; la persona tiene que estar escuchando atentamente la visita médica o la entrega de turno, casi de manera escabullida para obtener información que antes no había podido obtener.

Por otra parte, la información que se considera puede ser delicada, se deja por los enfermeros o enfermeras para ser discutida o conversada entre los padres y médicos tratantes. Como menciona King (1984), que las enfermeras o enfermeros aunque compartan información, no quiere decir que tienen el derecho de revelar información médica, ya que esta es una función del médico o la médico tratante.

No, fue ahí donde empezó mi iniciativa de preguntar, como le digo yo soy muy preguntón, que yo me enteraba... muchas veces no nos decían nada, yo decía “¿Cómo está mi bebé?” y la enfermera decía “Papá, a las 11 de la mañana es la cita con el doctor, usted tiene que esperarse a que el doctor venga” y yo “Pero ¿está bien?” “Ahí está el censo en la puerta”, claro ahí estaba el censo, pero siempre decía “Muy grave”, en algunos decía “Grave, estable, muy grave”. (Participante 2, 2018)

Las responsabilidades de revelar información, continúan siendo del médico; sin embargo, el sistema o la manera en la que se incluyen a los padres y madres puede ser modificado dentro del mismo servicio de neonatología para hacer de ellos, actores que participan activamente del proceso de curación y cuidado; tal y como lo menciona Craig et al. (2015).

Para estos mismos autores, los padres y las madres deben asumir un rol parental de atención directa; también, deben participar de las visitas médicas o rondas médicas y cambios de los reportes de enfermería; asimismo, deben tener acceso escrito y electrónico a los reportes médicos.

Lo anterior, en cierta parte contradice a King (1984), que habla sobre el papel que tienen los médicos al momento de revelar información; si los padres tienen libre acceso a las notas médicas sin una explicación previa o un manejo profesional del impacto que puede tener los datos a develar, se pueden ocasionar falsas expectativas sobre la condición de salud de su hijo o hija.

Se retoma el tema de la rutina como manera en la que los padres se educan; además, se usa como referente en la que los padres se dan cuenta de cambios en los tratamientos y también para corroborar si existe algún error dentro de la administración del tratamiento.

La rutina, estábamos al tanto de eso, de a qué hora le tocaba la comida, los horarios de comida de ella y estábamos al tanto de horarios de medicina, entonces sabíamos que le tocaba antibiótico a x hora o cada cierta cantidad de horas, cosas para el dolor también entonces ya sabíamos más o menos a qué hora le tocaba y si veíamos que no llegaba entonces preguntábamos. (Participante 3, 2019)

La referencia que realiza el Participante 3 para mencionar qué conocía sobre el tratamiento, es también un intercambio de información indirecto y solapado entre el personal de salud y la familia. Se evidencia nuevamente que la inclusión de la familia es prácticamente nula como participantes del cuidado y tratamiento.

Por otra parte, existen los casos de los padres que están involucrados en el proceso de su hijo o hija pero por sus actividades de proveeduría, no manejan información al respecto del tratamiento. La cual corresponde al caso del Participante 5, quien menciona su poco conocimiento sobre el tratamiento, pero su prioridad no era empaparse de estos datos, sino cubrir la necesidad más importante de su hijo y que él mismo percibe.

Ajá, de eso no te puedo contar mucho o sea porque no tengo conocimiento médico y eso pero diay yo siento que, no era tanto lo del tratamiento más bien era más que todo, diay bien vamos a la parte emocional, diay porque se sentía solo y todo eso. (Participante 5, 2019)

En otros extractos de la entrevista, este mismo participante menciona que quien tomaba decisiones y estaba al tanto de la información médica de su hijo era la madre; ya que era ella quien podía estar presente en el hospital, por lo que delegaba estas funciones a ella y él se desentendía de este aspecto y que confiaba en ella y en los profesionales de salud que estaban a cargo.

El papel del Participante 5, era colaborar en lo que él mismo percibía que era lo que a su hijo le hacía falta, que era la compañía de sus padres y que sus tareas eran desempeñarse como un padre que se comunicaba y hacía sentir su presencia el poco tiempo que podía.

