



UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**Análisis de las Reacciones Psicológicas en los
Padres de Niños Ingresados en una Unidad de Cuidados
Intensivos Neonatales**

D Jesús David Pastor Rodríguez

2017

UNIVERSIDAD DE MURCIA



FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS DOCTORAL:

Análisis de las reacciones psicológicas en los padres de niños ingresados en una unidad de cuidados intensivos neonatales

DIRECTORAS:

Dra. Florentina Pina Roche

Dra. María Montserrat Sánchez Ortuño

DOCTORANDO:

Jesús David Pastor Rodríguez

A mi padre y todos aquellos niños
que ya no están con nosotros.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero dar las gracias a la Universidad de Murcia y, en particular, a la Facultad de Enfermería, en la que me he formado como enfermero y en la que he continuado formándome durante mi vida profesional en el Master en Salud, mujer y cuidados.

A mis directoras de la tesis, Dra. Florentina Pina Roche y Dra. María Montserrat Sánchez Ortuño, sin cuyas aportaciones, correcciones, paciencia y confianza no habría visto la luz este trabajo.

Al Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, por permitirme llevar a cabo el estudio en sus unidades.

A cada uno de los padres que han tenido a su hijo ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y han tenido la deferencia de participar en el estudio en un momento tan difícil para ellos. Especialmente quiero agradecer el esfuerzo de aquellos que han respondido a los cuestionarios a lo largo de los seis meses que ha durado la investigación.

A mis compañeros de trabajo, enfermeros, auxiliares y pediatras de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatal y Neonatología, por su inestimable y desinteresada colaboración durante las etapas de entrega y recogida de los cuestionarios. Un agradecimiento especial a mis compañeros enfermeros y auxiliares de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal por sus ánimos y ayuda durante la fase de redacción.

A mi familia, por sus ánimos y apoyo durante estos años de investigación y crecimiento profesional.

A mis amigos, por estar siempre ahí.

Por último, agradecer a mi pareja su inestimable presencia a mi lado durante tantos años. Por todas esas horas robadas y su insistencia hoy ve la luz esta tesis.

Índice

ÍNDICE DE TABLAS	II
INDICE DE FIGURAS	III
ABREVIATURAS.....	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	IX
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO	1
1. LA MATERNIDAD / PATERNIDAD.....	2
1.1. CONCEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO.	4
2. EL RECIÉN NACIDO.	6
2.1. CLASIFICACIÓN Y PATOLOGÍAS FRECUENTES.....	7
2.2. UNIDADES DE ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO.....	12
2.3. CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO Y LA FAMILIA.	19
3. CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE LOS PADRES.	25
3.1. EL ESTRÉS Y FACTORES ASOCIADOS.	30
3.2. LA ANSIEDAD, LA DEPRESIÓN Y SUS MANIFESTACIONES.	37
3.3. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RESPUESTA DE LOS PADRES.	46
4. OBJETIVOS.....	47
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	53
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	53
2. DISEÑO	53
3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	53
4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	56
4.1. CUESTIONARIOS EMPLEADOS PARA LA EVALUACIÓN DE VARIABLES PSICOLÓGICAS. 57	
4.2. PROTOCOLOS DE EVALUACIÓN.....	60
5. PROCEDIMIENTO.....	64
6. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.....	66
CAPITULO III. RESULTADOS	73
3.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES	73
3.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADAS CON LA GESTACIÓN Y EL RECIÉN NACIDO..	75
3.3. OBJETIVO 1. Explorar los niveles de estrés, ansiedad y depresión presentes en los	
padres de recién nacidos ingresados en una UCIN.	77
3.3.1. ESCALA DE ESTRÉS PARENTAL: UCI NEONATAL (PSS: NICU)	77
3.3.2. ESCALAS ANSIEDAD/ESTADO (A/E), ANSIEDAD/RASGO (A/R) Y DEPRESIÓN.....	79

3.4. OBJETIVO 2. Identificar qué variables están relacionadas con los niveles de estrés, ansiedad y depresión que exhiben los padres	81
3.4.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	81
3.4.2. VARIABLES CLÍNICAS.....	88
3.5. OBJETIVO 3. Evolución de las reacciones psicológicas.....	95
CAPITULO IV. DISCUSIÓN	101
4.1. OBJETIVO 1. Explorar los niveles de estrés, ansiedad y depresión presentes en los padres de recién nacidos ingresados en una UCIN.....	101
4.2. OBJETIVO 2. Identificar qué variables están relacionadas con los niveles de estrés, ansiedad y depresión que exhiben los padres.	104
4.3. OBJETIVO 3. Evolución de las reacciones psicológicas.....	109
4.4. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	114
CAPITULO V. CONCLUSIONES.....	121
BIBLIOGRAFIA.....	125
ANEXO I: ESCALA DE ESTRÉS PARENTAL: UCIN	143
ANEXO II: PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE PADRES DE NEONATOS INGRESADOS I.....	147
ANEXO III: PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE PADRES DE NEONATOS INGRESADOS II.....	156
ANEXO IV: PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE PADRES DE NEONATOS INGRESADOS III	162
ANEXO V: PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE PADRES DE NEONATOS INGRESADOS IV	168
ANEXO VI: PERMISO COMISIÓN BIOÉTICA UNIVERSIDAD DE MURCIA.....	176
ANEXO VII: PERMISO HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA.....	177
ANEXO VIII: CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES	178
DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	178
ANEXO IX: PLAN DE CUIDADOS PARA LOS PADRES DE RN INGRESADOS EN UCIN.....	179

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. SUBSISTEMAS DE FUNCIONAMIENTO DEL NIÑO.....	20
TABLA 2. SIGNOS DE ESTRÉS Y AUTORREGULACIÓN DEL RECIÉN NACIDO.....	21
TABLA 3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL ESTRÉS.....	37
TABLA 4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD.....	39
TABLA 5. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN.....	42
TABLA 6. RESUMEN DE SÍNTOMAS DISTINTIVOS Y COMUNES DE LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD.	45
TABLA 7. BAREMO DE LA ESCALA DE ANSIEDAD ESTADO RASGO	59
TABLA 8. BAREMO DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK-II	60

TABLA 9. ESTRUCTURA DE LOS PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	60
TABLA 10. CRONBACH OBTENIDO EN LAS ESCALAS EN CADA FASE.	67
TABLA 11. PRUEBA ESFERICIDAD DE MAUCHLY.....	69
TABLA 12. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES	73
TABLA 13. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADAS CON LA GESTACIÓN.....	75
TABLA 14. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADAS CON EL RECIÉN NACIDO	76
TABLA 15. ESCALA DE ESTRÉS PARENTAL UCIN. NIVEL DE OCURRENCIA DE ESTRÉS.	78
TABLA 16. ESCALA DE ESTRÉS PARENTAL UCIN. NIVEL GENERAL DE ESTRÉS.	78
TABLA 17. NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.....	80
TABLA 18. COEFICIENTE CORRELACIÓN ENTRE ESCALAS FASE I	80
TABLA 19. VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y SÍNTOMAS DE ESTRÉS.	83
TABLA 20. VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD ESTADO.	85
TABLA 21. VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD RASGO.....	86
TABLA 22. VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN.	87
TABLA 23. VARIABLES CLÍNICAS RELACIONADAS CON LA GESTACIÓN Y EL RECIÉN NACIDO Y SÍNTOMAS DE ESTRÉS.	89
TABLA 24. VARIABLES CLÍNICAS Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD ESTADO.....	91
TABLA 25. VARIABLES CLÍNICAS Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD RASGO.....	92
TABLA 26. COEFICIENTE CORRELACIÓN VARIABLES CLÍNICAS Y AE Y AR.....	93
TABLA 27. VARIABLES CLÍNICAS Y SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN.	93

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RESPUESTA DE LOS PADRES.....	47
FIGURA 2. FACTORES MODULADORES DE LA REACCIÓN PATERNA.....	49
FIGURA 3. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.....	55
FIGURA 4. MUESTRA EN LAS 4 FASES DEL ESTUDIO.....	56
FIGURA 5. EVOLUCIÓN ANSIEDAD RASGO POR SEXOS.....	97
FIGURA 6: EVOLUCIÓN ANSIEDAD ESTADO POR SEXOS.....	97
FIGURA 7. EVOLUCIÓN DEPRESIÓN POR SEXOS	98

ABREVIATURAS

A/E: Ansiedad estado.

A/R: Ansiedad rasgo.

BDI-II: Inventario de depresión de Beck II.

CCDF: Cuidados centrados en el desarrollo y la familia.

DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ª edición.

MMC: Método madre canguro.

NIDCAP: Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program.

PSS: NICU: Escala de estrés parental: Unidad de cuidados intensivos neonatal.

RN: Recién nacido.

STAI: Inventario de ansiedad estado rasgo.

UCIN: Unidad de cuidados intensivos neonatal.

UCIP: Unidad de cuidados intensivos pediátrica.

RESUMEN

Introducción

El nacimiento de un recién nacido (rn) de alto riesgo (tanto prematuro como a término) que requiere de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) va a poner a los padres frente a una realidad nueva y desconocida para ellos, donde se les va a privar del vínculo materno/paterno-filial deseado durante largo tiempo. Además, como consecuencia del riesgo vital que puede ir aparejado al ingreso de su hijo, esta situación puede provocarles síntomas de estrés, ansiedad y depresión. Estos síntomas pueden interferir negativamente en la adaptación de los padres a la estancia de su hijo en la UCIN, imposibilitando un afrontamiento efectivo que les permita continuar manteniendo un vínculo adecuado y participar en su cuidado. Igualmente, puede ocurrir que en el momento del alta hospitalaria no se sientan capaces de proporcionar los cuidados que precisa, desempeñando un rol paterno inadecuado.

No todos los padres sufren estas reacciones con la misma intensidad. Asimismo, su evolución a lo largo del tiempo de ingreso del rn también puede variar.

Objetivos:

1. Explorar los niveles de estrés, ansiedad y depresión en padres de rn ingresados en una UCIN.
2. Identificar si variables sociodemográficas de los padres, así como variables clínicas relacionadas con la gestación y el neonato están relacionadas con los niveles de estrés, ansiedad y depresión que exhiben los padres.
3. Determinar la evolución de las reacciones psicológicas en ambos progenitores a lo largo del tiempo.

Metodología

Estudio descriptivo observacional longitudinal a lo largo de los primeros 6 meses de vida del rn realizado en la UCIN del Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia). Se realizaron mediciones en cuatro intervalos temporales: al ingreso en UCIN, al traslado a la unidad de Neonatología, previo al alta a domicilio y a los 6 meses de vida. El estrés,

los síntomas de ansiedad y depresión se evaluaron con los cuestionarios Escala de estrés parental: UCIN (PSS: NICU), Escala de ansiedad estado – rasgo (STAI) y Escala de depresión de Beck II (BDI-II) respectivamente.

Resultados

La muestra total ha estado formada por 99 madres y 94 padres, con una edad media=34,1 y DT= 4,98 años.

Con respecto a las variables psicológicas evaluadas, los resultados obtenidos muestran la presencia de estrés a nivel moderado (puntuación media en PSS: NICU=3,54, DT=1,32). Las subescalas del cuestionario que muestran puntuaciones más elevadas fueron Impacto en el rol parental y Aspecto y comportamiento del bebé.

Con respecto a los síntomas de ansiedad, la puntuación media en STAI para la subescala estado es 28,88 (DT=13,04), mientras que para la subescala rasgo es de 22,07 (DT=11,53). Estos datos indican que los progenitores presentan un nivel de ansiedad alto para la ansiedad estado y moderado para la ansiedad rasgo. La puntuación media en el cuestionario BDI-II=11,90 (DT=8,48) indica niveles mínimos de síntomas depresivos.

Las variables sociodemográficas que mostraron una relación estadísticamente significativa ($p<.05$) con las variables psicológicas analizadas fueron el sexo, la edad, el nivel de estudios y el tipo de convivencia de los padres.

De otro lado, algunas de las variables clínicas incluidas, tales como las semanas de gestación, tipo de parto, tipo de concepción..., también mostraron relación estadísticamente significativa.

El análisis longitudinal de las variables depresión y ansiedad muestra un efecto significativo de la variable tiempo, observándose una reducción progresiva en los síntomas psicológicos desde la primera a la última fase de evaluación, no encontrándose diferencias de género.

Conclusiones:

Este estudio documenta las reacciones psicológicas que sufren los padres de los niños ingresados en estas unidades, y pone de manifiesto la necesidad de extender los

cuidados del rn también a sus progenitores, para así favorecer el establecimiento óptimo del vínculo padres-hijos.

ABSTRACT

Introduction

The birth of a high-risk newborn (both premature and full-term) requiring admission to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) will face parents with a new and unknown reality where they will be deprived of the long-desired parent-child bond. In addition, because of the life-threatening risk associated with their child's, this situation can lead to stress, anxiety and depression symptoms in the parents. These symptoms may interfere negatively in the adaptation of parents to their child's stay in the NICU, thus making impossible an effective coping that would allow them to maintain an adequate bond and participate in their care. Likewise, it may happen that at the time of hospital discharge they do not feel able to provide the care the baby needs, playing an inadequate parent role.

Not all parents suffer these reactions with equal intensity. Besides, their evolution during the newborn's hospitalization can also vary.

Aims:

1. Explore the levels of stress, anxiety and depression in parents of infants admitted to a NICU.
2. Identify whether sociodemographic variables of parents, as well as clinical variables related to gestation and the newborn are related with the levels of stress, anxiety and depression exhibited by parents.
3. Determine the evolution of psychological reactions in both parents over time.

Methodology

A longitudinal observational descriptive study during the first 6 months of life of the newborn that was carried out in the NICU of the Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia). Measurements were made at four time intervals: at the time of entry in the NICU; when transferred to the Neonatology unit; prior to discharge; and at 6 months of age. Stress, anxiety and depression symptoms were assessed using the Parental Stress

Scale Questionnaire: NICU (PSS: NICU), State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and Beck Depression Inventory-II (BDI - II) respectively.

Results

The total sample consisted of 99 mothers and 94 parents, with a mean age of 34.1 and SD = 4.98 years

With respect to the psychological variables evaluated, the results obtained show the presence of moderate stress (mean score in PSS: NICU = 3.54, SD = 1.32). The subscales of the questionnaire that showed higher scores were Impact on parental role and Newborn appearance and behavior.

Regarding anxiety symptoms, the mean score in STAI for the state subscale is 28.88 (SD = 13.04), while for the trait subscale is 22.07 (SD = 11.53). These data indicate that parents have a high level of anxiety for state anxiety and moderate for trait anxiety. The mean score in the BDI-II questionnaire = 11.90 (SD = 8.48) indicates minimal levels of depressive symptoms.

The sociodemographic variables that showed a statistically significant relationship ($p < .05$) with the psychological variables analyzed were gender, age, level of education and type of cohabitation of parents.

On the other hand, some of the clinical variables included, such as the weeks of gestation, type of delivery, type of conception ..., also showed a statistically significant relationship.

The longitudinal analysis of the depression and anxiety variables shows a significant effect of the time variable, with a progressive reduction in the psychological symptoms from the first to the last phase of evaluation, not finding gender differences.

Conclusions:

This study documents the psychological reactions experienced by the parents of the children admitted to these units and highlights the need to extend the care of the newborn to their parents as well, thus favoring the optimal establishment of the parent-child bonding.

CAPÍTULO I.

INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

La llegada de un nuevo miembro a la familia trae consigo una serie de cambios que alteran la dinámica familiar cotidiana y que producen estrés en los miembros de la misma, siendo éste considerado generalmente un acontecimiento positivo ya que llega sano.

El nacimiento de un bebé de alto riesgo (tanto prematuro como a término) y con importante patología produce un elevado nivel de angustia en el entorno familiar y sobre todo en la madre¹. Esta angustia se va a manifestar en los padres a través de sentimientos de estrés, ansiedad y depresión en distintos grados en función de varios factores².

El nacimiento prematuro constituye uno de los problemas que generan mayor alteración emocional, ya que el desarrollo de una gestación hasta los nueve meses es necesario para que el neonato se forme completamente y pueda nacer sano, así como para que los padres realicen la adaptación psicológica a la nueva situación. Por tanto, el nacimiento prematuro interrumpe el proceso de “anidación psicobiológica” de los padres y el recién nacido. De hecho, los padres necesitan crear un lugar físico y psíquico para ese nuevo integrante de la familia, lo que los lleva a una reorganización y maduración a lo largo de los meses del embarazo que les permite prepararse para el nacimiento.

El recién nacido también necesita los nueve meses para madurar biológicamente y encontrarse en condiciones de poder sobrevivir fuera del útero materno. Por lo tanto, el nacer antes de este período, encuentra tanto a los padres como al bebé no preparados y se crea un estado de vulnerabilidad somática y psíquica que afecta al niño, la madre y el padre.

Ésta puede agravarse por la situación de ingreso del niño en una unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN) tanto por su prematuridad como por la situación clínica de gravedad que puede presentar el recién nacido a término³.

