



Revista de la Facultad de Medicina

ISSN: 2357-3848

ISSN: 0120-0011

Universidad Nacional de Colombia

Bastías, Rodolfo; Mira, Andrea
Enfoque desde la violencia perinatal: visita del padre a su hijo prematuro durante su hospitalización
Revista de la Facultad de Medicina, vol. 67, núm. 2, 2019, Abril-Junio, pp. 307-311
Universidad Nacional de Colombia

DOI: 10.15446/revfacmed.v67n2.65486

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=576364238018>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UNEN
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v67n2.65486>

Enfoque desde la violencia perinatal: visita del padre a su hijo prematuro durante su hospitalización

*Approach from gender-based violence in the perinatal period:
a father's visit to his premature infant during hospitalization*

Recibido: 06/06/2017. Aceptado: 30/09/2017.

Rodolfo Bastías¹ • Andrea Mira²¹ Hospital Santiago Oriente "Dr. Luis Tisné Brousse" - Servicio de Neonatología - Santiago de Chile - Chile.² Universidad Andrés Bello - Facultad de Ciencias de la Rehabilitación - Escuela de Terapia Ocupacional - Santiago de Chile - Chile.

Correspondencia: Rodolfo Bastías. Servicio de Neonatología, Hospital Santiago Oriente "Dr. Luis Tisné Brousse". Avenida Las Torres No. 5150. Teléfono: +56 9 25725682. Santiago de Chile. Chile. Correo electrónico: rbastias@hsorient.cl.

| Resumen |

Este trabajo reflexiona sobre la participación del padre en las unidades de neonatología, comprendiendo que ser padre/madre de un recién nacido pretérmino es complejo, estresante y puede llenar de temores, ansiedad e incertidumbre. En el contexto actual, se tiende a recargar el rol de cuidado en la madre, lo que limita las oportunidades de participación del padre. El análisis se centra en las experiencias del servicio de neonatología de un hospital de Santiago de Chile, Chile, y en una revisión de la literatura sobre el papel de los padres y su participación en este contexto.

Palabras clave: Neonatología; Recién nacido; Nacimiento prematuro; Interacción padre-hijo (DeCS).

| Abstract |

This paper reflects on the role of fathers in neonatal care units, bearing in mind that being the parent of a premature infant is complex, stressful, and become a source of fear, anxiety and uncertainty. In the current context, mothers are usually given the role of caregivers, limiting opportunities for father involvement. This analysis focuses on the experiences of the neonatal care service of a hospital in Santiago de Chile, Chile, and on a literature review about fathers and their role in this context.

Keywords: Neonatology; Infant, Newborn; Premature Birth; Parent-Child Relations (MeSH).

Bastías R, Mira A. Enfoque desde la violencia perinatal: visita del padre a su hijo prematuro durante su hospitalización. Rev. Fac. Med. 2019;67(2):307-11. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v67n2.65486>.

Bastías R, Mira A. [Approach from gender-based violence in the perinatal period: a father's visit to his premature infant during hospitalization]. Rev. Fac. Med. 2019;67(2):307-11. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v67n2.65486>.

Introducción

Ejercer la maternidad y la paternidad en una unidad de neonatología puede ser una experiencia compleja que afecta no solo al padre y a la madre, sino también al recién nacido y a la relación que se irá formando entre ellos (1); esto se debe en parte a la incertidumbre constante y al ambiente desconocido y muchas veces poco acogedor de estas unidades. Por lo anterior, es importante indagar qué sucede en términos emocionales para cada persona involucrada (neonato, padre, madre y equipo de salud) y qué ocurre en la interacción entre el recién nacido prematuro y su ambiente (2).

Existe una gran cantidad de estudios que abordan esta temática y se centran, en especial, en lo complejo que significa vivir una experiencia de maternidad y paternidad en una unidad de neonatología (3-8). Otras investigaciones reportan cómo la relación entre la madre y su bebé puede afectar el desarrollo emocional de este y la sensación de eficacia y bienestar de los cuidadores (9,10). En general, los estudios se centran en las experiencias de la madre (11); sin embargo, cada vez hay un mayor interés por conocer las vivencias dentro de una

unidad de neonatología desde la perspectiva del padre, tomando en cuenta las facilidades y los obstáculos que enfrenta al tratar de ejercer su rol de cuidador (12,13).