En la toma de decisiones, que establece King (1984), consiste en un proceso que define un problema, analiza la información previa y selecciona la mejor alternativa para un curso de acción y meta. Si se contrastan estos elementos con los datos obtenidos en la entrevista, se observa que la toma de decisiones en los servicios de neonatología de los hospitales públicos costarricenses, son un tema monopolizado por el personal de salud.

No porque como le digo yo llegaba los primeros 10 días que estaba con licencia, varias veces llegaba a las visitas de las 11 cuando estaba el neonatólogo y él nunca me dijo “Vamos a hacerle una punción lumbar” o “Tiene

una bacteria, vamos a darle tal cosa”, aunque yo no entendiera qué tipo de antibiótico es. (Participante 2, 2019)

El participante reconoce su falta de conocimiento en el área; sin embargo, menciona en otro momento, su deseo porque se le consultara o se le incluyera en la discusión. Sus expectativas, eran conocer las opciones que se podían presentar frente a los posibles efectos adversos de los medicamento.

Igual si a mí me hubieran dicho “Vamos a ponerle un antibiótico a su hijo porque tiene una bacteria tal, el efecto secundario del antibiótico es que puede quedar sordo. (Participante 2, 2018)

De igual manera en los demás casos, dentro del servicio de neonatología, ocurría el mismo fenómeno de exclusión; en algunos casos se veía como un proceso normal y se aplaude la labor del personal involucrado.

Di casi que era lo que ellos decían pero di al final yo siento que fueron decisiones bien tomadas, porque para mí son muy cargas. (Participante 4, 2019)

Que yo sepa no, o sea que yo sepa nunca nunca. (Participante 5, 2019)

La exclusión en la toma de decisiones, como parte de la realidad de las personas que reciben servicios en los centros médicos, es mencionada por King, I. (1984) quien comenta que las decisiones son tomadas unilateralmente por el profesional de medicina y enfermería; además, posteriormente esta decisión se comunica hacia las personas.

La posición de King (1984), acerca de ello es que existen situaciones que requieren de la habilidad y conocimiento para tomar situaciones; sin embargo, la información debe ser compartida entre las personas usuarias del servicio y los profesionales de salud, y entre ambas partes se pueden tomar decisiones conscientes acerca del curso de acción. Por último, esta autora resalta que cuando las personas participan en las decisiones existe menos resistencia para ponerlas en práctica y para aprender lo pertinente.

Acerca de este tema, pero de manera más enfocada a los servicios de neonatología, Craig et al. (2015), comenta que los padres y madres deben ser socios dentro del equipo de salud, mediante la integración de los mismos en las discusiones, rondas médicas, entregas del turno; también, mediante la atención directa del niño o la niña desde su rol paterno; y por último, por medio del acceso a la información de los reportes.

En el caso del Participante 3, su experiencia fue similar a lo que describen los autores anteriores; cuando la condición de la niña fue grave, el conocimiento y habilidad del equipo prevaleció por sobre la toma de decisiones del padre. Por otra parte, cuando fueron superadas dichas circunstancias, se le incluía en la elección del curso de acción. Tal como lo describe a continuación *“Con todo lo del principio, no claramente. Pero ya después estando ahí ella sí nos consultaron, si había algo que tenía que opinar nosotros para decidir una o la otra sí nos consultaban”* (Participante 3, 2019).

Lo anterior demuestra que cada experiencia es diferente en muchos elementos entre los participantes y que ello es dependiente del hospital en el que haya estado, ya sea regional, hospital nacional o especializado.

En la mayoría de los hospitales, aún existen falencias en el modelo de atención centrado en la familia, que es lo recomendado por Craig et al. (2015) quienes mencionan que los equipos deben ser educados sobre los principios y métodos de la implementación del cuidado bajo el modelo familiar.

Ahondar en estos temas, como la creación de una política institucional y tener estudios complementarios a este, son fundamentales para integrar a todos los miembros del núcleo familiar en el cuidado de los menores; respetando las limitaciones que se presenten con relación a la condición de salud de los niños y las niñas.