1. LA MATERNIDAD / PATERNIDAD.

El concepto de paternidad (entendido como maternidad/paternidad) ha variado a lo largo de la historia. Inicialmente, se partía de la idea estrictamente biológica, basada en la simple reproducción de la especie humana mediante la fecundación del óvulo materno por el espermatozoides paterno. A pesar de ser una idea que ha quedado obsoleta, la Real Academia Española de la Lengua sigue definiendo en el 2014 a la madre como “Mujer o animal hembra que ha concebido” o “Mujer o animal hembra que ha parido a otro ser de su misma especie”⁴. En la actualidad, se entiende la paternidad desde una dimensión sociocultural de acuerdo a la manera cómo se ejerce y/o satisface la crianza de esos hijos.

Por tanto, la paternidad no puede restringirse a un asunto meramente biológico, a pesar de que parte de la concepción de un nuevo ser. De hecho, con las nuevas técnicas de reproducción se puede ser padre-madre sin aportar el óvulo o espermatozoides que dé origen al futuro hijo. Así, el padre genético puede ser el donante anónimo de espermatozoides, pero el padre del bebé, el que designa la ley, el que ejercerá la paternidad será el esposo de la mujer que haya concebido de esa manera, pues será quien establezca el vínculo con ese niño. De esta forma, surgen nuevas posibilidades de familias: parejas homosexuales, tanto varones como mujeres y mujeres solteras, homo y heterosexuales que comienzan a inseminarse artificialmente con la intención de satisfacer su deseo de ser padres.

La madre, desde esta nueva perspectiva cultural, constituye un elemento en la crianza de los hijos. El desarrollo fisiológico en el ser humano se complementa con la crianza familiar que posibilita el crecimiento integral ante la desventaja biológica con respecto a otras especies animales que no necesitan de cuidados extra para lograr sobrevivir por sí mismos durante los primeros momentos de vida. En el caso de los humanos, por el contrario, se necesitan años de cuidados por parte de los padres, lo que establece de manera importante la prolongación del vínculo de apego que las madres tienen sobre sus hijos⁵.

Podemos concluir, por tanto, que la maternidad posee un significado psicológico, cultural y social, no siendo definido únicamente como un acto biológico de gestar y parir⁶. De hecho, el vínculo temprano entre la madre y el hijo y su importancia y

relevancia para el desarrollo psicoafectivo sano del niño son conceptos aceptados por todas las corrientes de la psicología⁷. Podemos definir el vínculo afectivo como el proceso de unión que ocurre entre un niño y sus padres, especialmente la madre, que tiene importancia en la formación de los lazos afectivos que influyen posteriormente en el desarrollo físico y psicológico del niño. En la iniciación de los vínculos afectivos son de especial importancia el contacto con los ojos, las caricias, la charla tranquilizadora y otras conductas afectivas que comienzan a crear lazos emocionales positivos⁸. Asimismo, durante la alimentación natural se establece una comunicación aún más fluida de la díada madre-hijo y estos primeros momentos e interacciones son primordiales en el inicio del apego⁹. Está demostrado que un buen apego se relaciona con una mayor duración y mejora en la calidad de la lactancia materna, la cual produce a largo plazo un mayor desarrollo psicomotor y una salud óptima para el niño¹⁰.

Diversos estudios, como el de Stern y cols¹¹, han demostrado que durante el período de gestación las fantasías maternas sobre el bebé son muy ricas y presentes entre el cuarto y séptimo mes de embarazo, idealizando al futuro hijo. Finalizado este período, los pensamientos de la madre sobre el niño decrecen. Este cambio de pensamiento materno actúa como una defensa que permite al niño nacer en un contexto de representaciones maternas sin excesivas expectativas predeterminadas, de modo que el recién nacido tenga mayores posibilidades de mostrar y ser reconocido con sus particulares características¹². Por tanto, los niños que nacen prematuros van a presentar una doble desventaja respecto a los que nacen a término, ya que a la inmadurez que presentan, se va a sumar el hecho de que en el momento de su nacimiento las representaciones maternas se van a encontrar en uno de los momentos más ricos¹³. Brazelton y Cramer¹⁴ establecen que en el momento del nacimiento, los padres tienen que estar preparados para afrontar una serie de tareas relacionadas con adaptarse al nuevo ser, ya que provoca sentimientos de extrañeza y fragilidad y supone una pérdida del bebé ideal imaginario. Además, implica sobretodo en la madre, una enorme exigencia de disponibilidad, y el abrupto término de la sensación de fusión con el feto. En el caso del padre, éste tiene que afrontar el sentimiento de exclusión de la díada madre-bebé y la responsabilidad de apoyar y mantenerse en la nueva relación triangular.

La transformación cultural de la paternidad ha abolido la figura del padre "tradicional", percibido como el padre más distante, una figura autorizada, un líder disciplinario y un sostén familiar para transformarse en un ideal contemporáneo del nuevo padre de la crianza y de las expectativas de igualdad de parentesco¹⁵.

Todas estas reacciones se ven intensificadas por el nacimiento del recién nacido prematuro o enfermo. El vínculo padres-recién nacido se encuentra en relación con el desarrollo de este último, es decir, sus semanas de gestación (determinantes para definir las posibilidades de morbi-mortalidad), y otro aspecto viene determinado por el grado de madurez de los padres con respecto al cuidado del nuevo miembro de la familia. Por tanto, la prematuridad o la enfermedad del recién nacido que implica ingreso en una UCIN hace esta situación más compleja, ya que la incubadora y las intervenciones del personal sanitario sobre su hijo actúan como barrera física que impide el contacto físico de los padres con el recién nacido. Estudios recientes confirman que la presencia de ansiedad o depresión en los padres puede afectar las funciones paternas, produciendo varias consecuencias no sólo en la relación padre-hijo, sino también en el desarrollo del niño y en la relación entre la madre y su bebé¹⁶.

Una vez pasada la crisis que supone el ingreso del recién nacido en la UCIN, el período de hospitalización previo al alta permite el ajuste de las representaciones de la madre facilitando una cierta represión de las representaciones de un niño enfermo para dejar paso a un bebé sano a quien puede cuidar¹².

1.1. CONCEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO.

El deseo de ser madre es una fuerza poderosa entre muchas mujeres. Por lo tanto, la incapacidad de procrear puede ser experimentada como un fracaso¹⁷.

La concepción de un nuevo ser humano se produce en el momento en que el espermatozoide penetra y fertiliza el óvulo para formar un cigoto viable. Una vez fecundado, debe producirse la implantación y desarrollo del mismo hasta el nacimiento.

Para conseguirlo, la pareja puede intentar concebir de forma natural. Pero puede resultar una tarea difícil por varios motivos (edad, problemas ginecológicos, baja calidad

o cantidad de esperma, consumo de tabaco, alcohol y drogas, peso excesivo o extrema delgadez, etc).

En España, el 15% de las parejas en edad fértil tienen problemas para ser padres de forma natural. De esta cifra, entre el 30% y el 40% de los casos de infertilidad se deben a problemas del hombre y entre el 40% y el 50% a la mujer.

La infertilidad se define como la enfermedad del sistema reproductivo que supone la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de doce meses o más de relaciones sexuales no protegidas¹⁸.

En estos casos, en los que la pareja no es capaz de concebir de forma natural, puede acudir a técnicas de reproducción médicamente asistida, entre las que encontramos:

- Inducción de ovulación: tratamiento farmacológico de mujeres con anovulación u oligo-ovulación con la intención de inducir ciclos ovulatorios normales.
- Estimulación ovárica controlada: tratamiento farmacológico en el cual las mujeres son estimuladas para inducir el desarrollo de más de un ovocito.
- Inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con semen del esposo/pareja o un donante.
- Técnicas de Reproducción Asistida: todos los tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo.

La legislación española sobre técnicas de reproducción humana asistida, Ley 14/2006, reconoce el derecho de todos a recibir estos procedimientos de reproducción asistida por parte de la sanidad pública¹⁹. La Seguridad Social cubre cuatro ciclos de inseminación con esperma de la pareja y hasta seis de donante. En lo referente a fecundación in vitro se realizan hasta tres intentos por paciente siempre que tengan menos de 40 años. El tiempo que debe transcurrir entre una fecundación y otra es de dos meses, pero se espera entre tres y seis para poder atender mientras tanto otros casos de la lista de espera²⁰.

El hecho de no poder concebir hijos también va a provocar una serie de reacciones a nivel psicológico que van a comprometer a la pareja, independientemente de cuál de los dos miembros presente el problema de infertilidad. Tener un hijo, con excepción de los embarazos no deseados, es una decisión que la pareja medita y determina en que momento de su ciclo vital desea que ocurra. Por tanto, el hecho de que esas expectativas no se cumplan pueden provocar una serie de reacciones como²¹: baja autoestima y sentimientos de inferioridad, baja confianza en sí mismos y bajo amor propio, pobre autoimagen, valoración de sí mismos como incompletos o con algún defecto, valoración de sí mismos como poco atractivos y dignos de consideración por los otros, incluso se cuestionan su capacidad para desenvolverse como padres y mantener su relación de pareja. Estas valoraciones pueden llegar a ser tan graves, que incluso habiendo conseguido ser padres mediante reproducción asistida, estas apreciaciones de sí mismos no mejoran²². Así mismo, la Sociedad española de fertilidad expuso que los padres podían mostrar expresiones emocionales de aislamiento social y personal, culpa y culpabilización, ansiedad, depresión y problemas en la relación de pareja²³. Otra de las reacciones encontradas en las mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida fue el estrés, junto a la ansiedad y depresión²⁴. Además, estas reacciones pueden agudizarse si tras el tratamiento de reproducción asistida no se consigue la gestación.

2. EL RECIÉN NACIDO.

Un recién nacido o neonato es un bebé que tiene 28 días o menos desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea. La definición de este período es importante porque representa una etapa muy corta de la vida; sin embargo, en ella suceden cambios muy rápidos que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de la vida del recién nacido. El término se ajusta a nacidos pretérmino, a término o pasados los nueve meses del embarazo.

Los fallecimientos de recién nacidos, o neonatos, constituyen el 45% de los fallecimientos de niños menores de cinco años. La mayoría de los fallecimientos de

neonatos (el 75%) se produce durante la primera semana de vida, y de éstos entre el 25% y el 45% se producen en las primeras 24 horas.

Las causas principales de fallecimientos de recién nacidos son: el nacimiento prematuro y bajo peso al nacer, las infecciones, la asfixia (falta de oxígeno al nacer) y los traumatismos en el parto. Estas causas explican casi el 80% de las muertes en este grupo de edad²⁵.

Un recién nacido puede considerarse aparentemente sano cuando es a término (≥ 37 semanas de gestación) y su historia (familiar, materna, gestacional y perinatal), su examen físico y su adaptación a la vida extrauterina lo garanticen²⁶.

Sin embargo, un recién nacido se considerara patológico cuando es pretérmino, o término con patología asociada, o presenta alguna alteración en su mecanismo de adaptación a la vida extrauterina.

2.1. CLASIFICACIÓN Y PATOLOGÍAS FRECUENTES.

Los neonatos se clasifican atendiendo a varios criterios²⁷:

Según la **edad gestacional** se clasifican en:

- *Prematuro o pretérmino*: Nacido antes de las 37 semanas de gestación.
- *Término*: Nacido entre las 37 y las 42 semanas de gestación.
- *Postmaduro o Posttérmino*: Nacido después de las 42 semanas de gestación.

Dentro del grupo de los prematuros, estos a su vez se clasifican atendiendo a las semanas de gestación en el momento del nacimiento en:

- *Gran prematuro*: menor de 25 semanas de gestación.
- *Prematuro de alto riesgo*: de 26 a 30 semanas de gestación.
- *Pretérmino moderado*: de 31 a 35 semanas de gestación.
- *Pretérmino límite*: de 36 a 37 semanas de gestación.

Atendiendo solo al **peso**, se clasifican en:

- *De extremo bajo peso*: inferior a 1000 gramos.
- *De muy bajo peso*: inferior a 1500 gramos.

- *Bajo peso al nacer*: inferior a 2500 gramos.
- *Recién nacido macrosómico*: el peso al nacer es superior a 4000 gramos.

Según el **peso al nacer y la edad gestacional**, se clasifican en:

- *Pequeño para la edad gestacional (PEG)*: Cuando el peso del recién nacido queda por debajo del percentil 10 para las semanas estimadas de gestación.
- *Peso adecuado para la edad gestacional (AEG)*: El peso queda entre el percentil 10 y el percentil 90 para las semanas estimadas de gestación.
- *Grande para la edad gestacional (GEG)*: El peso queda por encima del percentil 90 para las semanas estimadas de gestación.

La morbi-mortalidad perinatal está relacionada con la edad gestacional y el peso al nacer. Las cifras más elevadas de mortalidad corresponden a las edades gestacionales más jóvenes, incrementándose cuando los pesos son menores.

La estimación de las semanas de gestación se ha realizado, históricamente, según el score de Dubowitz y, más recientemente, según el score de Ballard modificado. En 1970 Dubowitz presenta un método para la valoración de la edad gestacional que evalúa varios signos somáticos y neurológicos. Aporta mayor precisión especialmente en menores de 36 semanas, sin embargo tiene el inconveniente de que requiere de mayor tiempo para su aplicación y necesita de mayor experiencia por parte del examinador; dando una aproximación de 2 semanas. Por su componente neurológico debe efectuarse después de las 24 horas de vida para descartar la influencia que el parto tiene sobre éste; los resultados varían de acuerdo al estado de vigilia, hambre, frío, irritabilidad y alteraciones neurológicas. En 1979 Ballard et al. abreviaron el método de Dubowitz reduciéndolo sólo a 6 criterios somáticos y 6 criterios neurológicos; extendiéndolo en 1991 para evaluar prematuros de entre 23 y 27 semanas que con métodos anteriores no se evaluaban. La nueva puntuación de Ballard permite valores de -1, por lo que es posible una puntuación negativa, extendiendo la edad gestacional prematura a las 20 semanas²⁸.

El peso al nacer se compara en las tablas de Lubchenco. En 1963, Lubchenco publicó sus tablas de crecimiento intrauterino, donde se relaciona el peso al nacer con la edad gestacional; con posterioridad, este estudio se realizó en diversos países. La

mayoría de los autores definen el crecimiento intrauterino normal con el empleo de criterios estadísticos (medidas centrales y de dispersión). Así, se consideran como pesos normales los situados en el intervalo comprendido entre los percentiles 10 y 90 de la curva²⁹.

Gracias a los últimos avances médicos, cada vez sobreviven más neonatos que nacen antes de completar las 40 semanas de gestación. A nivel nacional, según datos del grupo de la Sociedad Española de Neonatología de nacidos con menos de 1500 gramos referidos al año 2009, fallecen el 84.6% de los nacidos con menos de 24 semanas de gestación, el 44% de los nacidos con 25 semanas de gestación, el 14.3% de los nacidos con 28 semanas, reduciéndose esta cifra al 4.7% para los nacidos con 35 semanas de gestación. Si tenemos en cuenta el peso al nacer, fallece el 77.3% de los nacidos entre 400-500 gramos, reduciéndose la mortalidad hasta el 2.9% para los nacidos entre 1400-1500 gramos³⁰.

Esta mejoría en la supervivencia de los prematuros ha hecho que la tasa de mortalidad neonatal, es decir, la ocurrida durante los primeros veintiocho días de vida se haya reducido considerablemente, pasando de 1.79 por 1000 recién nacidos vivos en el año 2000 hasta 1.29 en el año 2015. Otro dato a tener en cuenta es que la supervivencia de los recién nacidos de sexo femenino es mayor en todos los grupos de edad gestacional, tanto prematuros como término³¹.

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno cada 10 nacimientos. Más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto³². Representan casi la mitad de todas las muertes de recién nacidos a nivel mundial, siendo la primera causa de mortalidad en las primeras cuatro semanas de vida y la segunda causa de muerte en niños menores de 5 años, después de la neumonía. Es la principal causa de mortalidad neonatal, morbilidad y existencia de secuelas, generalmente neurológicas, pulmonares y digestivas³³.

Existen una serie de **factores de riesgo** que van a favorecer la posibilidad del nacimiento prematuro del recién nacido como son^{34, 35}:

- *Factores maternos*: Edad (menor de 15 y mayor de 40 años), enfermedades maternas preconceptionales (infecciones, anemia, cardiopatías, nefropatías, hepatopatías).
- *Factores obstétrico-ginecológicos*: rotura prematura de membranas, desprendimiento de placenta, preeclampsia, desproporción pélvico-cefálica, infertilidad previa, gran múltipara, toxemia gravídica, miomas, hemorragias vaginales y antecedente materno de parto prematuro.
- *Factores fetales*: malformaciones congénitas, gemelaridad, infecciones fetales, isoimmunización de Rh, embarazo múltiple.
- *Factores sociales, culturales y laborales*: condiciones inadecuadas de trabajo, falta de control del embarazo, nutrición, bajo nivel socioeconómico, hábitos tóxicos (alcohol, tabaco y otras drogas).