El objetivo de este artículo es generar reflexiones sobre la participación del padre en el vínculo y en el desarrollo integral de su hijo prematuro mientras está hospitalizado. Para realizar el análisis, se recogen reflexiones en torno a las experiencias de ser padre de un hijo hospitalizado en el servicio de neonatología de un hospital público de Santiago de Chile, Chile, y para situar y darle un mayor sustento a las reflexiones se realiza una revisión de la literatura, con el fin de comprender el contexto social, cultural y político en que los padres viven su paternidad. Además, se revisan otros estudios que han indagado sobre el ser padre de un hijo prematuro hospitalizado.

Sin duda, el contexto sociocultural en el que ocurre la interacción entre el padre y el hijo prematuro irá marcando las características de este proceso. Por consiguiente, se hace necesario conocer las políticas públicas relacionadas con la temática de la *parentalidad* y el funcionamiento de las unidades de neonatología en cuanto a la participación de la madre y del padre.

Políticas públicas a favor de una parentalidad compartida

En Chile, en los *Objetivos sanitarios de la década 2000 - 2010* se encuentran aquellos relacionados con la promoción del desarrollo integral del niño (14). A partir de estos, en octubre de 2006 se crea el Sistema de Protección Integral a la Infancia *Chile Crece Contigo* (15), que está dirigido a todos los niños del país, entrega un acceso expedito a los servicios y prestaciones que atienden sus necesidades, promueve un adecuado desarrollo y, adicionalmente, apoya a las familias y a las comunidades donde los niños crecen y se desarrollan; de forma, se pretende que existan condiciones adecuadas a las necesidades particulares de cada niño en un entorno amigable, inclusivo y acogedor (16).

En septiembre del 2009, por medio de la Ley 20 379 (15), se crea el Sistema Intersectorial de Protección Social y se institucionaliza *Chile Crece Contigo*, por lo que se transforma en una política pública estable que le da continuidad a todo lo avanzado en cuanto a acciones para protección de los niños. Este subsistema de protección integral de la infancia busca favorecer una paternidad activa y una corresponsabilidad en los cuidados y la crianza de los niños. En el 2014, en conjunto con la Unicef, el Ministerio de Salud de Chile crea una guía de paternidad activa que contiene información clara y amigable sobre cómo las madres y los padres pueden desarrollar una corresponsabilidad más efectiva en la crianza de su hijo (17). Con estas estrategias, se busca potenciar la participación del padre y de la madre en la crianza de sus hijos y así fortalecer el apego entre ellos y el bienestar socioemocional del grupo familiar.

Si bien el enfoque actual tiende a promover el rol del padre en conjunto con el de la madre en los espacios de crianza, esto se puede ver afectado en ambientes como las unidades de neonatología, ya que las barreras ambientales, culturales y emocionales (12,13); las políticas institucionales, y los compromisos laborales del padre pueden limitar su participación activa.

Situación de los padres en un servicio de neonatología

Cuando el proceso normal del embarazo es interrumpido y el neonato debe ser hospitalizado, tanto la madre como el padre deben enfrentar una situación emocional difícil, puesto que se encuentran en un lugar poco familiar y la experiencia se aleja completamente de sus anhelos o imaginarios sobre lo que sería el nacimiento y los primeros días o meses de su hijo. La unidad de neonatología es el servicio en el cual su hijo debe ser hospitalizado para recibir las atenciones de salud correspondientes, lugar al que ingresa como un recién nacido de riesgo vital con la necesidad de ser estabilizado (18). Allí, sus progenitores intentarán llevar a cabo de la mejor manera su rol de padres, lo cual no estará exento de dificultades.