13. Conclusiones

A pesar de que la mayoría de la población entrevistada, vivieron el proceso de hospitalización en un hospital del Gran Área Metropolitana, hubo participantes que vivían en zonas urbanas y periféricas, que tuvieron que mudarse a vivir por un tiempo con familiares que radicaban en alguna zona de la gran área metropolitana, o cerca de los hospitales nacionales clase A. Lo anterior a razón de que el proceso les demandaba la permanencia diaria en los hospitales de internamiento del recién nacido, ya sea para cumplir con las necesidades de alimentación, compañía o estar pendientes de la condición de salud de los niños o niñas.

Por lo cual, en estos casos el desplazamiento y la permanencia, de los padres que viven fuera de la gran área metropolitana, no se mencionó que fuera una fuente de estrés; por el contrario, comentan que quedarse cerca del hospital en el que su hijo o hija se encontraba hospitalizado, era de mucho alivio debido a que contaban con redes de apoyo que respondían brindando hospedaje. Por otro lado, ellos mismos aseguran que la situación hubiera sido muy diferente, si no hubieran tenido esa oportunidad y que el estrés habría sido mayor.

En las situaciones en las que un bebé nace prematuro, el proceso envuelve a la persona en una trayectoria emocional; la cual, le puede ocasionar una crisis circunstancial y la superación o el evitar una crisis dependen de las herramientas de afrontamiento que se desarrollen o con las que ya cuenten los padres. Además, aunque el padre atravesase por múltiples emociones de mediana y alta intensidad, ellos tienden a ocultar sus emociones o no demostrarlas frente a la pareja; ya que perciben que deben mantenerse fuertes para proteger a su familia y ser el principal apoyo de la madre y el recién nacido, tal como sienten que dicta la responsabilidad que deben cumplir.

En cuanto a la educación brindada en los hospitales por parte del personal de salud, específicamente de enfermería, fue un tema en el que hubo cierta insatisfacción por parte de los padres entrevistados, ya que las formas en las que obtenían información era por interés personal. Cuando el padre recibió educación formal, se encuentra un mayor grado de satisfacción del servicio recibido. Sin

embargo, un tema en común que todos reconocieron haber recibido información, fue el del mantenimiento de la asepsia, debido a las estrictas normas de higiene y antisepsia de los servicios de neonatología. Además, mediante la observación de las actividades diarias del personal de enfermería en el cuidado del niño o niña prematuro aprendieron a desempeñar actividades propias del cuidado.

El desarrollo del vínculo paterno-infantil en etapas tempranas permite que el apego e involucramiento entre ambos se mantenga a lo largo del crecimiento y desarrollo del niño o la niña. Además, el establecimiento de dicho vínculo, disminuye el riesgo de maltrato infantil, por negligencia u otros tipos de violencia. Este vínculo, se fortalece de manera prematura a través de los procesos de comunicación, que se inician a partir de la interacción entre ambos. El inicio del establecimiento del vínculo paterno-infantil se puede ver alterado por la separación, a causa del internamiento en un servicio en el cual, el contacto directo se debe reducir debido a la gravedad en el estado de salud del recién nacido y a la falta de programas que incentiven a los padres a practicar el canguero cuando se requiere.

Los padres percibieron que la organización interna de los servicios de neonatología de los hospitales públicos costarricenses como parcializados hacia las madres. La atención está dirigida principalmente a las madres, los padres se sienten excluidos de las tareas de cuidado e incluso cuando se les brindaba información.

El periodo de internamiento y la constancia en las visitas de los padres a los niños y niñas prematuros, les permitió reconocer a todo el personal; asimismo, lograron diferenciar entre los distintos roles del personal de enfermería, así como sus funciones y personalidades, por ejemplo, quien tiene mal genio, es intransigente o permite reponer tiempos de visita o si la manera en la que brinda información lo hace amablemente. Los padres refirieron que la información que brindaba el personal de salud era insuficiente; además, no se les incluía durante la visita médica y de enfermería, en la mayoría de los casos, y tampoco se les comentaba sobre la toma de decisiones.