Además de estos factores de riesgo físico, numerosos estudios han encontrado una serie de factores de riesgo psicológico que también van a comprometer el adecuado desarrollo de la gestación³⁵⁻³⁸ tales como estrés, ansiedad y depresión. La ansiedad y el estrés se asocian a un mayor número de conductas de riesgo (tabaco, drogas) y a la alteración de las vías inflamatoria, neuroendocrina e inmunológica, provocando un mayor riesgo de parto prematuro.

Como hemos visto, la prematuridad supone la principal causa de mortalidad neonatal. A esto sumamos que los que sobreviven pueden tener efectos a largo plazo. Muchos bebés prematuros tienen problemas de desarrollo o de comportamiento que continúan hasta la niñez o son permanentes. Cuanto más prematuro es el bebé y más bajo es su peso al nacer, mayor será el riesgo de complicaciones. Sin embargo, es imposible predecir el desenlace clínico a largo plazo de un bebé con base en la edad gestacional o el peso al nacer. Las complicaciones que pueden ocurrirle al prematuro estando ingresado en el hospital son, entre otras³⁹:

- *Respiratoria*: enfermedad de la membrana hialina y displasia broncopulmonar.
- *Cardiovascular*: hipotensión arterial precoz y persistencia del ductus arterioso.

- *Digestiva*: enterocolitis necrotizante.
- *Neurológica*: hemorragias intracraneales, convulsiones y leucomalacia periventricular.
- *Hematológica*: tendencia a hemorragias, anemia e ictericia.
- *Metabólica*: hipoglucemia e hipotermia.
- *Inmunológica*: tendencia a infecciones.
- *Renal*: necrosis tubular.
- *Oftálmica*: retinopatía del prematuro (sobre todo en <28 SG y 1000 gr).

Aproximadamente el 10% presentarán parálisis cerebral, y entre el 25 y 50% presentarán déficits cognitivos o alteraciones comportamentales a largo plazo, que llevarán a dificultades académicas. Estas consecuencias adversas aparecen incluso, con frecuencia, en aquellos niños en los que las complicaciones iniciales quedaron resueltas y que tuvieron un curso neonatal normal. Los prematuros sin complicaciones presentan a los tres-ocho años déficit en el coeficiente de inteligencia, y a los catorce-quince se suma la lectura y el cálculo, mientras que el prematuro con complicaciones presenta retraso en la infancia y a los 13 años se observan dificultades en el rendimiento cognitivo general y en algunas habilidades específicas como la memoria⁴⁰. Estos resultados son similares en el estudio de Johnson y cols⁴¹ que detectaron que los que fueron extremadamente prematuros siguen teniendo un alto riesgo de sufrir deterioro en el aprendizaje y un bajo rendimiento académico en la niñez mediana (once años). Una proporción significativa requiere educación especializada a tiempo completo y más de la mitad de los que asisten a escuelas regulares requieren recursos adicionales de salud o educación para acceder al currículo nacional.

Como hemos visto, la prematuridad supone la principal causa de morbi-mortalidad en el periodo neonatal, siendo los recién nacidos que más ingresan en las UCIN. Pero también encontramos neonatos que nacen a término y presentan problemas de salud que requieren de cuidados intensivos. Las principales patologías que vamos a encontrar en los niños a término son⁴²:

- *Causas respiratorias*: distrés respiratorio, taquipnea transitoria del recién nacido, aspiración meconial, neumotórax/ neumomediastino, neumonía

perinatal, hipertensión pulmonar persistente, hemorragia pulmonar y agenesia-hipoplasia pulmonar.

- *Malformaciones:* hernia diafragmática, atresia de esófago, enfisema lobar congénito, malformación quística adenomatoidea.
- *Obstrucción vía aérea superior:* atresia de coanas.
- *Causas cardiovasculares:* cardiopatías congénitas, arritmia cardíaca y miocardiopatía.
- *Causas infecciosas:* sepsis / meningitis neonatal.
- *Causas metabólicas:* enfermedades congénitas del metalismo, acidosis metabólica, hipoglucemia, hipotermia / hipertermia.
- *Causas hematológicas:* anemia, hiperviscosidad, ictericia.
- *Causas neurológicas:* asfixia intraparto y encefalopatía hipóxico-isquémica.

2.2. UNIDADES DE ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO.

La Sociedad Española de Neonatología, a través de su Comité de estándares, revisó en 2012 los niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal publicados en 2004, a partir del cual se pudo definir el nivel asistencial de cada centro en nuestro país, así como los requerimientos técnico-sanitarios según niveles⁴³.

Podemos definir como unidad de Neonatología la unidad clínica pediátrica que garantiza la cobertura asistencial de los recién nacidos sanos y los pacientes neonatales, así como la asistencia al nacimiento y la reanimación en la sala de partos y quirófano. Se acepta como período neonatal al que alcanza hasta la semana 46 de edad postmenstrual. En función del número de partos, el área de referencia y las prestaciones que ofertan, las unidades neonatales se clasifican en niveles I, II y III.

Unidad de nivel I

Ubicada en un hospital comarcal con servicio de pediatría general. Toda maternidad debe contar al menos con una unidad de estas características, cuya atención se centrará en:

1. Reanimación en sala de partos y quirófanos.

2. Estabilización de recién nacidos que precisen traslado a otras unidades, para lo cual debe disponerse de incubadora o cuna térmica, monitorización de signos vitales (incluyendo presión arterial y gases sanguíneos), posibilidad de administración de fluidos y fármacos por un acceso venoso y capacitación para realizar ventilación mecánica, radiografías, drenaje de neumotórax y administración de surfactante.
3. Garantizar el traslado a otros centros de referencia, bajo criterios de derivación previamente establecidos.

Los recién nacidos que podrán atenderse en un área de cuidados básicos serán:

1. Recién nacidos de una edad gestacional superior a 35 semanas.
2. Recién nacidos procedentes de embarazos múltiples de dos fetos como máximo.
3. Se estima una relación enfermera-recién nacido 1: 8-10.

Unidad de nivel II

Ubicada en un hospital general o de área con al menos 1.000 partos/año, en el ámbito de influencia y cuyo servicio de pediatría desarrolle alguna de las áreas específicas pediátricas de atención integral al niño.

La unidad de nivel II dispondrá de un área de cuidados especiales. Se distinguirán dos subniveles:

1. Subnivel II-A. Además de la atención propia del nivel I, incluirá:
 - a. Recién nacidos con procesos leves de una edad gestacional superior a 32 semanas y peso de nacimiento superior a 1.500 g.
 - b. Recién nacidos procedentes de unidades de cuidados intensivos neonatales que hayan superado la gravedad (transporte de retorno).
2. Subnivel II-B. También conocida como área de cuidados con alta dependencia. Además de la atención propia del nivel II-A, incluirá:
 - a. Posibilidad de practicar oxigenoterapia y presión positiva continua en vía aérea (CPAP) nasal.
 - b. Posibilidad de practicar ventiloterapia convencional durante aproximadamente 24 h.

- c. Posibilidad de practicar una exanguinotransfusión parcial y de administrar nutrición parenteral total.
- d. La dotación de enfermería será de 1: 3-4 puestos.

Unidad de nivel III

Las unidades de nivel III deben estar integradas en un hospital de referencia con maternidad y un servicio de pediatría donde se desarrollen todas o la mayor parte de las áreas específicas pediátricas. Se clasificarán en:

1. Subnivel III-A. Además de la atención propia del nivel II-B, incluirá:
 - a. Recién nacidos con edad gestacional superior a 28 semanas y peso de nacimiento superior a 1.000 g.
 - b. Posibilidad de practicar ventiloterapia convencional prolongada.
 - c. Posibilidad de realizar procedimientos complejos como drenaje pleural, exanguinotransfusión total y diálisis peritoneal.
 - d. Posibilidad de intervención de cirugía menor.
2. Subnivel III-B. Además de la atención propia del nivel III-A, incluirá:
 - a. Recién nacidos con edad gestacional inferior a 28 semanas o peso de nacimiento inferior a 1.000 g.
 - b. Posibilidad de practicar ventilación de alta frecuencia y administración de óxido nítrico inhalado.
 - c. Disponibilidad de las subespecialidades pediátricas y de técnicas de imagen avanzadas.
 - d. Disponibilidad de cirugía general pediátrica para intervenir cirugía mayor.
3. Subnivel III-C. Además de la atención propia del nivel III-B, incluirá:
 - a. Posibilidad de practicar hemodiálisis o hemofiltración.
 - b. Cirugía cardíaca con circulación extracorpórea y/o oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO).

Las características de una unidad de este tipo serán:

1. Atención a todo tipo de recién nacidos tanto médicos como quirúrgicos, de cualquier peso y edad gestacional, dentro de los límites de la viabilidad.
2. Reanimación en las salas de partos y quirófanos.

3. Conexión con la unidad de alto riesgo obstétrico.
4. Atención en su área de influencia de al menos 2.000 partos/año.
5. Ingresos en zona de hospitalización de alrededor de 500 recién nacidos/año.
6. Transporte de retorno.
7. Sistema de seguimiento de los niños dados de alta.
8. Área de Cuidados Intensivos Neonatales con los siguientes requisitos mínimos:
 - 5 camas.
 - 150 ingresos/año.
 - 25 recién nacidos de peso inferior a 1.500 g.
 - 40 pacientes/año en ventilación mecánica.
 - Asistencia médica especializada las 24 h
9. La dotación de enfermería seguirá la siguiente ratio en función de los procedimientos:
 - 1: 2 neonatos en área de cuidados intensivos.
 - 1:1 neonato en caso de alta tecnología (postoperatorio de alta complejidad, exanguinotransfusión total, diálisis peritoneal, hipotermia.
 - 2:1 neonato en caso de alta tecnología (ECMO, hemofiltración)

El ambiente que rodea al neonato en una UCIN a veces es frío, seco, ruidoso, con bastante iluminación, con estímulos constantes e inapropiados, que someten a una sobrecarga sensorial tóxica inesperada a un sistema nervioso central inmaduro, pero en rápido crecimiento, el cual está sometido a un gran riesgo de que se produzca una desorganización de su desarrollo que puede conllevar problemas serios en su futuro. Este ambiente se contrapone al desarrollo dentro del útero, donde el feto se encuentra en un ambiente cálido, oscuro, húmedo y con los ruidos del exterior amortiguados, un “habitat” que proporciona al feto estímulos sensoriales adecuados que le permiten un desarrollo global correcto en cada etapa de su crecimiento⁴⁴.

Las UCIN son unidades que van a estar dotadas de alta tecnología (monitores, incubadoras, respiradores, gasómetros, capnografos, etc) y de un equipo multidisciplinar (neonatólogos, enfermeros, auxiliares y diferentes especialidades

pediátricas, como radiólogos, cardiólogos, neumólogos, etc) que van a generar un ambiente de ruido muy elevado, y que, con frecuencia, afectan a los lactantes prematuros, al personal y a los padres. Los niveles de ruido en la UCIN varían de 7 dB a 120 dB y a menudo exceden el nivel máximo aceptable de 45 dB recomendado por la Academia Americana de Pediatría. El ruido puede causar en el recién nacido apnea, hipoxemia, alternancia en la saturación de oxígeno y mayor consumo de oxígeno secundario a las elevadas frecuencias del corazón y respiratorias y puede, por lo tanto, reducir la cantidad de calorías disponibles para el crecimiento⁴⁵.

Se ha demostrado que la frecuencia cardiaca fetal y la presión arterial están influenciadas por la exposición al ruido en la UCIN. Las fluctuaciones de la presión arterial y de la frecuencia cardiaca pueden tener efectos sobre la perfusión cerebral y, como consecuencia, hacer que los recién nacidos prematuros sean más susceptibles al daño cerebral incluyendo hemorragia cerebral y leucomalacia periventricular⁴⁶.

El ruido excesivo o los ruidos fuertes y agudos pueden dañar las delicadas estructuras auditivas del bebé prematuro con riesgo de pérdida auditiva neurosensorial y pueden afectar sus biorritmos. Además, sus fases de sueño son frecuentemente interrumpidas mientras permanecen en la UCI, experimentando privación de sueño como resultado de pasar poco tiempo en sueño profundo, lo cual determina que el neonato utilice energía necesaria para el crecimiento metabólico esencial y procedimientos curativos. En conclusión, existen cuatro tipos de efectos adversos en los prematuros inducidos por el ruido: efectos somáticos, disturbios de sueño, daño auditivo y trastorno en el desarrollo emocional. Hay diferencias sustanciales de los efectos dañinos del ruido entre neonatos a término y prematuros; ya que en éstos últimos se combinan la inmadurez con factores ambientales⁴⁷.

Se establecen unas recomendaciones de producción de ruido por debajo de 45 dB (10-55 dB) y un máximo de 65-70 dB de forma transitoria⁴⁸.

Además de ruido, vamos a encontrar en muchas ocasiones elevada luminosidad (técnicas, medicación, pruebas diagnósticas) en la unidad que también va a afectar al recién nacido prematuro. Hay que tener en cuenta que el sistema visual del recién nacido se desarrolla intraútero en ausencia de estímulos lumínicos. Sigue un proceso de

maduración secuencial entre la semana 20 y 40 de gestación, siendo el último en desarrollarse funcionalmente. De hecho, los niños nacidos a término no tienen una visión clara como consecuencia de la falta de maduración de la macula. Durante este tiempo, eventos epigenéticos, tóxicos y la estimulación exógena inadecuada pueden producir alteraciones significativas mientras el recién nacido prematuro está ingresado en la UCIN⁴⁹.

Si el neonato nace gran prematuro, puede encontrarse con los párpados fusionados, ya que no se separan hasta la semana 24-25 de gestación y son tan finos que dejan penetrar la luz aunque los ojos estén cerrados. El reflejo pupilar que regula la entrada de luz en la retina no aparece hasta la 32–34 semana de gestación. El mecanismo primario para adaptarse a las variaciones de intensidad de luz no es la constricción pupilar, sino el sistema receptor de conos y bastones que emigran respectivamente a la parte central y periférica de la retina muy cerca del nacimiento del recién nacido (40 semanas).

Los niveles recomendados de iluminación en UCIN donde haya grandes prematuros deberían ser entre 1-60 lux en la cuna o incubadora (los menores de 30 semanas deberían estar a menos de 20 lux), sin embargo, el personal sanitario precisa para preparar medicación 500 lux, subiendo la intensidad hasta los 1000 lux en caso de tener que realizar curas o coger una vía. Además, si algún niño está sometido a fototerapia, se alcanzarían los 3000 lux⁵⁰.

Para contrarrestar la estimulación exógena, se han tomado medidas que ayudan a reducir el nivel de luz que llega al recién nacido como son la utilización de cobertores para las incubadoras, la utilización de linternas y el uso de iluminación individualizada. La adecuación de los niveles de luz en la UCIN reduce el estrés y mejora el patrón de sueño de los bebés ingresados. Proteger los ciclos de sueño y especialmente los períodos de sueño REM es crítico para conseguir un desarrollo visual saludable⁴⁴.

Podemos afirmar que los neonatos que van a ingresar en UCIN son aquellos que han nacido prematuros o a término, pero que presentan patologías que pueden comprometer su vida. En la mayoría de los casos, van a ser patologías respiratorias que van a requerir de un soporte ventilatorio, que por orden de gravedad implicaría

intubación, CPAP, cánulas de alto flujo, gafas nasales y oxígeno en incubadora. Si con el paso del tiempo, su situación no mejorase, serían diagnosticados de displasia broncopulmonar, lo que supone la necesidad de oxígeno después de cumplir las 36 semanas de gestación o 28 días de vida⁵¹. En los casos más graves, puede ser necesaria la realización de una traqueostomía y la derivación a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) para continuar con su tratamiento. Muchos de estos niños acabarían siendo dados de alta a su domicilio con necesidades de cuidados especiales, como son respirador domiciliario, necesidades de oxígeno, alimentación a través de gastrostomía o sonda y otras técnicas que los padres desconocen y que van a tener que aprender durante su estancia en la UCIP con el fin de aplicárselas a sus hijos en su domicilio.

Ante la mayor supervivencia de niños con problemas que eran derivados a su domicilio, en 2011 se creó la Unidad de Hospitalización Domiciliaria Infantil en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia (donde se ha realizado el estudio), la cual contaba con un pediatra y dos enfermeros. Ante el aumento del número de niños con necesidades especiales y que precisan cuidados paliativos (pacientes pediátricos oncológicos), actualmente, la unidad cuenta con dos pediatras y tres enfermeros.

Si, por el contrario, la evolución del neonato ingresado en UCIN es satisfactoria, una vez que no precise soporte ventilatorio (excepto gafas nasales u oxígeno en incubadora), pasará a la Unidad de Neonatología. Los criterios fisiológicos considerados esenciales previos al alta son la termorregulación, la estabilidad respiratoria y la capacidad para una alimentación oral adecuada. Para conseguir la termorregulación, el niño pasará cuando alcance 1700-1800 gramos de la incubadora a la cuna presalida, donde no llevara ningún sistema de calentamiento. Asimismo, deberá mantener una estabilidad respiratoria en posición supina con adecuadas cifras de saturación y, por último, deberá ser capaz de alimentarse solo oralmente, ya sea del pecho o de biberón. Como criterio general, previo al alta, el neonato prematuro debe alcanzar un mínimo de 35 semanas de gestación y aproximadamente 2 kilos de peso. Estos criterios son variables en función de cada niño⁵².