En el caso de que el niño sea un recién nacido pretérmino (RNPT) con menos de 32 semanas de gestación o de peso $\leq 1\,500\text{g}$, el escenario puede complicarse aún más (18), por lo que este grupo, que corresponde a cerca del 1.5% del total de recién nacidos, es de preocupación nacional a nivel de políticas públicas (18-20). En estos niños no solo hay que luchar desde el punto de vista médico para lograr su sobrevivencia, sino que además hay que entregarles las mejores condiciones en su ambiente para que puedan recibir de forma temprana elementos enriquecedores para la base de su desarrollo y así puedan optar por una mejor calidad de vida (21).

Pese a la individualidad de los casos, los padres de los RNPT poseen una característica común: la larga estadía hospitalaria de su hijo que puede ir desde cuatro semanas hasta cuatro meses o

incluso más (20). Durante este periodo prolongado, los padres se ven enfrentados a aspectos que pueden ser adversos en términos psicológicos como el estrés y la ansiedad y además deben lidiar con diversas situaciones que dificultan un proceso de apego adecuado (20) como la rutina organizada por la unidad, los procedimientos establecidos por el equipo de salud y la misma fragilidad del bebé.

Para comprender aún más cómo se desarrolla la participación de los padres en un servicio de neonatología, es necesario conocer cómo se llevan a cabo las prestaciones de salud. Desde sus inicios, los modelos de atención en las unidades de neonatología han ido evolucionando de un enfoque centrado solo en la fragilidad médica del neonato a una mirada más transversal, en donde las atenciones se dirigen al bienestar y al desarrollo del recién nacido junto con la participación activa de los padres (21,22). La participación activa, inspirada en el modelo de atención centrado en la familia (23-25), ha demostrado que el fortalecimiento de los padres en los cuidados directos de su hijo y del vínculo como familia resultan determinantes en el éxito del desarrollo del neonato (21,22).

Dificultades que encuentra el padre

Los profesionales de la salud que se desempeñan en neonatología y que se dedican al área de cuidados en promoción del desarrollo deben trabajar con el padre para que pueda fortalecer su rol (13) y dejar de lado la visión de que es solo un apoyo de la madre y que su importancia es más bien secundaria (12). Pero ¿cuándo el enfoque de la participación de los padres se transforma en un problema en términos de estudios de género? Cuando se evidencia que al hablar de padres se incluía de forma implícita a la madre y al padre en su conjunto, aunque en términos reales era (y es) la madre quien pasa más tiempo con su hijo y, por ende, se trabaja más con ella en los cuidados centrados en la familia y en la promoción del desarrollo (13). Pero ¿por qué existe esta diferencia entre la madre y el padre en la visita y la participación activa con el hijo? Para responder esta pregunta es necesario describir el escenario al que se ven enfrentados los padres ante la experiencia de un parto prematuro.

En un proceso donde el embarazo es llevado a buen término, la mujer decide si desea o no ser acompañada por el padre del hijo durante el parto (14,15); sin embargo, la situación es distinta en el caso de un RNPT. En general, es un parto de urgencia en el que peligra tanto la vida de la madre como la del bebé y en donde el padre, la mayoría de las veces, no logra acompañar a su pareja. No obstante, por lo general la primera persona que logra visitar al bebé, dependiendo de su condición clínica, es el padre, por lo que se transforma en un interlocutor entre el equipo de salud y la madre (3,26,27).

A pesar de que el padre puede visitar de forma frecuente a su hijo, esto no asegura que asuma más rápido la condición clínica de prematuridad de su bebé. Además, las primeras horas y días son de vital importancia para el neonato y aunque no es el momento adecuado para trabajar con el padre la participación activa, es esencial trabajar en términos de conocer y familiarizarse con su hijo, su condición de salud y el ambiente que lo rodea (27).