14. Recomendaciones

- La formación en enfermería en términos generales necesariamente debe partir del eje de género, derechos humanos y ética; por lo que se recomienda, a las universidades que brindan la carrera de Enfermería en Costa Rica, implementar estos ejes transversales en los planes de estudios.
- La experiencia de que los padres se involucren, de igual manera en comparación con las mujeres madres, en el cuidado de su hijo o hija debe ser considerada por enfermería y se debe fortalecer temas como este en la formación y desarrollo de la profesión.
- Se recomienda a los Departamentos de Enfermería, de los diferentes hospitales de Costa Rica, la implementación de programas de enfermería dirigido a los padres y las madres en los servicios de neonatología donde tengan oportunidad de expresar sus emociones y dudas.
- Sensibilizar y capacitar a enfermeras y enfermeros que componen el equipo de salud, para que monitoreen, valoren y tomen acciones sobre las emociones de alta y mediana intensidad experimentadas por los familiares de los recién nacidos prematuros, para garantizar un cuidado de calidad y cálido que permita a los padres y las madres un mejor abordaje de estas emociones.
- Se recomienda a las enfermeras y enfermeros de los Servicios de Neonatología, utilizar estrategias para que los padres y madres aprendan a conocer y reconocer las señales de comunicación de los niños y las niñas; a través de técnicas de contacto directo, según sea lo adecuado para la etapa de crecimiento y desarrollo en la que se encuentre el neonato. También como una estrategia de preparación de cuidado en el hogar y fomento del vínculo y apego.
- En los servicios de neonatología se recomienda que los padres sean miembros activos del equipo que cuida al recién nacido. Favoreciendo los cuidados centrados en el neurodesarrollo y en la familia.

15. Limitaciones

La población participante, al no ser un público cautivo en algún centro o por medio de alguna organización que los agrupe, es una población difícil de contactar. Esto por razones laborales de los mismos y falta de tiempo para realizar las entrevistas.

La iniciativa de participación venía en mucha mayor medida de madres de bebés recién nacidos, las cuales no se tomaron en cuenta para esta investigación y cuando se les preguntaba sobre el padre de su hijo, comentaban en muchos casos que ellos no estaban involucrados actualmente en la vida de los niños o niñas.

Algunos de los padres, habitaban fuera del gran área metropolitana, lo cual dificultó el proceso de entrevista y se entrevistó únicamente a los padres que tenían la oportunidad de trasladarse al valle central.

El contacto con los padres, en casi todos los casos, se entabló a través de la pareja, así que la comunicación se daba a través de la madre del niño o niña.

16. Referencias

- Acosta, M. & Cabrera, N. (2016). Percepción de padres de hijos prematuros frente a la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivo Neonatal: Estudio de Revisión Documental. Revista UNIMAR. Volumen 34. Número 1. Páginas [193-199]. ISSN: 0120-4327. Recuperado de <http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/unimar/article/view/1144/pdf>
- Altenburger, L., Schoppe, S. & Kamp, D. (2018). Associations between maternal gatekeeping and fathers' parenting quality. Journal of child and family studies. Estados Unidos. ISSN 1062-1024. DOI: [10.1007/s10826-018-1107-3](https://doi.org/10.1007/s10826-018-1107-3)
- Alvarado, G., Martínez, I. & Sánchez, C. (2013). Modelo de Vigilancia y Seguimiento del neurodesarrollo infantil: Experiencia en la Clínica de Medicina Familiar Tlalpan. Revista Española Médico Quirúrgica. Volumen 18. Núm. 1. p. [19-30]. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2013/rmq131d.pdf>
- Atehortúa, S. (2005). La estimulación temprana del neonato hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Universidad de Antioquía. Recuperado de: <http://tesis.udea.edu.co/bitstream/10495/150/1/EstimulacionNeonatoHospitalizado.pdf>
- Campos, A. & Salas J. (2002). Masculinidades en Centroamérica. Masculinidades y paternidades: un reto para la sociedad costarricense. Instituto costarricense de la masculinidad, pareja y sexualidad.
- Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Recuperado de

http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf

CONSEJO UNIVERSITARIO (1980). Reglamento de Trabajos Finales de Graduación. Universidad de Costa Rica. Costa Rica. Recuperado de http://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/trabajos_finales_graduacion.pdf