2.3. CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO Y LA FAMILIA.

1. DEFINICIÓN E IMPORTANCIA.

La capacidad del recién nacido para organizar su conducta y adaptarse al medio es limitada y es incapaz de rechazar estímulos desfavorables. Los estímulos inapropiados que un niño recibe durante su estancia en la unidad neonatal pueden tener como resultado la inhibición del desarrollo neuronal e interferir en su diferenciación morfológica y funcional⁵³.

En los niños que han sido grandes prematuros se observan con frecuencia alteraciones que, sin causar graves discapacidades, pueden alterar de manera significativa la vida del niño y de su familia. Muchas de estas alteraciones se ha comprobado que se relacionan, entre otros muchos factores, con los cuidados proporcionados tras el nacimiento en las UCIN. Por una parte, la exposición a un medio hostil, como es una unidad de cuidados intensivos, dificulta la organización del cerebro en desarrollo; por otra, los padres se someten a tal impacto emocional que se modifica el vínculo entre padres e hijo⁵⁴.

La nueva filosofía de los cuidados en las UCIN introducida en los últimos años se denomina cuidados centrados en el desarrollo y la familia (CCDF) y constituye un sistema de cuidados para el recién nacido prematuro que pretende mejorar el desarrollo del niño a través de intervenciones que favorezcan al recién nacido y a su familia, entendiéndolos a ambos como una unidad, previniendo la sobrecarga toxica sensorial producida por el ruido, la luz, el dolor, ... en un sistema nervioso inmaduro en desarrollo⁵⁵.

Los CCDF se basan en una filosofía que abarca los conceptos de interacción dinámica entre recién nacido, familia y ambiente postulados por la Dra. Als y los aplica al período neonatal⁵⁶.

La Dra. Als⁵⁷ propone la “teoría interactiva” que proporciona un marco para comprender la conducta de los prematuros, según la cual las conductas del niño se interpretan de acuerdo a cinco subsistemas de funcionamiento (tabla 1).

Cada uno de estos subsistemas interactúa con los otros y es indicador de que el niño está preparado para la interacción y los procedimientos.

Tabla 1. Subsistemas de funcionamiento del niño.

SUBSISTEMA	CONDUCTA DEL PREMATURO
Motor	Valora el tono muscular, movimiento, actividad y postura.
Autonómico	Incorpora las funciones fisiológicas necesarias para la supervivencia. Los indicadores son el color de la piel, frecuencia cardíaca y patrón respiratorio y la actividad visceral.
Estado	Categoriza el nivel del sistema nervioso central en cuanto a vigilia –sueño– despertar –llanto, demostrando la robustez y modulación de sus estados y los patrones de transición de uno a otro.
Atención	Interacción. Capacidad del niño para interactuar con el medio y ajustarse a los cambios.
Autorregulación	Es la capacidad del recién nacido para ajustarse y mantener el equilibrio en relación con los cambios ambientales.

Fuente: Vicente Pérez, 2013.

Esta autora propone el programa NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program), como fundamental para el cuidado neonatal orientado al desarrollo. El NIDCAP es un programa de intervención, conducido por profesionales entrenados en neurodesarrollo basado en observaciones formalizadas del niño antes, durante y después de los procedimientos. El observador valora la capacidad del niño para organizar y modular los cinco subsistemas, y anota los signos de bienestar y autorregulación, así como sus señales de estrés y sensibilidad.

El objetivo es identificar los signos de estrés y anticiparlos para que el niño mantenga en todo momento signos de estabilidad y autorregulación (tabla 2)⁵⁵.

Tabla 2. Signos de estrés y autorregulación del recién nacido.

SIGNOS DE ESTRÉS	SIGNOS DE AUTORREGULACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Cambios de coloración. • Movimientos de ojos sin contacto visual. • Desviación de la mirada del estímulo. • Fruncir el ceño. • Apretar los labios. • Salivación exagerada. • Bostezos. • Náuseas. • Torsión de extremidades. • Separación de los dedos. • Hiperextensión del tronco. • Alteración de FC, FR y Saturación de oxígeno. • Hipotonía. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coloración estable. • Sonrisa. • Succión intensa. Hipo. • Cubrirse los ojos con las manos. • Movimientos mano-boca, mano-mano. • Posición en flexión. • Signos vitales estables. • Sueño evidente • Tono y postura relajados • Estados de sueño evidentes

Fuente: Vicente Pérez, 2013

Este enfoque en la atención tiene como objetivo identificar, desde el funcionamiento individual del niño prematuro y su familia, las oportunidades disponibles para diferenciar y modular el estrés en el bebé en la UCIN y respetar y apoyar a la familia, teniéndola en cuenta como una colaboradora esencial en la atención neonatal y como promotora del desarrollo del niño. Enfermería juega un papel fundamental en el desarrollo de estos cuidados, pues es el personal sanitario que más horas pasa junto al niño y los padres, a los que entiende como una diada indisoluble.

2. CUIDADOS.

Los CCDF comprenden intervenciones basadas en el NIDCAP dirigidas a mejorar tanto el macroambiente de luces, ruidos... como el microambiente en que se desarrolla el niño (postura, manipulaciones, dolor...). Además, se actúa con la familia para facilitar al máximo su papel de cuidador principal del niño⁵⁴.

Algunos de estos cuidados son sencillas medidas, que implicarían^{58, 59}:

1. *Modificación del ambiente*: disminución de la intensidad sonora de las alarmas y ruidos, controlar la intensidad lumínica con focos de intensidad regulable, establecer horas quietas para permitir el descanso de los niños, cubrir incubadoras con cobertores.
2. *Ayudas posicionales*: como rollos, soportes laterales y nidos para mejorar el balance entre las posturas de flexión y extensión que actúen de contención; colocarlos en prono o en decúbito lateral, permitiendo el encuentro en la línea media y la posibilidad de llevarse la mano a la boca.
3. *Estructurar la manipulación directa*: maximizar la preparación de los niños facilitando la recuperación tras las intervenciones. No despertar al recién nacido bruscamente, se debe facilitar la transición gradual del sueño a la vigilia hablándoles y preparándoles antes de iniciar cualquier manipulación y se deben agrupar las intervenciones para evitar interrupciones de sueño.
4. *Promover las conductas autorregulatorias*: tales como sujetarles, prehensión y succión. Acometer medidas para el confort y el control del dolor, usar sacarosa como analgésico en cualquier maniobra que pueda comportar dolor, hacer escalas para la evaluación del dolor.
5. *Succión no nutritiva*: Atención a su capacidad para la alimentación oral.
6. *Implicación de los padres en el cuidado*: permitir la entrada y permanencia de los padres las 24 horas del día y otros familiares para que puedan cuidar a sus hijos mejorando su evolución y fomentando la lactancia materna, de manera que las madres se sientan necesarias, ya que su hijo se alimenta con la leche que ellas se extraen. Incrementar la interacción padres-hijo, haciéndoles partícipes en el aseo, cambio de pañal, alimentación, calmándoles, favoreciendo que los padres obtengan mayor seguridad y confianza en sí mismos. Poner en marcha desde el momento que el neonato se encuentra estable el contacto piel con piel o método madre canguro (MMC).

Una de las intervenciones que mayor mejoría ha demostrado es el MMC, que es la atención a los niños prematuros manteniéndolos en contacto piel a piel con su madre.

Se trata de un método eficaz y fácil de aplicar que fomenta la salud y el bienestar tanto de los recién nacidos prematuros como de los nacidos a término.

Para desarrollarlo, debemos tener en cuenta los siguientes aspectos⁴⁴:

- La transferencia desde la incubadora a la posición canguro es un momento delicado que requiere gran entrenamiento de los profesionales, sobre todo en los niños extremadamente prematuros.
- El niño/a debe colocarse en una posición vertical entre los pechos de la madre o sobre el tórax del padre, en decúbito ventral (posición de rana).
- La cabeza girada hacia un lado, ligeramente extendida para dejar libre la vía aérea y además favorecer el contacto visual entre madre e hijo.
- El tórax del padre/madre estará desnudo para favorecer el mayor contacto con su hijo/a, evitando en la medida de lo posible la utilización de cadenas, el uso de colonias o cremas con olor. Se recomienda utilizar ropa cómoda y a ser posible de algodón.
- El niño estará vestido con un gorro y un pañal, los calcetines o patucos son opcionales.
- Se recomienda el uso de fajas, que permiten una mayor movilidad a la madre/padre durante el tiempo que permanezcan en MMC.
- Continuar monitorizando las señales vitales.
- El tiempo que debe permanecer un niño en cuidado canguro una vez que éste se inicia no debe ser inferior a una hora para de alguna forma “compensar” el estrés que le supone la transferencia.
- Los padres y madres pueden ir aprendiendo cómo colocarse al niño y cómo mantenerlo adecuadamente en posición canguro. El objetivo es que se conviertan en expertos cuidadores de su hijo/a y que incluso puedan aplicar el cuidado canguro en el domicilio.

Sus principales características son⁶⁰:

- Contacto piel a piel temprano, continuo y prolongado entre la madre y el bebé.
- Lactancia materna exclusiva (en el caso ideal).

- Se inicia en el hospital y pueden continuarse en el hogar.
- Los bebés pequeños pueden recibir el alta en un plazo breve.
- Se trata de un método amable y eficaz que evita el ajetreo que predomina por norma general en una sala de pediatría ocupada por bebés prematuros.

Numerosos estudios han demostrado los beneficios de este método tanto para los padres como para el niño prematuro. Se encontró que puede mejorar las reacciones maternas negativas, como la ansiedad o la depresión, y promover interacciones madre-hijo más positivas⁶¹, ayudándoles a superar la situación inesperada del nacimiento prematuro⁶². Asimismo, parece ser efectivo según las mediciones de indicadores compuestos de dolor (incluyen indicadores fisiológicos y conductuales), y es seguro para un procedimiento doloroso único como la punción del talón⁶³. Además, repercute eficazmente en el control de la temperatura, la lactancia materna y el desarrollo de vínculos afectivos referidos a todos los neonatos, al margen de su entorno, peso, edad gestacional y situación clínica⁶⁰. El estudio promovido por el Comité de lactancia de la Asociación española de pediatría⁶⁴ demostró que es efectivo para el control de la temperatura, favorece la lactancia materna, reduce el riesgo de infecciones y de episodios de apnea, permite y fortalece la vinculación madre/padre-hijo, devuelve a los padres el protagonismo del cuidado de sus hijos y reduce la estancia hospitalaria.

Estas intervenciones no tecnológicas, sino conductuales han producido efectos favorables en el resultado médico y de neurodesarrollo a corto plazo, así como en el seguimiento a largo plazo de estos niños. Los niños en tratamiento parecen estar menos agitados, lo que también puede hacer que necesiten menos soporte respiratorio, que tengan mejor tolerancia enteral, mejor desarrollo cerebral, mejoría de los períodos de sueño, reducción de las conductas de estrés del recién nacido y mayor estabilidad en las constantes del recién nacido.

Numerosos estudios han demostrado los beneficios de la aplicación de los CCDF. Se objetivó una mejora significativa del desarrollo cerebral y del neurocomportamiento en neonatos prematuros con crecimiento intrauterino retardado⁶⁵, se demostró que el programa NIDCAP es un tratamiento eficaz para reducir la morbilidad, mejorar el desarrollo neurológico y la calidad de vida en bebés prematuros⁶⁶. Asimismo, los

resultados demuestran los efectos beneficiosos y duraderos del NIDCAP en el desarrollo neurológico en la edad escolar⁶⁷.

También es necesario mencionar que hay estudios que no han determinado un efecto directo del NIDCAP en la mejora del neurodesarrollo de los niños prematuros⁶⁸,⁶⁹, pero, en conclusión, podemos afirmar que es un programa que no perjudica en absoluto.

En el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, dónde se desarrolla el estudio, los cuidados centrados en el desarrollo se están llevando a cabo desde el año 2007. Han supuesto una mejora notable en el cuidado de los niños. Se han eliminado los horarios de visita de los padres, permitiéndoles estar junto a su hijo las 24 horas del día, se practica el método canguro, se han reducido los ruidos y estímulos lumínicos y se ha fomentado la participación activa de los padres. Asimismo, se han llevado a cabo cursos de formación para el personal de enfermería encargado del cuidado de los niños y la Consejería de Educación de la Región de Murcia ha integrado un equipo de atención temprana como unidad multidisciplinar dentro del recinto hospitalario, que informa a los padres del desarrollo futuro de sus hijos y las técnicas disponibles para estimular el desarrollo cerebral de estos niños de cara a minimizar las secuelas derivadas de la prematuridad. Asimismo, en caso necesario, antes del alta del niño, lo derivaran al centro de atención temprana más próximo a su domicilio.

Este equipo de atención temprana depende funcionalmente del Servicio de psicología clínica del hospital. A este servicio se puede derivar a aquellos padres que no están llevando un afrontamiento adecuado de la situación o aquellos padres que lo soliciten., donde se les ayuda a aceptar la situación actual, para la que no están preparados. La derivación se puede hacer desde el servicio de atención temprana o desde los pediatras de la UCIN.

3. CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE LOS PADRES.

Los padres que esperaban tener un hijo sano tras nueve meses de embarazo se deben enfrentar de repente a una situación de crisis para la que no están preparados. Por un lado deben asumir la posibilidad real del fallecimiento de su hijo o las posibles

secuelas secundarias a la prematuridad o enfermedad, y, por otro lado, deben hacer frente a una realidad completamente nueva y desconocida para ellos, como es el ingreso en una UCIN, donde se les va a privar del vínculo deseado durante largo tiempo al tener a sus hijos rodeados de alta tecnología que va a posibilitar la recuperación de los mismos, pero que, a su vez, va a impedir el contacto deseado. En función de las semanas de gestación y complicaciones que puedan sufrir, el prematuro puede llegar a estar ingresado en UCIN más 3 meses.

El parto prematuro es una situación de estrés para el entorno familiar y especialmente para la madre, para quien la situación de riesgo del recién nacido es fuente de ansiedad y preocupación. Pero este estrés no siempre es debido a la gravedad del neonato, sino que puede ser debido a una inadecuada percepción parental del diagnóstico que tiene más que ver con la capacidad para afrontarlo y la ansiedad de los padres. Por tanto, el nacimiento prematuro altera el proceso de representación de los padres sobre el niño que han imaginado tener durante la gestación, de modo que desarrollan preocupaciones ansiosas que se basan, en muchas ocasiones, en creencias parentales y no en conceptos médicos reales⁷⁰.

Asimismo, la ansiedad de la madre, acompañada en ocasiones de la existencia de síntomas depresivos, especialmente durante la fase aguda de la hospitalización en la UCIN, puede interferir en la calidad de la atención dispensada por la madre, aumentando el desarrollo de vínculos inseguros⁷¹. Además, va a provocar un sueño disruptivo en los padres, no alcanzando las horas mínimas de descanso y forzando una fatiga que va a complicar aún más la situación que están viviendo⁷².

Estas madres presentan altas tasas de estados emocionales de aversión que incluyen síntomas clínicamente significativos de depresión y ansiedad que van a afectar tanto a la calidad de vida de la madre como al desarrollo de su hijo⁷³.

Los síntomas de depresión son comunes en la población general de madres durante los primeros tres meses después del parto, presentando una tasa de prevalencia del 19%⁷⁴. Sin embargo, las tasas de prevalencia presentes en las madres con hijos ingresados en UCIN van a estar entre el 28% y el 67%⁷⁵⁻⁷⁷. Además, estos síntomas depresivos se pueden mantener en el tiempo, ya que del 63% de madres que

presentaron síntomas en el momento del ingreso, continuaban teniendo síntomas el 30% dos meses después del nacimiento⁷⁸.

Por tanto, podemos observar que las madres de los bebés prematuros tienen un riesgo particularmente elevado para la depresión postparto, debido a la cantidad de tensión relacionada con un parto prematuro y con el cuidado del bebé en la UCIN. La madre está luchando con la pérdida de una persona "normal" al producirse el parto prematuro y se la expone al mundo de la UCIN que le causa miedo, donde debe ver como su hijo lucha por sobrevivir. El estrés y la falta de un período de recuperación adecuado se combinan para afectar al estado emocional de la madre y poner en juego su capacidad para hacer frente al riesgo⁷⁹.

Hasta el 40% de las madres de los niños que ingresan en UCIN sufren depresión posparto, y muchas madres pueden presentar síntomas de estrés. Los padres también van a tener mayor riesgo de presentar depresión postnatal. Estos síntomas, además, se pueden mantener en el tiempo, ya que ambos padres manifiestan un mayor estrés cuando sus hijos, que fueron prematuros, alcanzaron la edad de 7 años⁸⁰ comparados con la población general que ha tenido niños sanos a término.