Sin duda, para los padres es un duro golpe que el embarazo no llegue a término de la manera esperada o soñada y deben enfrentar un largo proceso de adaptación al ambiente de estrés e incertidumbre de las unidades de neonatología (21,27). En términos psicológicos, los padres pasan por el duelo del hijo ideal o deseado y del parto que imaginaban (28). En términos culturales, los roles se ven afectados (25,29), ya que los cuidados del bebé se deben compartir o traspasar a otros y deben confiar en el equipo médico, lo cual produce una gran angustia en ellos (28). Esta angustia puede agudizarse cuando los cuidadores, en especial el padre, no pueden asistir a la visita de su hijo o

cuando logran hacerlo, pero deben interrumpir su visita, ya sea porque el horario de visita llega a su fin, porque la mujer debe ir al lactario o por algún procedimiento de urgencia. En consecuencia, la madre y el padre viven un proceso emocional difícil y todas las acciones profesionales deben apuntar a amortiguar estas situaciones (21,27).

Por otra parte, ¿qué sucede en términos legales con las justificaciones o permisos laborales para el padre? En la experiencia personal de los autores, el padre comienza a ausentarse pasando la primera semana y es la madre quien visita a su hijo, lo que coincide con los hallazgos de otros estudios (7,27,29). En términos prácticos, es frecuente encontrar padres que por su condición laboral tienden a ausentarse debido a que el Código del Trabajo de la Dirección del Trabajo de Chile indica con relación al post natal masculino que:

“El padre tendrá derecho a un permiso pagado de cinco días en caso de nacimiento de su hijo, el que podrá utilizar a su elección desde el momento del parto, y en este caso será de forma continua, excluyendo el descanso semanal, o distribuirlo dentro del primer mes desde la fecha del nacimiento” (30, p126).

En cuanto a los días de permiso, es común que los padres se tomen los cinco días continuos en la primera semana para llegar a un consenso entre sus deseos y la sugerencia de la empresa o institución a la que pertenecen.

Asimismo, en Chile no existe otro requerimiento legal que avale la presencia del padre durante el proceso de hospitalización de su hijo. En algunos casos excepcionales, el empleador otorga un permiso de carácter personal para que el padre pueda ausentarse de su trabajo durante algunas horas; sin embargo, el permiso no otorga protección en términos laborales, por ejemplo, si debido a este permiso el hombre se ausenta de su trabajo y tiene un accidente en el trayecto, no será respaldado por el empleador. Por consiguiente, queda como tema pendiente el hecho de que la ley no protege el rol de padre, ni pretende tampoco realizar alguna modificación a corto plazo. Existe otro permiso legal para que la madre o el padre cuiden a su hijo en caso de requerimientos médicos por enfermedad en menores de un año de edad. No obstante, este permiso es para la madre o el padre, pero no para ambos, situación que polariza todavía más los roles de la maternidad y la paternidad (15).

¿El problema de la ausencia del padre se fundamenta solo en aspectos legales? No, este asunto muestra la cultura patriarcal en la que está inmersa la sociedad y en la que se sustentan los roles de madre y de padre; el padre sigue cumpliendo el rol de apoyo, a pesar de que se han empezado a compartir los cuidados de los hijos de acuerdo con sus necesidades en este último tiempo (12).

Hace unos años, al grupo de profesionales que trabajaba en el Servicio de Neonatología del Hospital Santiago Oriente “Dr. Luis Tisné Brousse” se le explicó que se estaba realizando una evaluación de la presencia de los padres en las visitas de su hijo prematuro y se le solicitó algunas opiniones al respecto (31). En general, la ausencia del padre durante la hospitalización se veía como un proceso natural, atribuible a la responsabilidad laboral del hombre y a su escasa experticia en temas de crianza. Esta opinión también se observa en los procesos de distribución de roles o responsabilidades de funciones de la pareja (32), de forma que son las mujeres quienes, según su manera de ver la situación, logran mayor empatía con los bebés y atienden de mejor manera sus requerimientos emocionales, mientras que los padres mantienen la identificación de su rol a través de trabajo y como proveedor económico de la familia (27,33).