Craig, J., Glick, C., Hall, S., Smith, J. & Browne, L. (2015). Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. *Journal of Perinatology*. Número 35. Doi:10.1038. Recuperado de <https://www.nature.com/articles/jp2015142>

Cruz, A., Cruz, K., & Rojas, Y. (2012). *Participación de la paternidad en los procesos de acompañamiento a su pareja durante la gestación, parto y puerperio inmediato, en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, durante el segundo semestre del 2011*. Disertación de licenciatura no publicada. Universidad de Costa Rica. Costa Rica.

Da Luz, P. (2017) Modelo de intervención de enfermería pediátrica para favorezca la inclusión de la familia con la población neonatal crítica, dirigido al personal profesional en Enfermería. Unidad de Neonatología, Hospital San Vicente de Paul. Julio 2013-julio 2014. Heredia Costa Rica. Universidad de Costa Rica. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. Programa de estudios de posgrado.

Dzib Aguilar, P. (2013) Prevención del riesgo físico y emocional medidas de protección personal y familiar ante los delitos. 1 Edición. Universidad Autónoma de Yucatán. Yucatán, México. ISBN: 978-607-8191-81-9. Recuperado

de https://www.researchgate.net/publication/295010963_Caracteristicas_de_las_crisis_y_su_impacto_en_la_persona

Emanuel, E. (2003). *¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos*. Pautas éticas de investigación en seres humanos: nuevas perspectivas. Programa regional de bioética. Organización Mundial de la Salud. [pp. 83-95]. ISBN 956-7938-04-0. Recuperado de <http://www1.paho.org/Spanish/BIO/pautas.pdf?ua=1>

Gallegos-Martínez, J. (2013). EL neonato prematuro hospitalizado: significado para los padres de su participación de la Unidad Neonatal. DOI: 10.1590/0104-1169.2970.2375. Revista Latinoamericana de Enfermería. México. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/es_0104-1169-rlae-21-06-01360.pdf

García, F. (2015). Nuevas masculinidades: discursos y prácticas de resistencia al patriarcado. Ecuador: Editorial FLACSO.

Gómez, M. (2015). Guía para padres de bebés nacidos prematuros: La internación. Revista Interdisciplinaria. Argentina. vol.32, n.2, pp. 347-366. ISSN 1668-7027. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272015000200009

Hernández Sampieri, R. & coles. (2014). Metodología de la Investigación. 6ta Edición. McGraw Hill. ISBN: 978-1-4562-2396.

Hynam, M. & Hall, S. (2015). Psychosocial program standards for NICU parents. Journal of Perinatology. Número 35. ISSN 1476-5543. Recupero de <https://www.nature.com/articles/jp2015141>

INEC (2016). CUADRO 7.5.3 Total de nacimientos según meses de embarazo, peso y estatura al nacer 2012-2015. Recuperado de <http://www.inec.go.cr>

Jiménez, E., Loscertales, M., Martínez, A., Merced, M., Lanzarote, D., Macias, C. & Nieto, C. (2003). Padres de Recién Nacidos ingresados en la UCIN, Impacto Emocional y Familiar. Revista Vox Pediátrica. Número 11. Volumen 2. Páginas [27-33]. Recuperado de http://files.sld.cu/atenciontemprana/files/2010/09/padres_de_recien_nacidos_en_ucin.pdf

King, I. (1984). Enfermería como profesión: filosofía, principios y objetivos. Primera Edición. Editorial Limusa.