Además de los síntomas de depresión, toda esta situación hace que aparezcan también síntomas de ansiedad. Carter y cols⁸¹ detectaron que un alto porcentaje de padres cuyos hijos son ingresados en la UCIN presentaban signos de ansiedad clínicamente relevantes. Así mismo, los estudios que evaluaron la ansiedad y la depresión materna mostraron que ocurrían simultáneamente esos síntomas, o sea, los altos niveles de ansiedad parecen interactuar con altos niveles de depresión materna, lo que representa factores potenciales de riesgo para el desarrollo del bebé y la relación de la diada madre-hijo⁸².

Las estimaciones de prevalencia de síntomas de ansiedad clínicamente significativos se encuentran entre el 18 y el 43%^{81, 83}.

En su estudio, Doering y cols⁸⁴ identificaron como resultados principales que los padres que tenían prematuros ingresados en la UCIN experimentaban niveles altos de ansiedad, hostilidad y depresión. Otros factores, tales como un funcionamiento más pobre de la familia, menores niveles de apoyo social, y menor percepción de control se asociaron con niveles más altos de ansiedad, hostilidad y depresión y con una peor adaptación.

En una revisión sistemática de Obeidat y cols⁸⁵ se concluyó que los padres experimentan depresión, ansiedad, estrés y pérdida de control, y que oscilan entre los sentimientos de inclusión y exclusión relacionados con la prestación de asistencia sanitaria a su recién nacido. Estos sentimientos hacen que se debatan entre formar parte activa en los cuidados de sus hijos o mantenerse al margen dificultando aún más el establecimiento del vínculo necesario entre padres e hijo.

Los padres de los niños ingresados en UCIN experimentan múltiples estresores relacionados con el parto prematuro, la situación clínica del bebé rodeado de sensores, cables y tubos, la complejidad del entorno de la UCIN y la vulnerabilidad percibida del niño, el cual puede dejar de respirar o cambiar de color de forma repentina. A esto, debemos sumar estresores asociados con el proceso de transición normal a la paternidad⁸⁶.

También se observó en un grupo de madres de prematuros entre 25 y 34 semanas de gestación con un estilo de afrontamiento disfuncional, bajo apoyo social, depresión alta, ansiedad o síntomas traumáticos en respuesta al parto prematuro, que aparecían síntomas de ansiedad, depresión, estrés y elevada vulnerabilidad a los 6 meses del nacimiento, además de una pobre interacción madre-hijo⁸⁷.

Dentro del ambiente de la UCIN, los padres se van a encontrar con monitores y aparatos que continuamente pueden pitar y que sienten como una amenaza que indica que a su hijo le ocurre algo. Asimismo, el nivel de ruido, la iluminación, el aspecto de su hijo y el trato con el personal que cuida de su hijo pueden ser generadores de estrés.

Numerosos estudios analizados han demostrado que los padres con niños prematuros presentan más estrés respecto a los que han nacido a término, de hecho aumenta con edades gestacionales más bajas y menor peso al nacer. Asimismo, las madres sufren más estrés que los padres⁸⁸. Esta diferencia de género, también está presente en los síntomas de depresión y ansiedad, encontrando que el 10% de los padres van a presentar depresión postparto⁸⁹ frente al 19% de las madres⁷⁴. Además, estas cifras de depresión van a aumentar entre los hombres cuando existe un diagnóstico de depresión postparto en la madre y/o se asocia a síntomas de ansiedad⁸⁹.

En cuanto a la ansiedad, encontramos que va a estar presente entre el 4 y 18% de los padres⁸⁹ frente al 18-43% de las madres^{81, 83}.

El estrés va a depender de muchos factores y no sólo de la propia prematuridad. De hecho, se ha demostrado que los niveles de estrés parental van a ser mayores en las madres que han tenido un ingreso superior a las doce horas antes de que se produzca el parto prematuro frente a las que han tenido un parto más próximo al momento del ingreso⁹⁰. También hay presencia de mayor estrés cuando hay una ecografía prenatal en la que se ha diagnosticado algún tipo de problema en el futuro hijo⁹¹.

Los padres experimentan un estrés significativo mientras su bebé está en la UCIN, pero sus experiencias emocionales son mucho más amplias. Se sienten confiados en su decisión de dar una oportunidad a su hijo y siguen esperanzados en obtener un buen resultado sin importar la condición de su niño⁹². En este sentido, es muy importante el apoyo que perciben por parte del personal sanitario que cuida de su hijo, especialmente de enfermería.

Como sugieren los estudios anteriormente comentados, los síntomas que con más frecuencia se asocian a la vivencia del nacimiento prematuro o de un niño a término con patología y posterior ingreso en UCIN son el estrés, la depresión y la ansiedad. La prevalencia de estrés, depresión y ansiedad fue de 52%, 28% y 17%, respectivamente en el estudio de Misund y cols⁹³.

Está demostrado que existe una fuerte asociación entre el estrés y la depresión y la ansiedad. Algunos síntomas típicos de las personas con estrés van a estar presentes también en aquellas que presentan cuadros de depresión, como son las alteraciones de los patrones del apetito, del sueño y de la concentración. Asimismo, encontramos síntomas ansiosos como cefaleas, dolores gastrointestinales, mareos y dolor de pecho.

Así mismo, el hecho de presentar alteraciones psicológicas de este tipo puede interferir negativamente en la adaptación de los padres a la estancia de su hijo en la UCIN, no generando un afrontamiento efectivo que les permita continuar manteniendo un vínculo adecuado y participar en los cuidados de su hijo en la medida que sea posible. Igualmente puede hacer que en el momento de llevarse a su hijo a casa no se sientan

capaces de proporcionar los cuidados que precisa y, por tanto, no desempeñen un rol de padres adecuado.

De hecho, hay estudios que demuestran que cuando los niños alcanzan la edad de 7 años, los padres de los niños que han sido muy prematuros tenían más probabilidades de presentar síntomas de ansiedad de moderada a grave, mayores niveles de síntomas de depresión, y mayores niveles de estrés en los padres en comparación con los padres de los niños nacidos a término⁹⁴.

3.1. EL ESTRÉS Y FACTORES ASOCIADOS.

Se han descrito numerosas fuentes de estrés asociadas a embarazos de riesgo, partos prematuros y nacimiento de recién nacidos prematuros o con patología, planteándoles a los padres un desafío y la demanda de gran energía. El estrés está asociado a riesgos y problemas de índole física, emocional, ética y moral implicados en las gestaciones de alto riesgo⁹⁵:

- *Embarazo*: reiteradas hospitalizaciones, largos períodos en reposo, controles continuos, riesgo aumentado de patologías, medicación para la madre y el feto, etc.
- *Parto y nacimiento de recién nacido prematuro*: posibles secuelas, angustia y dudas por probables necesidades especiales y/o discapacidad del recién nacido, etc.
- *Post- parto y días subsiguientes*: internación de la díada en UCIN, posibilidad o no de amamantamiento, patología del RN, dificultad para la recuperación física y emocional mínima de la madre, etc.
- *Papás*: sometidos a intenso estrés que retroalimenta la situación de la díada madre-bebé.
- *Cambios de vida habitual*: carga financiera; merma de contacto cotidiano familiar, con los otros hijos, red social y gran aislamiento.

A lo largo de la historia, podemos encontrar varias definiciones de estrés, cuyo contenido ha variado en función de la consideración de la cantidad de estresores que se podían asociar:

- *Selye*: Fue el autor que lo describió por primera vez. Acuñó el término estrés dentro de la definición del Síndrome general de adaptación, el cual era “la suma de todas las reacciones sistémicas del cuerpo no específicas las cuales siguen después de una larga y continua exposición al estrés”. Más tarde incluiría la palabra estresor en lugar de estrés en su definición⁹⁶.
- *Lazarus y Folkman*: “Resultado de una relación entre el sujeto y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”⁹⁷.
- *Turcotte*: “Resultado de las transacciones entre la persona y su entorno, considerando que el origen del estrés puede ser positivo (oportunidad) o negativo (obligación), el resultado es la ruptura de la homeostasis psicológica o fisiológica, desencadenando emociones y movilizando las energías del organismo”⁹⁸.
- *Miles*: “Demanda que supera la capacidad de adaptación o los recursos de enfrentamiento del individuo, perturbando su equilibrio en forma momentánea o mantenida en el tiempo”⁹⁹.

En la actualidad, el término se utiliza para describir un proceso psicológico originado ante una exigencia al organismo, frente a la cuál éste no tiene información para proporcionarle una respuesta adecuada, activando un mecanismo de emergencia consistente en una activación psico-fisiológica que recoge más y mejor información, procesándola e interpretándola más rápida y eficientemente, lo que permite al organismo mostrar una respuesta adecuada a la demanda.

Recientemente, el estrés se aborda desde una perspectiva psicosocial, considerando que las condiciones sociales (apoyo social, aspecto socioeconómico, estatus marital, rol laboral, etc.) pueden estar implicadas en el origen de las experiencias estresantes, ya que las situaciones sociales son capaces de causar altos niveles de estrés, repercutiendo negativamente en la salud, calidad de vida y longevidad; desde esta perspectiva, la experiencia del estrés es entendida como una consecuencia inevitable de la organización social, y no tanto como antecedentes anormales de un trastorno, según se ha mantenido en la Psicología y la Medicina¹⁰⁰.

A pesar de que el estrés, en general, tiene una connotación negativa, debemos distinguir la existencia de dos tipos de estrés¹⁰¹:

- *Eustrés o estrés positivo*: es un proceso natural y habitual de adaptación, que consiste en una activación durante un período corto de tiempo con el objetivo de resolver una situación concreta que requiere más esfuerzo.
- *Distrés o estrés negativo*: es aquel que en un animal (incluido el ser humano) supera el potencial de homeostasis o equilibrio del organismo causándole fatiga, mayores niveles de ansiedad, de irritabilidad y de ira. El estrés mantenido puede provocar la aparición de consecuencias físicas, debidas al aumento del gasto de energía, una mayor rapidez de actuación, menor descanso del necesario y el consiguiente agotamiento de las fuerzas.

Los llamados estresores o factores estresantes son aquellas situaciones desencadenantes del estrés y pueden ser cualquier estímulo, externo o interno (tanto físico, químico, acústico o somático como sociocultural) que, de manera directa o indirecta, propicie la desestabilización en el equilibrio dinámico del organismo.

Las experiencias estresantes proceden de tres fuentes básicas¹⁰⁰:

- *el cuerpo*: fuente de estrés de carácter fisiológico, existiendo innumerables circunstancias en la vida que afectan al organismo como la dieta, los malos hábitos, los cambios de horario, falta de sueño, las nuevas enfermedades, los accidentes.
- *el entorno*: el hombre se debe adaptar a mantener horarios rígidos en su vida diaria, a sobrellevar las exigencias de las relaciones sociales, a soportar el ruido, la contaminación y las aglomeraciones de la gran ciudad, influyendo negativamente en su seguridad y su autoestima.
- *los pensamientos*: los individuos perciben de forma distinta la amenaza que representan las situaciones estresantes, haciendo uso de varias habilidades, recursos y capacidades, tanto personales como sociales, a fin de controlar esas situaciones potencialmente estresantes.

Lazarus y Folkman establecieron otra clasificación en la que hablan de 4 acontecimientos estresantes⁹⁷:

- *Los estresores únicos*: hacen referencia a cataclismos y cambios drásticos en las condiciones del entorno de vida de las personas y que, habitualmente, afectan a un gran número de ellas.
- *Los estresores múltiples*: afectan solo a una persona o a un pequeño grupo de ellas, y se corresponden con cambios significativos y de trascendencia vital para las personas.
- *Los estresores cotidianos*: se refieren al cúmulo de molestias, imprevistos y alteraciones en las pequeñas rutinas cotidianas.
- *Los estresores biogénicos*: son mecanismos físicos y químicos que disparan directamente la respuesta de estrés sin la mediación de los procesos psicológicos.

Atendiendo a la duración del estrés, se puede clasificar en ¹⁰²:

- *Estrés agudo*: es la forma de estrés más común y surge de las exigencias y presiones del pasado reciente y las exigencias y presiones anticipadas del futuro cercano. Es emocionante y fascinante en pequeñas dosis, pero cuando es demasiado, resulta agotador. Del mismo modo, exagerar con el estrés a corto plazo puede derivar en agonía emocional (combinación de irritabilidad, ansiedad y depresión), dolores de cabeza tensionales, malestar estomacal, dolor muscular y sobreexcitación pasajera que deriva en elevación de la presión sanguínea, ritmo cardíaco acelerado, transpiración de las palmas de las manos, palpitaciones, mareos, migrañas, manos o pies fríos, dificultad para respirar, y dolor en el pecho.
- *Estrés crónico*: surge cuando una persona nunca ve una salida a una situación deprimente. El sistema que regula las respuestas adaptativas se mantiene activo de forma continua y permanente. Sin esperanzas, la persona abandona la búsqueda de soluciones. Es el estrés de la pobreza, las familias disfuncionales, de verse atrapados en un matrimonio infeliz o en un empleo o carrera que se detesta. El peor aspecto del estrés crónico es que las personas

se acostumbran a él, se olvidan que existe. Las personas toman conciencia de inmediato del estrés agudo porque es nuevo; ignoran al estrés crónico porque es algo viejo, familiar y a veces hasta casi resulta cómodo. El estrés crónico puede derivar en suicidio, violencia, problemas cardiacos, problemas sexuales, ictus e incluso cáncer. Asimismo, se va a acompañar de alteración del sistema inmune, del apetito, el sueño, la memoria, la concentración y el aprendizaje. Las personas se desgastan hasta llegar a una crisis nerviosa final y fatal. Debido a que los recursos físicos y mentales se ven consumidos por el desgaste a largo plazo, los síntomas de estrés crónico son difíciles de tratar.

Como hemos visto en la bibliografía, el hecho de tener un hijo, prematuro o con algún tipo de enfermedad, que va a implicar su ingreso en la UCIN, puede generar niveles elevados de estrés. Los padres se van a ver sometidos a una experiencia para la que no están preparados en un ambiente con múltiples estresores como las alarmas de los monitores, el aparataje, la visión de su hijo dentro de una incubadora, la situación de inestabilidad de su hijo, la pérdida del rol cuidador, etc que van a exigir en poco tiempo una gran respuesta adaptativa.

En los casos más graves, podemos hablar del Trastorno por estrés postraumático, que el Manual diagnóstico y estadísticos de trastornos mentales en su quinta edición (DSM-5) establece que debe cumplir los siguientes criterios¹⁰³:

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., "Estoy mal", "No puedo confiar en nadie", "El mundo es muy peligroso", "Tengo los nervios destrozados").
 3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
 4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
 5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
 6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
- E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
 3. Hipervigilancia.
 4. Respuesta de sobresalto exagerada.
 5. Problemas de concentración.
 6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
- E. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Para estudiar esta respuesta, disponemos de varios instrumentos (Tabla 3) que nos pueden informar acerca del estrés generado en los padres como consecuencia del ingreso de sus hijos en la UCIN. La Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (PSS: NICU) es el instrumento más utilizado internacionalmente.

Tabla 3. Instrumentos de evaluación del estrés.

INSTRUMENTO	DESCRIPCIÓN
Cuestionario de Estrés en Padres de Niños Hospitalizados ¹⁰⁴ .	Consta de 37 ítems. Evalúa la experiencia estresante que para los padres supone la hospitalización de un hijo.
Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos ¹⁰⁵ .	Consta de 62 ítems. Evalúa la experiencia estresante que para los padres supone la hospitalización de un hijo en una UCIP.
Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. (PSS:NICU) ⁹⁹ .	Consta de 46 ítems. Evalúa el grado de estrés experimentado o percibido por los padres durante la hospitalización de su hijo en la UCIN
Escala de Estrés Parental ¹⁰⁶ .	Consta de 18 ítems. Evalúa el nivel de estrés que viven los progenitores ante su papel como padres/madres.

Fuente: Elaboración propia.

3.2. LA ANSIEDAD, LA DEPRESIÓN Y SUS MANIFESTACIONES.

En la bibliografía encontramos diferentes definiciones de ansiedad:

- *Lazarus*: “fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral o académico. Tiene la importante función de movilizarlos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente”¹⁰⁷.

- *Beck*: “percepción del individuo a nivel incorrecto, estando basada en falsas premisas”¹⁰⁸.
- *Miguel Tobal*: “una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión, aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser provocada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes. El tipo de estímulos (internos y externos) capaces de evocar la respuesta de ansiedad estará, en gran parte, determinado por las características del sujeto, existiendo notables diferencias individuales en cuanto a la propensión a manifestar reacciones de ansiedad ante las diversas situaciones”¹⁰⁹.

La ansiedad alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez¹⁰⁰.

La ansiedad a veces tiene una relación directa con una situación estresante para una persona, como puede ser el ingreso de un hijo prematuro o enfermo, y ante esa situación difícil pueden aparecer manifestaciones de ansiedad.

Según el DSM-5¹⁰³, los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Es evidente que ambas respuestas se solapan, aunque también se pueden diferenciar, estando el miedo frecuentemente asociado a accesos de activación

autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida, y la ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos.

Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiados.