En la prestación de los servicios de salud en la unidad de neonatología del Hospital Santiago Oriente “Dr. Luis Tisné Brousse” existe un trabajo de humanización que incluye conversaciones,

capacitaciones y acuerdos locales que abordan el tema de los cuidadores. Durante estas actividades, se abordan temáticas que van desde las visitas (modificación de los horarios, inclusión del derecho de visita a los abuelos) y la entrega de información exclusiva a los padres hasta el tipo de información que se entrega según estamento (profesional médico y no médico). Asimismo, dentro de las normas de atención se ratifica que los padres pueden asistir en las atenciones de sus hijos, con lo cual viene implícito el contacto directo del profesional de la salud con los padres. Sin embargo, aunque los profesionales notan la ausencia de la madre, no suelen notar la ausencia del padre durante los horarios de visita (31).

Por último, se consultó a los profesionales de la salud sobre qué modificaciones se podrían realizar para revertir esta situación. Las respuestas, que se focalizaron en cambios a nivel legal (licencias médicas o permisos laborales por hijo enfermo) o a nivel de normas internas (mayores modificaciones al horario de visitas) (31), responden a una contingencia más que a un cambio en el enfoque, pues no se logra visualizar la importancia del padre como participante activo, junto con la madre, en la atención del RNPT.

Problema de violencia perinatal

En la evaluación mencionada (31) se expuso que no estaba dentro de las prioridades de los profesionales la realización de modificaciones en términos de las estructuras y funciones de las atenciones de la unidad neonatal hacia los RNPT y sus cuidadores. Lo anterior demuestra su bajo nivel de flexibilidad con estos temas y corrobora la cultura patriarcal en la que se vive, ya que se atribuyen roles rígidos a la participación de la madre y del padre en los cuidados de su hijo (32). Si bien se conoce al paradigma biomédico como el enfoque tradicional para atender los temas relativos a la salud y a la enfermedad, este se caracteriza en grandes términos por ser jerárquico, dominante y hegemónico.

Es este modelo médico hegemónico y predominante a nivel mundial el que dirige el tipo de práctica de los equipos de salud. Las opiniones de los profesionales que trabajan en las unidades de neonatología sobre la participación del padre se pueden atribuir, por lo menos en un principio, al concepto de conocimiento autoritario (31,32), definido como el conjunto de saberes que adquiere el más alto poder y legitimidad para explicar los fenómenos en un contexto determinado (32). Lo anterior es un reflejo de las relaciones de poder dentro de un sistema médico en donde los profesionales, en el caso particular que se expone, se expresan con bastante autoridad sobre la visita de los padres, lo que repercute en un pensamiento social y cultural que podría tener implicancias en las interacciones madre-padre-hijo.

Para este caso, el conocimiento autoritario refleja las relaciones de poder en el interior del servicio neonatal entre los profesionales y los cuidadores, y puede tomar la forma de supresión activa de todo lo que la madre y el padre saben de los cuidados de su hijo. Pese a estar conscientes de que esto los puede afectar a ambos, es el padre quien termina siendo más invalidado, porque no se identifica su rol con el de la paternidad en términos de crianza de los hijos, pero sí en términos de sostén económico, por lo que las razones laborales justifican su ausencia durante las visitas (27,33).

De la misma forma, se entiende que a mayor medicalización de los procesos de atención al RNPT durante el proceso de hospitalización, la autoridad de la mujer es menor y la del padre es menor aún (32). En este contexto, en el que se verán reducidos los tiempos y la calidad de sus interacciones, deben convivir el recién nacido, la madre y el padre.

La situación de restricción de la participación del padre se relaciona con un tipo de violencia estructural indirecta, referida a situaciones

que producen algún tipo de daño en la posibilidad de satisfacción de las necesidades básicas (supervivencia, bienestar, identidad o libertad) como resultado de mecanismos de estratificación social, en la que no existe un emisor o persona concreta que efectúa el acto violento (34).