Menjivar, M. (2009). Masculinidades a debate. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Sede Académica Costa Rica. ISSN:1409-3677. Recuperado de <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/icap/unpan046830.pdf>

Menjivar, M. (2002). Actitudes masculinas hacia la paternidad: entre las contradicciones del mandato y el involucramiento. Instituto Nacional de las Mujeres. Costa Rica. ISBN 9968-25-035-X

Organización Panamericana de Salud (2005). Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/14021/mod_resource/content/0/CPS/modulo1/m1lecturasprincipales/Renovacion_de_la_APS_1-16_.pdf

Pérez, B. y Arrázola, E. (2013). Vínculo afectivo en la relación parento-filial como factor de calidad de vida. Tendencias & Retos. Volumen 18 (1), 17-32.

Pérez, M. (2015). Maternidades y lactancias. La lactancia materna desde la perspectiva de género. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de <http://www.razonypalabra.org.mx/com/citas.html>

Plaza, G. (2005). Manual para padres con niños prematuros. Editado por Ibañez & Plaza. Depósito Legal: M-34302-2005. Recuperado de <http://www.se-neonatal.es/Portals/0/LibroPrematuros.pdf>

Rodríguez Gómez, G. (1996). Proceso y fases de la investigación cualitativa. Metodología de la investigación cualitativa. Editorial Aljibe.

Rondón García, L. (2011). Nuevas formas de familia y perspectivas de la mediación: El tránsito de la familia modelo a distintos modelos familiares. I Congreso Internacional de mediación y conflictología. Cambios sociales y perspectivas del siglo XXI. Sevilla, España. Recuperado de <http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/1691/4Rondon.pdf?sequence=3>

Sandoval Casilimas, C. (1996). Módulo Cuatro: Investigación Cualitativa. Instituto Colombiano para el fomento de la educación superior. Bogotá, Colombia. ISBN 958-9329-18-7.

17. Anexos

Instrumento: Esquematización de datos de la entrevista a padres

I. Características demográficas

Fecha: _____

Edad: _____

Nacionalidad: _____

Estado Civil: _____

Ocupación _____

Último año de educación aprobado: _____

Lugar de residencia: _____

II. Anotaciones de la entrevista a los padres

Preguntas	Respuestas
¿Qué significa para usted cuidar a su bebé y ser padre?	
¿Cómo percibe que fue su papel como padre durante la hospitalización del niño o la niña?	
¿Cómo identificó usted las necesidades de su hijo o hija durante la hospitalización?	

¿cómo respondió usted ante esas necesidades? ¿Le hablaba, lo tocaba o alzaba?

¿Cómo cree usted que era su rol paterno y cómo cree usted que fue su rol de cuidador?

¿Cómo fue su experiencia con el personal de salud? ¿Los llegó a conocer o sabía cuáles eran sus funciones?

¿Qué conocía sobre el tratamiento, conocía usted los cambios en el tratamiento de su hijo o hija?

¿Recibió alguna educación con respecto al cuidado y condición de salud?

¿Durante la hospitalización de su hijo o hija participó (lo tomaron en

cuenta) durante la toma de decisiones con respecto al tratamiento y cuidados?

¿Cómo cree que esta experiencia lo cambió a usted como persona? ¿qué significó para usted? ¿Cómo ha sido su vínculo con su bebé y familia?

¿Qué provocó en usted, sus pensamientos y sentimientos durante el internamiento de su hijo o hija?

¿Cómo manejó estos sentimientos?

¿Qué aprendió durante el proceso de hospitalización? Ya sea para el cuidado del menor y para usted como persona

¿Cómo se describe a sí mismo como padre y persona durante el tiempo en que estuvo su hijo o hija hospitalizado y cómo se describe ahora?



**FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA LEY
N° 9234 "LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA" y EL
"REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS"**

Vivencias de padres con hijos o hijas que nacieron prematuros y así fueron hospitalizados
en el Servicio de Neonatología de un Hospital Público Costarricense

Código (o número) de proyecto: _____

Nombre de el/la investigador/a principal: M.Sc. Rocío Barrientos M.