Para estudiar la respuesta ansiosa, disponemos de varios instrumentos (Tabla 4) que nos pueden informar acerca del grado de ansiedad generado en los padres como consecuencia del ingreso de sus hijos en la UCIN. Para esta investigación, hemos utilizado la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger.

Tabla 4. Instrumentos de evaluación de la ansiedad.

INSTRUMENTO	DESCRIPCIÓN
Escala de Hamilton para la Evaluación de la Ansiedad (HRSA) ¹¹⁰ .	Consta de 14 ítems. Explora la ansiedad, la tensión, los síntomas neurovegetativos y los somáticos.
Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI) ¹¹¹ .	Consta de 2 escalas con 20 ítems cada una. Evalúa el nivel de ansiedad en el momento y habitual.
Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) ¹¹² .	Consta de 224 ítems. Evalúa la reactividad cognitiva, fisiológica y motora.
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) ¹¹³ .	Consta de 21 ítems. Evalúa aspectos motores, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad.
Escala de Ansiedad de Zung ¹¹⁴	Consta de 20 ítems. Evalúa la intensidad de la ansiedad.
Hospital, Ansiedad y Depresión (HAD) ¹¹⁵ .	Consta de 14 ítems y presenta dos subescalas para valorar estados transitorios de ansiedad y depresión.
Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) ¹¹⁶ .	Consta de 18 ítems y presenta dos subescalas para valorar ansiedad y depresión.

Fuente: Elaboración propia.

A lo largo de la literatura, encontramos numerosas definiciones de depresión:

- *Hollon y Beck*: “síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva”¹¹⁷.
- *Breton*: “trastorno anímico o afectivo, en el cual hay un cambio en el estado de ánimo”¹¹⁸.
- *Márquez*: “falta o déficit de energía psíquica. Energía psíquica es aquella fuerza que vivifica y anima y que procede de unas relaciones satisfactorias con el ambiente y con uno mismo”¹¹⁹.
- *Organización Mundial de la Salud (OMS)*: trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración¹²⁰.

El DSM-5¹⁰³, detalla la sintomatología de la depresión mayor sosteniendo que se deben cumplir algunos de los siguientes criterios diagnósticos:

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante un período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o

disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A—C constituyen un episodio de depresión mayor.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

En algunos casos, esta depresión va a venir acompañada de ansiedad, por lo que en DSM-5 se añaden los criterios diagnósticos de la depresión mayor con ansiedad.

La ansiedad se define como la presencia de dos o más de los síntomas siguientes durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor o trastorno depresivo persistente (distimia):

1. Se siente nervioso o tenso.
2. Se siente inhabitualmente inquieto.
3. Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones.
4. Miedo a que pueda suceder algo terrible.
5. El individuo siente que podría perder el control de sí mismo.

Además se debe especificar la gravedad actual:

- *Leve*: Dos síntomas.
- *Moderado*: Tres síntomas.
- *Moderado-severo*: Cuatro o cinco síntomas.
- *Grave*: Cuatro o cinco síntomas y con agitación motora.

Para estudiar la respuesta depresiva, disponemos de varios instrumentos (Tabla 5) que nos pueden informar acerca del grado de depresión generado en los padres como consecuencia del ingreso de sus hijos en la UCIN. Para esta investigación, hemos utilizado el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

Tabla 5. Instrumentos de evaluación de la depresión.

INSTRUMENTO	DESCRIPCIÓN
Test Psicométrico de Depresión de Hamilton (HDRS) ¹²¹ .	Consta de 17 ítems. Evalúa síntomas somáticos, cognitivos, del estado de ánimo y psicomotores.
Escala de depresión de Zung ¹²² .	Consta de 20 ítems. Evalúa síntomas somáticos, cognitivos, del estado de ánimo y psicomotores.
Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) ¹²³ .	Consta de 10 ítems. Evalúa síntomas depresivos durante el periodo postparto.

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) ¹²⁴ .	Consta de 21 ítems. Evalúa aspectos motores, fisiológicos y cognitivos de la depresión.
Versión Breve del Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión: Breve CET-D ¹²⁵ .	Consta de 16 ítems. Evalúa el humor depresivo, anergia, discomunicación y ritmopatía.

Fuente: Elaboración propia.

Es frecuente que las mujeres con episodios depresivos mayores posparto presenten una gran ansiedad, crisis de angustia, llanto espontáneo mucho después de lo que suele durar la tristeza posparto (p. ej., 3-7 días posparto), desinterés por el nuevo hijo e insomnio (que es más probable que se manifieste como dificultad para conciliar el sueño que como despertar precoz).

Muchas mujeres se sienten especialmente culpables por tener sentimientos depresivos cuando creen que deberían estar contentas. Pueden ser reticentes a manifestar sus síntomas o sus sentimientos negativos sobre el niño. El resultado de la enfermedad por sí misma o de la separación del hijo puede dar lugar a una deficiente relación madre-hijo¹²⁶.

El duelo es un factor de estrés psicosocial grave que puede precipitar un episodio depresivo mayor en una persona vulnerable, que suele comenzar poco tiempo después de la pérdida y que puede añadir un riesgo adicional para el sufrimiento, los sentimientos de inutilidad, la ideación suicida, una peor salud física y un deterioro en el funcionamiento interpersonal y laboral. En los casos en que el hijo se encuentra muy grave en la UCIN nos podemos encontrar casos de duelo anticipado en los padres.

A pesar de que la ansiedad y la depresión se consideran categorías diagnósticas diferentes, suelen estar íntimamente relacionadas. De hecho, existen varios instrumentos que analizan las respuestas ansiosa y depresiva dentro del mismo cuestionario con dos subescalas.

La explicación más clara se refiere a la depresión que surge de un intento de solucionar un problema. La solución del problema supone un esfuerzo que genera una ansiedad que se va incrementando a medida que se comprueba que no se puede solucionar el problema. En ese momento aparece la depresión, pero lógicamente no se

abandona del todo el intento de solución del problema con lo cual la ansiedad persiste asociada a la depresión.

Aunque los porcentajes pueden variar en función del tipo de trastorno de ansiedad o depresión que se considere, aproximadamente la mitad de todos los pacientes diagnosticados con un trastorno de ansiedad también cumplen los criterios para un trastorno depresivo y viceversa¹²⁷, como vemos en la tabla 6.

Numerosos estudios^{81, 128-131} hablan de la presencia de hallazgos a favor de la existencia de una relación importante entre la ansiedad y la depresión, describiéndose una alta comorbilidad diagnóstica entre ambos trastornos. Asimismo, otros estudios han encontrado hallazgos de que la ansiedad es precursora de la depresión.

Además del estrés, la ansiedad y depresión esperados, nos vamos a encontrar con otras reacciones como miedo, fatiga y sueño disruptivo⁷². También podrían aparecer desamparo, frustración, culpa y enojo¹³².

Tabla 6. Resumen de síntomas distintivos y comunes de la depresión y la ansiedad.

Síntomas específicos de depresión	Síntomas comunes de depresión y ansiedad	Síntomas específicos de ansiedad
SÍNTOMAS AFECTIVOS		
- Estado de ánimo deprimido o triste	- Irritabilidad - Llorar - Afecto negativo (malestar)	- Estado de ánimo ansioso o miedo extremo
SÍNTOMAS CONDUCTUALES/MOTIVACIONALES		
- Disminución del placer - Disminución del interés - Enlentecimiento psicomotor - Actos suicidas	- Agitación e inquietud - Fatigabilidad o pérdida de energía - Descenso de la actividad - Deterioro del rendimiento - Disminución de la libido	- Evitación agorafóbica - Evitación fóbica - Compulsiones
SÍNTOMAS SOMÁTICOS		
- Despertar precoz	- Dificultades en dormir - Dificultades en mantener el sueño - Ataques de pánico - Disminución del apetito - Pérdida significativa de peso	- Hiperactividad vegetativa: falta de aliento o ahogo, taquicardias, sudoración, boca seca, trastornos abdominales, sofocaciones o escalofríos, micción frecuente, y dificultades para tragar - Tensión motora: temblor, contracciones o sacudidas, y tensión o dolor muscular
SÍNTOMAS COGNITIVOS		
- Pensamientos de pérdida o fallo - Ideas recurrentes de muerte o suicidio - Desesperanza	- Dificultades para concentrarse - Pensamientos excesivos de inutilidad o culpa - Indefensión - Preocupación no realista y excesiva - Pérdida de confianza - Indecisión	- Hipervigilancia: pensamientos de amenaza y de estar en peligro

Fuente: Sanz Fernández, J. (1992).

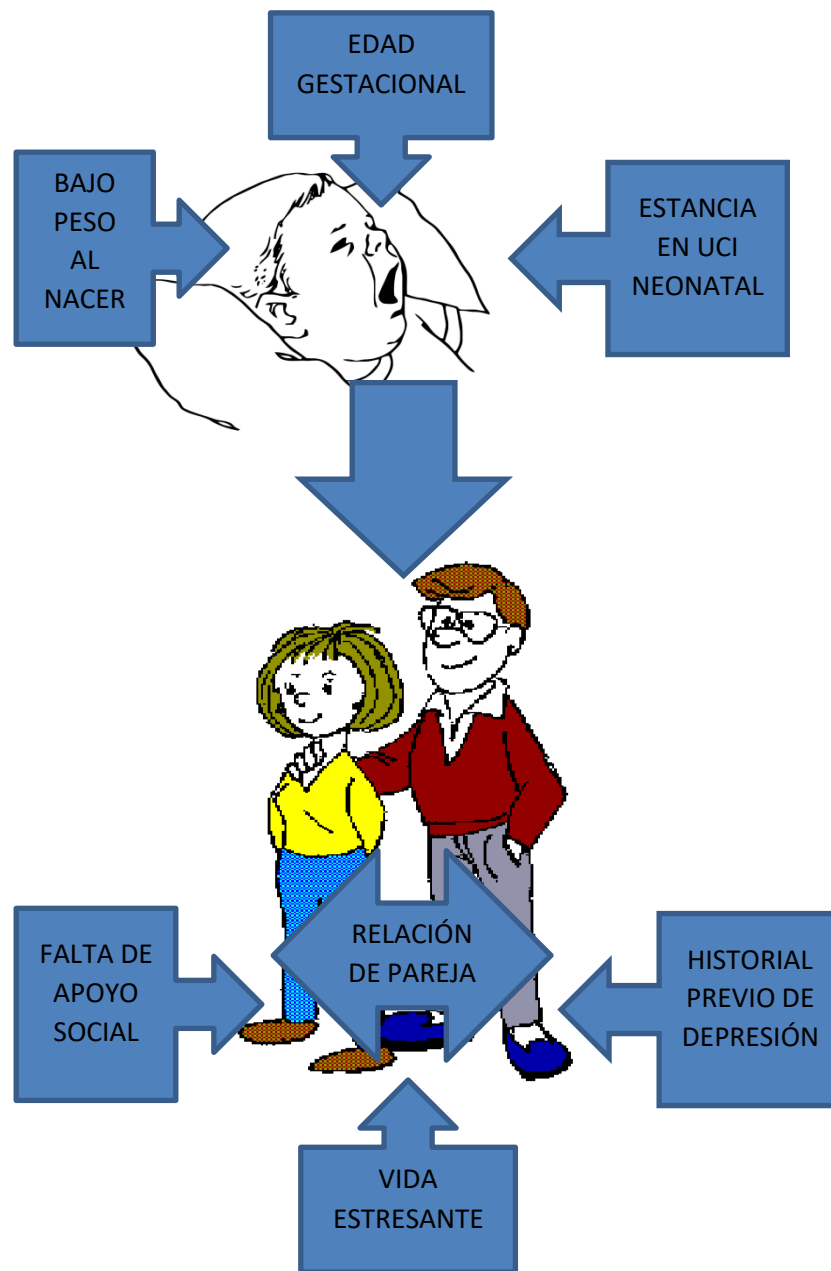
3.3. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RESPUESTA DE LOS PADRES.

La hospitalización de un niño en la UCIN va a generar una crisis para los padres. Independientemente de la severidad de la enfermedad, incluso con hospitalizaciones a muy corto plazo, los padres van a vivir la situación como traumática⁷². Para ellos, la UCIN es extraña y su medio ambiente plantea algunos obstáculos como el aislamiento del bebé en la incubadora, ruidos, técnicas invasivas, alta tecnología, etc, que van a mostrar al bebé en una situación de riesgo vital¹³¹.

No todos los padres de niños ingresados en UCIN presentan necesariamente síntomas clínicos de estrés, ansiedad y/o depresión, aunque cuando aparecen se suele producir un encadenamiento de los mismos. Diversos estudios señalan que existen una serie de factores/variables tanto clínicas relacionadas con la gestación y el estado del recién nacido como sociodemográficas que se relacionan con una mayor alteración psicológica (Figura 1). Estas son, entre otras:

- Menor edad gestacional^{71, 132-135}.
- Bajo peso al nacer^{71, 132-135}.
- Mayor estancia en la UCIN^{71, 132-134, 136}.
- El mayor riesgo neonatal^{131, 133, 136, 137}.
- Historial previo de depresión¹³⁸.
- Falta de apoyo social-económico^{131, 138-140}.
- Conflictos matrimoniales^{135, 138}.
- Vida estresante^{133, 138, 141}.
- Padres jóvenes¹³⁷.
- Niveles elevados de ruido e iluminación¹⁴².

Figura 1. Factores que influyen en la respuesta de los padres.



Fuente: Elaboración propia.

4. OBJETIVOS

Como se ha descrito en el marco teórico, el ingreso de un hijo en la UCIN es una situación que no deja indiferente a ningún progenitor. Este estudio pretende conocer las reacciones de estrés, ansiedad y depresión que pueden aparecer en los padres de hijos que nacen prematuros o término y que tienen que ser ingresados en una UCIN por

un tiempo indeterminado, y que, en algunos casos, puede acabar en fallecimiento del mismo o la presencia de profundas secuelas de cara al futuro.

La intensidad de estas reacciones que pueden aparecer en los padres se puede ver afectada por una serie de factores que en nuestro estudio son variables sociodemográficas y clínicas.

Por tanto, se pretende hacer un estudio cuyos objetivos son:

1. Explorar los niveles de estrés, ansiedad y depresión en padres de recién nacidos ingresados en una UCIN.
2. Identificar si variables sociodemográficas de los padres (tales como el sexo, la edad, nivel socioeconómico, etc), así como variables clínicas relacionadas con la gestación y el neonato (tales como semanas de gestación, duración del ingreso, etc) están relacionadas con los niveles de estrés, ansiedad y depresión que exhiben los padres.
3. Determinar la evolución de las consecuencias psicológicas en ambos progenitores a lo largo del tiempo.

Los objetivos del estudio quedan reflejados en la figura 2, dónde se relaciona el acontecimiento vital estresante (ingreso hospitalario en UCIN del recién nacido) con una serie de reacciones negativas que pueden aparecer en los padres asociadas a dicho ingreso. Estas reacciones se pueden ver influenciadas por una serie de factores que podrían actuar aumentando o disminuyendo la intensidad de las mismas.

Figura 2. Factores influyentes en la reacción paterna.



Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO II.
METODOLOGÍA

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El ingreso de un hijo recién nacido en una UCIN está asociado a una serie de reacciones psicológicas en los padres, la intensidad de las cuales pueden relacionarse con variables de tipo sociodemográfico y clínico de los recién nacidos.

2. DISEÑO

Estudio descriptivo observacional longitudinal que se ha realizado en cuatro fases:

1. A partir del séptimo día de ingreso en UCIN (01/09/2012 – 30/09/2013).
2. Primera semana tras el traslado al Servicio de Neonatología (19/09/2012 – 18/11/2013).
3. Última semana previa al alta a domicilio (24/09/2012 – 26/11/2013).
4. A los seis meses de vida del neonato en el domicilio (Vía correo electrónico) (18/03/2013 – 31/03/2014).

3. POBLACIÓN Y MUESTRA

En este estudio, la población ha estado formada por el total de las familias (padre-madre, madre-madre o madre sola) de recién nacidos que han ingresado en la UCIN del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Nivel III-B), que es el hospital de referencia de la Región de Murcia. En el periodo de estudio del 1 de Septiembre de 2012 hasta el 30 de Septiembre de 2013 ingresaron un total de 252 recién nacidos, de los cuales el 38.5% eran niñas y 61.5% eran niños. Del total, el 12.7% de los recién nacidos eran gemelares (Figura 3).

Para formar parte de este estudio, se debían cumplir los siguientes criterios de inclusión:

- Permanecer ingresados más de siete días en la UCIN.
- Traslado al Servicio de Neonatología del citado hospital para posteriormente ser dados de alta a su domicilio.
- No existir barrera idiomática.
- Pertener a la tutela de los padres.
- Localizar a los padres durante las dos primeras semanas de ingreso en UCIN.

Del total de recién nacidos ingresados, 62.3% cumplían los criterios de inclusión.

Las familias incluidas en este estudio fueron aquellas que aceptaron participar voluntariamente en el mismo. A pesar de cumplir todos los criterios de inclusión, a las familias de 33 recién nacidos (12 niñas y 21 niños) se les entregó el cuestionario y no lo devolvieron respondido. Ninguna familia a la que se le ofreció participar, se negó a hacerlo.