Desde esta perspectiva, se identifica un tipo de violencia perinatal ante situaciones de internación del recién nacido en neonatología cuando los equipos de neonatología o las políticas públicas limitan la participación del padre y el contacto con su hijo (35). La violencia perinatal suele ser vista desde la perspectiva de la madre; sin embargo, el padre también experimenta esta forma de violencia al ser limitado en su participación y contacto con su hijo hospitalizado desde el momento en que entra en un sistema donde su rol es invisibilizado y su participación es delimitada por reglas institucionales, horarios y normativas legales. Como consecuencia, la madre termina siendo sobrecargada en cuanto a los cuidados y responsabilidades de su hijo.

Desde el punto de vista de la violencia estructural, se puede abordar esta problemática a partir de diversas aristas: observar que dice la situación en el país, analizar los modelos de atención en salud y revisar el funcionamiento a nivel de la gestión de las operaciones e, incluso, a un nivel más local e íntimo. A nivel local, se podría amortiguar esta violencia perinatal generando un medio de sostén para las familias, por ejemplo: realizar acciones incluidas en programas que beneficien el fortalecimiento y la participación activa de los padres (22) y generar la inserción de un psicólogo perinatal (28,35) que acompañe el proceso con ambos cuidadores.

Conclusiones

Como se ha mencionado a lo largo del trabajo, ejercer el rol de madre y de padre en una unidad de neonatología puede ser una experiencia compleja. La manera en la que se entienden estos roles se construye a través de diversos factores como la cultura, las políticas públicas y las creencias de los padres y del equipo de salud. En este contexto, el padre es quien tiene el primer contacto con su hijo al ser hospitalizado, pero rápidamente es desplazado hacia un lugar secundario, por lo que su rol queda relegado al de trabajador (33).

Los aspectos legales como los permisos para ausentarse del trabajo obstaculizan la posibilidad del padre de ir a visitar a su hijo hospitalizado, lo que se traduce en menos visitas de un menor tiempo de duración (29). Lo anterior explica por qué este fenómeno resulta en un tipo de violencia, que en este caso se llama violencia perinatal (35) y consiste en limitar el acceso y el contacto del padre con su bebé. Estas prácticas se contraponen con las propuestas por el Estado a través del programa *Chile Crece Contigo*, las cuales buscan favorecer una paternidad activa y la corresponsabilidad en los cuidados y la crianza de los hijos (15).

Las unidades de neonatología pasan a ser el primer hogar de los RNPT (27) y representan un contexto nuevo y poco acogedor para sus cuidadores. Es aquí donde tanto la madre como el padre deben desplegar sus acciones como cuidadores que se verán interferidas por la presencia del equipo de salud; los horarios y las rutinas del servicio; la presencia de los elementos técnicos, y las maquinarias que permiten la sobrevivencia de sus hijos (28). Si bien el modelo de atención en estos espacios ha ido migrando hacia un modelo de atención centrado en la familia (23-25), aún falta desarrollar acciones concretas por parte del sistema de salud y del Estado para fortalecer tanto el rol de la madre como el del padre, con el fin de lograr una corresponsabilidad en los cuidados del neonato.

Una de las acciones que se podría realizar es promover la presencia del padre en las visitas y facilitar la interacción con su hijo y con el equipo de salud, iniciativa que se podría realizar a través de estrategias como el método canguro (27), que facilita el contacto piel con piel, o con su participación en acciones de cuidado básico como asistir

la lactancia materna. Esta modificación reflejaría un cambio de pensamiento, que favorecería el desarrollo de los lazos entre el padre y su hijo, y daría un nuevo enfoque del rol de la paternidad, lo cual generaría mayores beneficios para la familia.

Para que esto ocurra, es importante que los equipos problematiquen y reflexionen sobre la importancia que tienen las interacciones madre-padre-bebé para el desarrollo del apego (21) y para el bienestar del grupo familiar. Lo anterior abriría espacios de conversación con todos los agentes que participan en este contexto, lo que facilitaría la aplicación de nuevas mejoras para involucrar aún más al padre en las unidades de neonatología (36,37).