Nombre del/la participante: _____

Medios para contactar a la/al participante: números de teléfono _____

Correo electrónico _____

Contacto a través de otra persona _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO

Este proyecto es realizado por Elizabeth A. Law Espinoza, estudiante de grado de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, para su tesis de grado; dirigida por MSc. Rocío Barrientos Monge. El propósito de esta investigación es poner en la mesa de discusión las necesidades de los padres con hijos o hijas internados en los servicios de neonatología; debido a que la bibliografía consultada no arroja datos al respecto. Se espera contar con los relatos de las experiencias de los padres que atravesaron esta situación previamente.

B. ¿QUÉ SE HARÁ? Se le citará en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica para realizar una entrevista a profundidad, que corresponde a preguntas abiertas en la que usted desarrollará las respuestas según su experiencia. Las sesiones se determinarán según la información que se recolecte durante las mismas, cada una de las sesiones se estima que duren al rededor de 1 hora a una hora y media. Si se cuenta con su aprobación se procederá a grabar el audio de las entrevistas, con el fin de recolectar la información de manera detallada para luego transcribirse.

Para la devolución de resultados se le invitará a una conferencia pública a realizarse en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.

C. RIESGOS

En este apartado deberá incluir:

1. La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted por lo siguiente: puede que reviva momentos emocionalmente dolorosos vividos durante la experiencia que se está comentando; lo cual puede generar tristeza, llanto y depresión según sea su propia condición de salud psicológica en el momento de la entrevista. Su caso será analizado y discutido entre los investigadores participantes para realizar el análisis de la información. Sin embargo, en caso de que requiera atención será referido a un profesional de salud mental para ser atendido.
2. Si sufriera algún daño como consecuencia de los procedimientos a que será sometido para la realización de este estudio, los investigadores participantes realizarán una referencia al profesional apropiado para que se le brinde el tratamiento necesario para su total recuperación.

D. BENEFICIOS

Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, es posible que los investigadores aprendan más acerca de las vivencias de los padres con hijos o hijas que nacieron pretérmino y estuvieron en el servicio de neonatología de un hospital público costarricense y este conocimiento beneficie a otras personas en el futuro.

Para la devolución de resultados se le invitará a una conferencia pública a realizarse en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.

E. VOLUNTARIEDAD

La participación en esta investigación es voluntaria y usted puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento sin perder los beneficios a los cuales tiene derecho, ni a ser castigado de ninguna forma por su retiro o falta de participación.

F. CONFIDENCIALIDAD

(Revisar Ley Reguladora de Investigación Biomédica Ley N° 9234, artículos 25, 26 y 27)

Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima. Para mencionarlo dentro de la investigación y para su publicación se utilizará un pseudónimo, de manera que no pueda ser identificado. Los datos que usted suministre, serán resguardados en nubes electrónicas las cuales solo los investigadores de este trabajo tendrán acceso. Cualquier uso futuro de los resultados de la investigación se dará manteniendo el anonimato de usted como participantes. Además de la invitación a la presentación de los resultados, se publicarán en la revista de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.

G. MUESTRAS BIOLÓGICAS

No se requiere el uso de muestras biológicas en esta investigación

H. INFORMACIÓN

Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Msc. Rocío Barrientos Monge o con alguno de los investigadores sobre este estudio y ellos deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puedo obtenerla llamando a Elizabeth A. Law Espinoza al teléfono 84761909 en el horario de lunes a viernes de 9 am a 5 pm. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

I. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento

Nota: Se le recuerda que en concordancia con el Capítulo II, artículo 12 de la Ley Reguladora de Investigación Biomédica N° 9234, el consentimiento informado y cualquier modificación a este deberá ser aprobado, foliado y sellado en todas sus páginas por el Comité Ético Científico, previo a su presentación a los eventuales participantes.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y acuerdo a participar como sujeto de investigación en este estudio

***Este documento debe de ser autorizado en todas las hojas mediante la firma, (o en su defecto con la huella digital), de la persona que será participante o de su representante legal.**

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del padre/madre/representante legal (menores de edad)

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la investigador/a que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la testigo

Lugar, fecha y hora