Analizando las características clínicas de los recién nacidos recogidas (Apgar al minuto y a los 5 minutos, semanas de gestación y peso) tanto en las familias incluidas como en las excluidas (familias que no cumplen criterios de inclusión y familias que los cumplen, pero que no devolvieron el cuestionario respondido a pesar de aceptar participar en el estudio) obtenemos que no existen diferencias significativas entre ambas muestras.

La muestra final ha estado formada por las familias de 157 recién nacidos, de los cuales el 38.2% eran niñas y el 61.8% eran niños. Del total, el 17.8% de los recién nacidos eran gemelares.

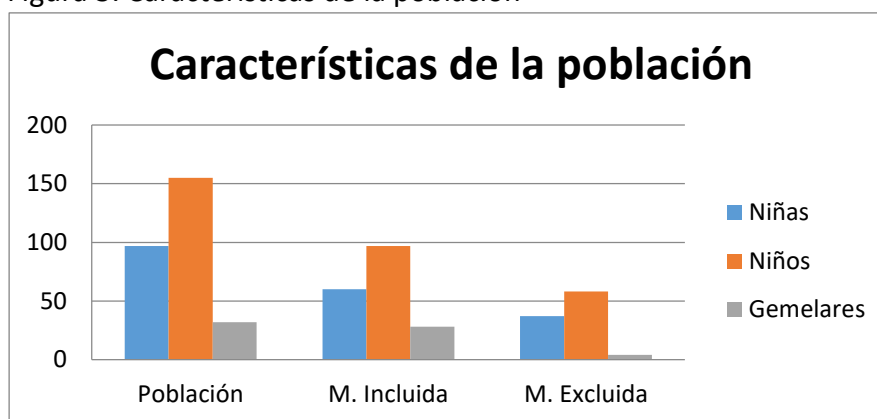
Se han excluido del estudio a las familias de 95 recién nacidos que no cumplían los criterios, de los cuales, el 38.9% eran niñas y el 61.1% eran niños. Del total, el 4.2% eran gemelares.

La UCIN cuenta con un total de dieciséis camas, ampliables hasta diecinueve, distribuidas en cuatro boxes de cuatro camas cada uno y un quinto box de tres camas que habitualmente se encuentra cerrado y es utilizado cuando aumenta la demanda asistencial o es necesario aislar a algún neonato. Es una UCIN de puertas abiertas, de

modo que los padres pueden permanecer las 24 horas en el servicio junto a sus hijos. Los familiares tienen un periodo de 30 minutos para ver a los niños ingresados al día.

El estudio se ha realizado en un contexto natural, lo que confiere “validez ecológica” a los resultados encontrados, es decir, el análisis de los datos se realizó en un contexto de experiencia inmediata al nacimiento del bebé y de su ingreso en la UCIN.

Figura 3. Características de la población

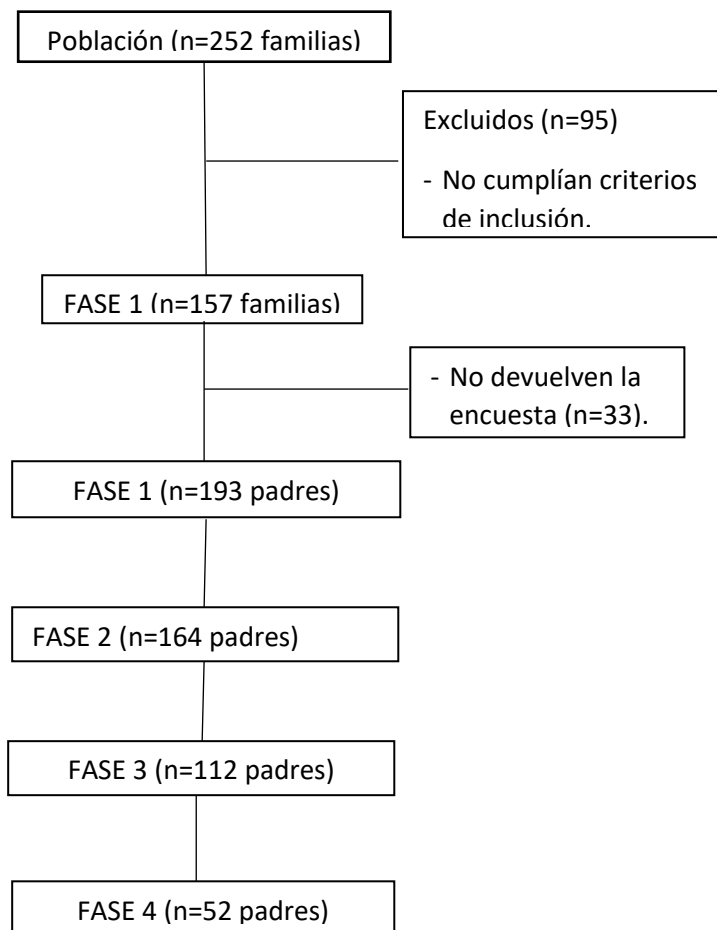


La muestra ha ido disminuyendo a lo largo de los cuatro momentos o fases en los que se entregaba el protocolo de investigación como consecuencia de las pérdidas de respuesta o bien porque se iban de alta sin que se les pudiese entregar alguno de los cuadernillos.

- 1º. A partir del séptimo día de ingreso en UCIN. La muestra ha estado formada por 157 familias, obteniendo un total de 193 cuestionarios respondidos.
- 2º. Primera semana tras el traslado al Servicio de Neonatología. Se han recogido un total de 164 cuestionarios respondidos.
- 3º. Última semana previa al alta a domicilio. Se han conseguido un total de 112 cuestionarios respondidos.
- 4º. A los seis meses de vida del neonato en el domicilio (vía correo electrónico). Se ha obtenido respuesta a 52 cuestionarios on-line.

Por tanto, a lo largo de las cuatro fases ha habido una pérdida de 141 cuestionarios.

Figura 4. Muestra en las 4 fases del estudio.



Fuente: Elaboración propia.

4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Para el desarrollo del estudio, se han diseñado 4 cuadernillos autoaplicados de recogida de datos, uno para cada fase de la evaluación. Las variables recogidas en cada fase incluyen datos sociodemográficos de los padres y clínicos relacionados con el recién nacido y la gestación. Además, el cuadernillo de evaluación incluye cuestionarios validados internacionalmente para la evaluación de las principales variables psicológicas del estudio, tales como ansiedad, depresión y estrés parental asociado al ingreso en UCIN.

4.1. CUESTIONARIOS EMPLEADOS PARA LA EVALUACIÓN DE VARIABLES PSICOLÓGICAS

4.1.1. ESCALA DE ESTRÉS PARENTAL: UCI NEONATAL (PSS: NICU)

La Escala de estrés parental: unidad de cuidados intensivos neonatales (PSS: NICU)⁹⁹ (Anexo I) es un instrumento autoaplicado de 46 ítems que mide el grado de estrés experimentado o percibido por los padres durante la hospitalización de su hijo en la UCIN con una escala lickert de cinco opciones cuyo rango oscila entre 46 y 190 puntos:

1. No ha sido estresante en absoluto: la experiencia no le hizo sentir ansioso, nervioso o tenso.
2. Un poco estresante.
3. Moderadamente estresante.
4. Muy estresante.
5. Extremadamente estresante: la experiencia le enfadó y le causó una gran ansiedad o tensión.

Consta de cuatro subescalas que miden el estrés relacionado con:

- Luces y sonidos de la unidad (5 ítems).
- Aspecto y comportamiento del bebé (19 ítems).
- Impacto en el rol parental y su relación con el bebé (10 ítems).
- Comportamiento y comunicación de los padres con los profesionales sanitarios (11 ítems).

Finalmente hay un ítem que pregunta por la experiencia estresante en general de tener al bebé ingresado en la UCIN.

Existe una versión corta del cuestionario utilizada por varios investigadores que se centra únicamente en las 3 primeras dimensiones del cuestionario, sin tener en cuenta el comportamiento y comunicación con los profesionales sanitarios y la experiencia estresante en general.

Una vez evaluado el cuestionario obtenemos una puntuación media para cada una de las cuatro subescalas y otra puntuación media general. Con estos datos podemos obtener diferentes tipos de información:

- *Nivel de ocurrencia de estrés (Métrica 1)*: mide el nivel de estrés experimentado por los padres relacionado con una situación particular, en cuyo caso solo los padres que han recibido la experiencia estresante puntúan el ítem. Los que no la han vivido marcan No aplicable y, por tanto, puntúa como cero. El resultado final se calcula realizando el promedio de los ítems que fueron experimentados en cada subescala y para la escala final.
- *Nivel total de estrés (Métrica 2)*: mide el estrés total experimentado por los padres relacionado con el medio ambiente de la UCIN. En este caso, un padre que no informo experimentar el estrés por una situación en particular se anotó uno, lo que indica que ningún estrés era evidente, tanto si había experimentado la situación como si no.
- *Frecuencia de estrés (Métrica 3)*: mide el número de situaciones experimentadas por los padres en cada una de las subescalas y la experiencia total. Estas puntuaciones indican el número total de elementos estresantes que los padres han experimentado al tener a su bebé en la UCIN.

Presenta una elevada fiabilidad, ya que el coeficiente α de Cronbach obtenido es de 0.92.

4.1.2. INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI)

Cuestionario creado por Spielberger, Gorsuch, Lushene¹¹¹. La adaptación española utilizada para esta investigación es la octava edición, revisada y ampliada realizada por Buela, Guillen y Seisdedos¹⁴³.

El cuestionario comprende escalas separadas de autoevaluación que miden 2 formas independientes de ansiedad, como estado y como rasgo.

La ansiedad estado (A/E) se define como un estado o condición emocional transitoria del organismo, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos de tensión y aprensión, así como una hiperactividad del sistema nervioso autónomo, la cual puede fluctuar en intensidad y variar en el tiempo.

La ansiedad rasgo (A/R) define una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras, elevando su ansiedad estado.

Poseen una buena consistencia interna medida con el coeficiente α de Cronbach que varía entre 0.89 y 0.95 para la escala ansiedad estado y entre 0.82 y 0.91 para la escala ansiedad rasgo.

Cada escala (A/E y A/R) consta de 20 ítems con cuatro opciones de respuesta puntuadas desde 0 hasta 3, de manera que el sumatorio final oscila entre 0 y 60 puntos por escala.

Para la evaluación, los baremos difieren en función del sexo y la escala y se analizan en centiles (Tabla 7).

Tabla 7. Baremo de la escala de ansiedad estado rasgo

	VARONES		MUJERES	
	ESTADO	RASGO	ESTADO	RASGO
MEDIA (DT)	20,54 (10,56)	20,19 (9,10)	23,30 (8,89)	24,99 (10,05)
P25	14	14	15	17
P50	19	19	21	24
P75	28	25	31	32
P99	47-60	46-60	54-60	49-60

Fuente: Buela, Guillen y Seisdedos, 2011.

4.1.3. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II (BDI-II)

El BDI-II, de Beck, Steer y Brown¹²⁴, consta de 21 ítems o grupos de afirmaciones que reflejan síntomas afectivos, cognitivos, somáticos y vegetativos de depresión. La adaptación española ha sido realizada por Sanz y Vázquez¹⁴⁴.

Los 21 grupos de afirmaciones contienen 4 opciones de respuesta, puntuadas con 0, 1, 2 o 3 puntos, de modo que el sumatorio final oscila entre 0 y 63 puntos. Con el fin de establecer los distintos grados de depresión, se han establecido unos rangos de corte que podemos observar en la tabla 8.

Tabla 8. Baremo de la escala de depresión de Beck-II

PUNTUACIONES TOTALES	RANGO
0-13	Mínima
14-19	Leve
20-28	Moderada
29-63	Grave

Fuente: Beck AT, Steer RA y Brown GK, 1996.

Es un instrumento que presenta una fiabilidad alta, ya que ha conseguido un coeficiente α de Cronbach de 0.92 para pacientes externos y 0.93 para estudiantes universitarios en su versión original. Asimismo, la adaptación española también presenta una elevada fiabilidad, ya que el coeficiente α de Cronbach obtenido para muestras de pacientes externos oscilo entre 0.89 y 0.91.

4.2. PROTOCOLOS DE EVALUACIÓN.

A continuación, detallamos todos los ítems que contiene cada uno de los cuadernillos o protocolos de evaluación y el momento o fase en el que se aplica (Tabla 9). Al final de cada protocolo, queda un espacio en blanco en el que se les ofrece la opción de realizar algún comentario si lo creen oportuno.

Tabla 9. Estructura de los protocolos de investigación

	FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4
Variables sociodemográficas	X	X	X	X
Variables clínicas	X	X	X	X
Ansiedad estado	X	X	X	X
Ansiedad rasgo	X			X
BDI-II	X	X	X	X
PSS: UCIN	X			

Fuente: Elaboración propia.

4.2.1. FASE 1. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE PADRES DE NEONATOS INGRESADOS I (Anexo II)

El cuadernillo de evaluación entregado a los padres tras la primera semana del ingreso en UCIN recoge las siguientes variables:

- Variables sociodemográficas:
 - Sexo.
 - Edad.
 - Nacionalidad.
 - Estado civil.
 - Personas que conviven en el domicilio.
 - Nivel de estudios.
 - Situación laboral.
 - Ingresos mensuales.
 - Número de hijos incluyendo el ingresado.

- Variables clínicas:
 - Conocimiento de la existencia de las unidades de UCIN y Neonatología.
 - Hijos previos ingresados en UCIN.
 - Tipo de concepción del recién nacido.
 - Consumo de sustancias durante la gestación (alcohol, tabaco, drogas, medicamentos).
 - Abortos previos.
 - Embarazo controlado por personal sanitario.
 - Tipo de parto.
 - Semanas de gestación al nacimiento.
 - Peso al nacimiento del recién nacido.
 - Motivo de ingreso del recién nacido.
 - Causa del nacimiento prematuro.

- Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).

- Escala de Depresión de Beck (BDI-II).
- Escala de Estrés parental UCIN (PSS: NICU). Se entrega simultáneamente, aunque en un cuaderno separado para hacer más manejable el formato para la respuesta de los padres.

4.2.2. FASE 2. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE PADRES DE NEONATOS INGRESADOS II (Anexo III).

Protocolo entregado a los padres en el Servicio de Neonatología tras el traslado desde UCIN. Consta de las siguientes partes:

- Variables demográficas:
 - Sexo.
- Variables clínicas:
 - Tiempo de ingreso en UCIN.
 - Sometido a proceso quirúrgico.
 - Ofrecimiento del Servicio de Psicología clínica durante la estancia en UCIN.
- Escala de Ansiedad Estado (STAI): Solo se incluye la subescala estado, ya que el rasgo es propio de la persona y no varía en 6 meses.
- Escala de Depresión de Beck (BDI-II).

4.2.3. FASE 3. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE PADRES DE NEONATOS INGRESADOS III (Anexo IV).

Protocolo entregado la última semana de ingreso en el Servicio de Neonatología previo al alta a domicilio del recién nacido. Consta de las siguientes partes:

- Variables demográficas:
 - Sexo.
- Variables clínicas:
 - Tiempo de ingreso en Neonatología.
 - Participación activa en los cuidados del recién nacido (baño, alimentación, método canguro, cambio de pañal).

- Ofrecimiento del Servicio de Psicología clínica durante la estancia en Neonatología.
- Escala de Ansiedad Estado (STAI): Solo se incluye la subescala estado, ya que el rasgo es propio de la persona y no varía en 6 meses.
- Escala de Depresión de Beck (BDI-II).

4.2.4. FASE 4. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE PADRES DE NEONATOS INGRESADOS IV (Anexo V).

Protocolo entregado a los padres a los seis meses de vida del recién nacido vía correo electrónico, el cual se les solicitó el día que firmaron el consentimiento informado junto al protocolo de evaluación de padres de neonatos ingresados I, entregado tras la primera semana de estancia del recién nacido en UCIN. Con el fin de obtener respuesta se realizó el envío del cuestionario desde la plataforma de encuestas de la Universidad de Murcia hasta en tres ocasiones. Consta de varias partes claramente diferenciadas:

- Variables sociodemográficas:
 - Sexo.
 - Situación laboral.
 - Ingresos mensuales.
 - Estado civil.
 - Personas que conviven en el domicilio.
- Variables clínicas:
 - Disponibilidad de ayuda para el cuidado del hijo.
 - Cuidados especiales al alta del recién nacido (oxígeno, colostomía, traqueotomía, gastrostomía, otros).
 - Recibe apoyo del Servicio de Hospitalización a domicilio pediátrico.
 - Resolución de los cuidados especiales que tenía.
 - Salida fuera de Murcia para recibir tratamiento.
 - Reingresos en el hospital tras el alta.

- Número de revisiones.
- Acude al Servicio de Atención temprana.
- Tratamiento psicológico de los padres.
- Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).
- Escala de Depresión de Beck (BDI-II).