Por lo anterior, la humanización de los procedimientos de las unidades de neonatología debe ser un proceso que abarque un enfoque amplio de aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales, y que gestione acciones aplicables a cada realidad local. Por último, trabajar con base en los cuidados centrados en la familia ayudaría a optimizar las intervenciones y existirían beneficios reales tanto para el neonato como para el padre y la madre.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

Ninguna declarada por los autores.

Agradecimientos

Ninguno declarado por los autores.

Referencias

1. Talmi A, Harmon RJ. Relationships between preterm infants and their parents: disruption and development. *Zero Three*. 2003;24(2):13-20.
2. Maturana-Romesin H, Mpodozis J. The origin of species by means of natural drift. *Rev Chil Hist Nat*. 2000;73(2):261-310. <http://doi.org/fjk8f2>.
3. Fowlie PW, McHaffie H. Supporting parents in the neonatal unit. *BMJ*. 2004;329(7478):1336-8. <http://doi.org/crv7kx>.
4. Pierrehumbert B, Nicole A, Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Ansermet F. Parental post-traumatic reactions after premature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2003;88(5):F400-4. <http://doi.org/b2xp8w>.
5. Singer LT, Salvator A, Guo S, Collin M, Lilien L, Baley J. Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. *JAMA*. 1999;281(9):799-805. <http://doi.org/bxq5gz>.
6. Magill-Evans J, Harrison MJ. Parent-child interactions, parenting stress, and developmental outcomes at 4 years. *Children's Health Care*. 2001;30(2):135-50. <http://doi.org/dnrmqg>.
7. Feeley N, Waitzer E, Sherrard K, Boisvert L, Zerkowicz P. Fathers' perceptions of the barriers and facilitators to their involvement with their newborn hospitalized in the neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs*. 2013;22(3-4):521-30. <http://doi.org/f4kxg5>.
8. Umberger E, Canvasser J, Hall SL. Enhancing NICU parent engagement and empowerment. *Semin Perinatol*. 2018;27(1):19-24. <http://doi.org/gcwvq3>.
9. Gerstein ED, Poehlmann-Tynan J. Transactional processes in children born preterm: Influences of mother-child interactions and parenting stress. *J Fam Psychol*. 2015;29(5):777-87. <http://doi.org/c422>.
10. Janvier A, Lantos J, Aschner J, Barrington K, Batton B, Batton D, et al. Stronger and more vulnerable: a balanced view of the impacts of the NICU experience on parents. *Pediatrics*. 2016;138(3):e20160655. <http://doi.org/f853kp>.

11. **Matricardi S, Agostino R, Fedeli C, Montirosso R.** Mothers are not fathers: differences between parents in the reduction of stress levels after a parental intervention in a NICU. *Acta Paediatr.* 2013;102(1):8-14. <http://doi.org/f4hxd5>.
12. **Hugill K, Letherby G, Reid T, Lavender T.** Experiences of fathers shortly after the birth of their preterm infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2013;42(6):655-63. <http://doi.org/f5h5jx>.
13. **Johnson AN.** Engaging fathers in the NICU: taking down the barriers to the baby. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2008;22(4):302-6. <http://doi.org/c425>.
14. Chile. Ministerio de Salud, División de Rectoría y Regulación Sanitaria, Departamento de Epidemiología. Los objetivos sanitarios para la década 2000 - 2010. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2002.
15. Chile. Ministerio de Planificación. Ley 20379 del 2009 (septiembre 1): Crea el sistema intersectorial de protección social e institucionaliza el subsistema de protección integral a la infancia "Chile Crece Contigo". Santiago de Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; septiembre 12 de 2009 [cited 2019 May 02]. Available from: <https://bit.ly/30cPvh9>.
16. Chile. Ministerio de Salud. Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2008 [cited 2019 May 02]. Available from: <https://bit.ly/2JjGEVI>.
17. **Aguayo F, Kimelman E.** Guía de paternidad activa para padres. Santiago de Chile: Ministerio de Desarrollo Social; 2014 [cited 2019 May 02]. Available from: <https://bit.ly/2VCjHDX>.
18. **Hübner ME, Ramírez R.** Survival, viability and prognosis of preterm infants. *Rev Méd Chile.* 2002;130(8):931-8. <http://doi.org/fs4sxx>.
19. **Hübner ME, Nazer J, Juárez-de León G.** Strategies to improve survival in extreme premature birth. *Rev Chil Pediatr.* 2009;80(6):551-9. <http://doi.org/c9wv9g>.
20. **Alarcón J, Bastías R, Aravena F,** editors. Boletín 2014, información estadística. Santiago de Chile: Boletín 2014, Servicio Neonatología, Hospital Santiago Oriente "Dr. Luis Tisné Bousse"; 2017.
21. **Browne JV, Talmi A.** Family-based intervention to enhance infant-parent relationships in the neonatal intensive care unit. *J Pediatr Psychol.* 2005;30(8):667-77. <http://doi.org/cgvxck>.
22. **Mira A.** La importancia de las relaciones tempranas y el apego en los niños con necesidades especiales. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional.* 2009;(9):77-85. <http://doi.org/c43b>.
23. **Gooding JS, Cooper LG, Blaine AI, Franck LS, Howse JL, Berns SD.** Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. *Semin Perinatol.* 2011;35(1):20-8. <http://doi.org/cdz8rf>.
24. **Cleveland LM.** Parenting in the neonatal intensive care unit. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008;37(6):666-91. <http://doi.org/d6ks8t>.
25. **Lundqvist P, Westas LH, Hallström I.** From distance toward proximity: fathers lived experience of caring for their preterm infants. *J Pediatr Nurs.* 2007;22(6):490-7. <http://doi.org/bfrq6f>.
26. **Arockiasamy V, Holsti L, Albersheim S.** Fathers' experiences in the neonatal intensive care unit: a search for control. *Pediatrics.* 2008;121(2):e215-22. <http://doi.org/frmx9s>.
27. **Cañas-Lopera EM, Rodríguez-Holguín YA.** La experiencia del padre durante la hospitalización de su hijo recién nacido pretérmino extremo. *Aquichan.* 2014;14(3):336-50. <http://doi.org/c43c>.
28. **Hauser MP, Milán TA, González MC, Oiberman A.** Impacto emocional en madres de bebés internados en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Aplicación de la entrevista psicológica perinatal. *Investigaciones en Psicología.* 2014;19(1):63-83.
29. **Ireland J, Khashu M, Cescutti-Butler L, van Teijlingen E, Hewitt-Taylor J.** Experiences of fathers with babies admitted to neonatal care units: A review of the literature. *J Neonatal Nurs.* 2016;22(4):171-6. <http://doi.org/c5np>.
30. Chile. Dirección del Trabajo. Código del Trabajo. Santiago de Chile: Dirección del Trabajo; 2019 [cited 2019 May 02]. Available from: <https://bit.ly/2G3zZen>.
31. **Bastías R.** Quisiera estar más tiempo con mi hijo/a. Mirada hacia la visita del padre a su hijo/a prematuro/a hospitalizado/a en el Servicio de Neonatología, Hospital Luis Tisné B., Santiago, Chile. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2010.
32. **Sadler M, Acuña M, Obach A.** Nacer, educar, sanar. Miradas desde la antropología de género. Santiago de Chile: Catalonia; 2004.
33. **Pohlman S.** The primacy of work and fathering preterm infants: findings from an interpretive phenomenological study. *Adv Neonatal Care.* 2005;5(4):204-16. <http://doi.org/cxz4t8>.
34. **Galtung J.** Tras la violencia, 3R: reconstrucción, reconciliación, resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia. Bilbao: Bakeaz - Gernika Gogoratz; 1998.
35. **Paolini CI.** Violencia perinatal, una nueva conceptualización. In: III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2011. p. 270-3.
36. **Maturana H, Dávila X.** El árbol del vivir. Santiago de Chile: MVP editores; 2015.
37. **Gutiérrez H.** Biología social: una mirada sistémica comprensiva biológica. *Revista MAD.* 2010;(23):38-42. <http://doi.org/c43g>.