5. PROCEDIMIENTO

Como paso previo al inicio del presente estudio se obtuvo permiso para poder utilizar las escalas de evaluación (STAI, BDI-II y PSS: NICU). Una vez diseñado el protocolo de investigación se solicitó un informe a la Comisión de Bioética de la Universidad de Murcia, obteniendo por unanimidad el visto bueno con fecha 12 de Marzo de 2012 (Anexo VI). Asimismo, se solicitó el permiso para realizar el estudio al Director Gerente del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, obteniendo el permiso para el inicio del mismo con fecha 15 de Marzo de 2012 (Anexo VII). También se solicitó informe favorable de la Comisión de Bioética del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, respondiendo que no era necesario ya que el estudio no era experimental y los padres podían o no acceder voluntariamente a participar en el estudio.

Antes de la puesta en marcha de la investigación se informó al Jefe de Sección médico, a la Supervisora de Enfermería y al resto de los compañeros de la UCIN y de Neonatología del inicio del mismo y de la existencia de un buzón en ambos servicios en el que podían depositar los cuadernillos respondidos que les entregasen los padres.

Para la realización del estudio se diseñó una tabla donde se registraban todos los niños que ingresaban en UCIN, recopilando los siguientes datos: número de identificación asignado, nombre y apellidos del niño, nombre de los padres, fecha de nacimiento, fecha de ingreso, cama en UCIN, fecha de alta de UCIN, cama en Neonatología, fecha de alta a su domicilio, correo electrónico, así como las fechas en las que se entregaba y recogía cada uno de los protocolos de investigación. Además de estos datos, se recogían también datos clínicos del recién nacido como peso, Apgar y

edad gestacional. Sobre este listado se marcaban aquellos niños que eran excluidos del estudio por no cumplir alguno de los criterios de inclusión o bien aquellos que, a pesar de haber aceptado inicialmente participar en el estudio, no devolvieron respondido el cuadernillo de investigación durante su estancia en UCIN.

Para la entrega del primer protocolo de evaluación a los padres de los recién nacidos ingresados en UCIN aprovechaba mi presencia en la unidad como trabajador (enfermero) y me dirigía personalmente a ellos tras la información médica o bien durante el periodo de visita de su hijo. Tras mi presentación como enfermero de la UCIN les informaba del objetivo, la cronología y las partes que componían el estudio. Asimismo, les informaba de que la participación era voluntaria, del carácter anónimo de los datos recogidos y de la necesidad del consentimiento informado.

Junto al primer protocolo de evaluación se les entregaba un documento que contenía las instrucciones generales para completar el cuadernillo y el consentimiento informado dónde se les indicaba, por escrito, las características del estudio, así como el carácter anónimo de los datos que en ella se reflejasen. Asimismo, se les informaba de que sus datos personales serían protegidos e incluidos en un fichero que estaría sometido a y con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de Diciembre de protección de datos (Anexo VIII). Además, se les solicitaba el correo electrónico para poder enviarles vía internet el último protocolo de evaluación.

A los padres que aceptaban participar en el estudio se les entregaba el protocolo de evaluación y el consentimiento informado para que lo completasen en el domicilio. Para finalizar, y tras responder a sus dudas, les informaba de que una vez completado el cuestionario podían entregárselo a cualquier compañero de la unidad para hacérmelo llegar. Posteriormente, se recogían los cuadernillos del buzón, comunicándonos con aquellos padres que no lo habían depositado por si les suscitaba alguna duda, aduciendo generalmente a la falta de tiempo. Durante toda la estancia del niño en la unidad me acercaba a hablar un rato con los padres para preguntarles por el estado de su hijo y cómo se encontraban.

El segundo protocolo se les entregaba en mano en el Servicio de Neonatología del citado hospital durante la primera semana tras el alta de UCIN, con posterior recogida personal o a través de los compañeros de la unidad.

El tercer protocolo también se entregaba y recogía de la misma forma durante la última semana de ingreso en el Servicio de Neonatología, previo al alta al domicilio. Para conocer cuando sería la posible fecha de alta solicitaba información a los facultativos y a los padres con la finalidad de tener las menores pérdidas posibles de muestra. Durante toda su estancia en Neonatología también visitaba a los padres cada cinco días coincidiendo con mi ciclo de trabajo.

El último protocolo de evaluación se recogía una vez que el niño había cumplido los 6 meses de vida y consistía en una encuesta, la cual se diseñó aprovechando la plataforma de encuestas web de la Universidad de Murcia, a la que debían responder los padres clicando sobre las opciones disponibles o completando los espacios en blanco. Una vez completada, los datos eran enviados al investigador para su explotación.

Se enviaba al correo electrónico, proporcionado por los padres junto al consentimiento informado, las instrucciones para completar el cuestionario web junto a un enlace final que los derivaba a la página web de encuestas de la Universidad de Murcia.

6. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis estadístico descriptivo de la muestra se han empleado los métodos descriptivos básicos, de modo que, para las variables cualitativas, se ha obtenido el número de casos presentes en cada categoría y el porcentaje correspondiente; y para las variables cuantitativas, los valores mínimo, máximo, media y desviación típica.

Los índices de consistencia interna, medidos con el α de Cronbach, alcanzados en nuestra muestra aparecen reflejados en la tabla 10.

Tabla 10. Cronbach obtenido en las escalas en cada fase.

ESCALA	FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4
PSS:NICU	0,73			
ANSIEDAD ESTADO	0,62	0,64	0,64	0,65
ANSIEDAD RASGO	0,63			0,67
BDI-II	0,75	0,75	0,75	0,75

Fuente: Elaboración propia.

Para la realización de los análisis bivariados de las variables sociodemográficas se han eliminado la variable nacionalidad por la escasa variación y se ha optado por la agrupación de variables con poca diversidad con el fin de obtener datos más significativos. Por este motivo, se han agrupado de la siguiente manera:

- Variable *estado civil* en Pareja (casados y pareja de hecho) y Sin pareja (solteros y separados o divorciados).
- Variable *estudios* en Sin estudios/Primarios, Secundarios y Universitarios.
- Variable *situación laboral* en Desempleado, Temporal y Fijo.
- Variable *nivel de ingresos* en <1000, 1000-2000 y >2000 euros.

Para la realización de los análisis bivariados de las variables clínicas relacionadas con la gestación y el recién nacido en la fase uno se han eliminado las variables consumo de alcohol, tabaco, drogas y medicamentos y embarazo controlado por la escasa variación y se ha optado por la agrupación de variables con poca diversidad con el fin de obtener datos más significativos. Por este motivo, se han agrupado de la siguiente manera:

- Variable *concepción* en Naturales y Artificiales (in vitro e inseminación artificial).
- Variable *aborto previo* en No o Si ha existido (natural, voluntario y de ambos tipos).
- Variable *motivo de ingreso* en Prematuridad, Problemas respiratorios y Otros (problemas digestivos, renales, riesgo infeccioso y pérdida de bienestar fetal).
- Variable *causa de prematuridad* en Inicio contracciones del parto, Rotura prematura de membranas (RPM), Preeclampsia y Otros (desprendimiento de

placenta, embarazo múltiple, incontinencia cervical, malformación del recién nacido e infección vaginal o de líquido amniótico).

En la fase dos se han ajustado las variables de la siguiente forma:

- Variable *tipo de cirugía a la que fue sometido el bebé* en Si fue sometido (independientemente del tipo de cirugía) o No sufrió ningún proceso quirúrgico.
- Variable *posibilidad de acudir a psicología clínica* en Si tenían conocimiento o No de su existencia y, en caso de conocer su existencia, si hizo Uso o No de la misma.

En la fase tres, dentro de la variable *participación activa en los cuidados del recién nacido* se han eliminado las acciones alimentación, método canguro y cambio de pañal por la escasa variabilidad, pues la mayoría de los progenitores lo habían realizado. Sin embargo, si hemos analizado la influencia de haber bañado al neonato durante su ingreso en neonatología.

En la fase cuatro, debido a la escasa variabilidad de los resultados obtenidos no se ha obtenido significación estadística para ninguna de las variables clínicas analizadas.

Para el análisis estadístico de las variables y los niveles de estrés hemos tomado como referencia las puntuaciones obtenidas en las dimensiones en la métrica nivel de ocurrencia de estrés, pues realmente así podemos apreciar la cantidad real de situaciones que han generado estrés a los padres y la puntuación que estos le han otorgado.

Para la comparación de medias entre grupos se ha empleado el test t-Student en el caso de dos grupos y el test ANOVA para más de dos grupos una vez comprobados los supuestos de normalidad con el test de Kolmogorov-Smirnov y de homogeneidad de varianzas con el test de Levene. En los casos en los que el ANOVA resultó significativo se realizaron las comparaciones múltiples de Tukey.

Las correlaciones entre variables cuantitativas se han estudiado mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

Para contrastar si el cambio entre las medidas de las escalas en el tiempo depende del sexo se realizaron los análisis ANOVA de medidas parcialmente repetidas a través del procedimiento Modelo Lineal General (MLG), para estudiar el efecto que sobre las variables dependientes (escalas) ejercen los factores intra-sujeto (tiempo) e intersujeto (sexo) y la interacción de éstos.

El supuesto de esfericidad comprobado con la prueba de Mauchly, solo aplicable a más de dos medidas, no es asumible en las variables EEN y UDP. Para comprobar el grado de desviación de la esfericidad se obtuvo el estimador de ϵ de Greenhouse-Geisser considerándose que se cumple el supuesto de esfericidad cuando ϵ toma un valor mayor que 0,75. En este caso se obtienen valores mayores a 0,75 por lo que el ANOVA puede considerarse robusto aplicando la corrección de Greenhouse-Geisser para la estimación de F.

Tabla 11. Prueba esfericidad de Mauchly.

Variable	W de Mauchly	Aprox. $\chi^2(2)$	p-valor	Estimación de
				épsilon Greenhouse-Geisser
AE	0,600	14,14	0,015	0,788
BDI	0,515	18,40	0,003	0,821

El análisis estadístico se realizó con el programa informático SPSS 23.0 para Windows. Las diferencias consideradas estadísticamente significativas son aquellas cuya $p < 0.05$.

CAPÍTULO III.
RESULTADOS

CAPITULO III. RESULTADOS

3.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES

En la tabla 12 se muestran las características sociodemográficas de los participantes recogidas a lo largo de las cuatro fases del estudio.

Tabla 12. Características sociodemográficas de los participantes.

FASE 1 (n=193)			
Sexo, nº (%)			
Mujer	99	(51.3)	
Varón	94	(48.7)	
Edad (años) Rango, Media (DT)	20-46	34.10	(4.98)
Nacionalidad, nº (%)			
Española	184	(95.3)	
Otra	9	(4.7)	
Estado civil, nº (%)			
Soltero	28	(14.5)	
Casados	142	(72.5)	
Pareja de hecho	22	(11.4)	
Separado y/o Divorciado	3	(1.6)	
Nivel educativo, nº (%)			
Sin estudios	10	(5.2)	
Estudios primarios	46	(23.8)	
Estudios secundarios I (FPI, Módulo grado medio)	18	(9.3)	
Estudios secundarios II (FP II, Módulo grado superior o bachillerato)	44	(22.8)	
Estudios universitarios	75	(38.9)	
Situación laboral, nº (%)			
Paro	43	(22.3)	
Trabajo temporal	37	(19.2)	
Trabajo fijo	111	(57.5)	
Jubilado	2	(1)	
Nivel de ingresos, nº (%)			
<700 euros	33	(18.4)	
700-1000 euros	41	(22.9)	
1000-1500 euros	43	(24.0)	
1500-2000 euros	40	(22.3)	
>2000 euros	22	(12.3)	
Nº de hijos incluido el actual, Rango, Media (DT)	0-5	1.49	(0.72)
Personas que viven en el domicilio, Rango, Media (DT)	1-6	2.58	(0.79)

FASE 2 (n=164)			
Sexo, nº (%)			
Mujer	84	(51.2)	
Varón	80	(48.8)	
FASE 3 (n=112)			
Sexo, nº (%)			
Mujer	57	(50.9)	
Varón	55	(49.1)	
FASE 4 (n=52)			
Sexo, nº (%)			
Mujer	29	(55.8)	
Varón	23	(44.2)	
Estado civil, nº (%)			
Soltero	8	(15.4)	
Casados	40	(76.9)	
Pareja de hecho	4	(7.7)	
Situación laboral, nº (%)			
Paro	7	(13.5)	
Trabajo temporal	8	(15.4)	
Trabajo fijo	27	(51.9)	
Jubilado	10	(19.2)	
Nivel de ingresos, nº (%)			
<700 euros	7	(13.5)	
700-1000 euros	9	(17.3)	
1000-1500 euros	11	(21.2)	
1500-2000 euros	17	(32.7)	
>2000 euros	8	(15.3)	
Personas que viven en el domicilio, Rango, Media (DT)	1-5	3.29	(0.82)

DT: Desviación típica.

3.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADAS CON LA GESTACIÓN Y EL RECIÉN NACIDO

En las tabla 13 y 14 aparecen las características clínicas relacionadas con la gestación y el recién nacido.

Tabla 13. Características clínicas relacionadas con la gestación.

FASE 1 (n=193)			
Existencia UCI Neonatal, nº (%)			
Si	110	(57.0)	
Hijos prematuros previos al actual, nº (%)			
Si	17	(8.8)	
No	66	(34.2)	
No tengo más hijos	108	(56.0)	
Concepción, nº (%)			
Natural	163	(84.5)	
In vitro	25	(13)	
Inseminación artificial	5	(2.6)	
Consumo de alcohol durante el embarazo, nº (%)			
Si	22	(11.4)	
Consumo de tabaco durante el embarazo, nº (%)			
Si	26	(13.5)	
Consumo de drogas durante el embarazo, nº (%)			
Si	1	(0.5)	
Consumo de medicamentos durante el embarazo, nº (%)			
Si	20	(10.4)	
Aborto previo, nº (%)			
No	141	(73)	
Natural	48	(24.9)	
Voluntario	3	(1.6)	
De ambos tipos	1	(0.5)	
Embarazo controlado, nº (%)			
Si	185	(95.9)	
Tipo de parto, nº (%)			
Normal	52	(26.9)	
Instrumentalizado	13	(6.7)	
Cesárea programada	22	(11.4)	
Cesárea urgente	106	(54.9)	
Semanas de gestación, Rango Media (DT)			
	24-41	32.6	(4.88)

DT: Desviación típica.

Tabla 14. Características clínicas relacionadas con el recién nacido (n=193).

Peso al nacer, Rango Media (DT) gramos	610-4900	1931.5	(1031.9)
Motivo de ingreso, nº (%)			
Prematuridad	116		(60.1)
Problemas respiratorios	39		(20.2)
Perdida de bienestar fetal	7		(3.36)
Problemas digestivos	6		(3.1)
Problemas renales	1		(0.5)
Riesgo infeccioso	1		(0.5)
Otros	23		(11.9)
Causa de prematuridad, nº (%)			
Inicio contracciones de parto	44		(37.9)
Rotura prematura de membranas	28		(24.1)
Preeclampsia	26		(21.5)
Desprendimiento de placenta	7		(6.0)
Embarazo múltiple	6		(5.1)
Incontinencia cervical	2		(1.7)
Malformación del recién nacido	2		(1.7)
Infección vaginal o de líquido amniótico	2		(1.7)
FASE 2 (n=164)			
Tiempo de ingreso en UCIN, Rango Media (DT)	3-150	28.03	(29.59)
Tipo de cirugía al que fue sometido, nº (%)			
No	119		(72.6)
Cardiaca	21		(12.8)
Digestiva	18		(11.0)
Oftalmológica	2		(1.2)
Otras	4		(2.4)
Posibilidad de acudir a Psicología clínica, nº (%)			
Si	18		(11.0)
Sí, pero no acudí	24		(14.6)
No	122		(74.4)
FASE 3 (n=112)			
Tiempo de ingreso en Neonatología, Rango Media (DT)	1-123	28.13	(22.53)
Participación activa en cuidados del rn, n (%)			
Baño	29		(25.9)
Alimentación	103		(92)
Método canguro	106		(94.6)
Cambio de pañal	108		(96.4)
Posibilidad de acudir a Psicología clínica, nº (%)			
Si	19		(17.0)
Sí, pero no acudí	82		(73.2)
No	11		(9.8)

FASE 4 (n=52)			
Dispone de ayuda para el cuidado del rn, nº (%)			
Si	23	44.2	
Cuidados especiales del rn, nº (%)			
Oxigenoterapia	11	21.2	
Colostomía	3	5.8	
Apoyo de hospitalización a domicilio, n (%)			
Si	11	21.2	
Reingreso del rn (Unidad), nº (%)			
Lactantes	5	9.6	
Cirugía	2	3.8	
Neonatología	1	1.9	
Diagnóstico de reingreso, nº (%)			
Bronquiolitis	2	3.8	
Fiebre	2	3.8	
Cirugía	1	1.9	
Prueba tac-rmn	2	3.8	
Biopsia	1	1.9	
Duración del reingreso, Rango Media (DT)	1-22	6.38	(7.29)
Nº de revisiones médicas, Rango Media (DT)	0-10	3.38	(2.42)
En tratamiento por Atención temprana, nº (%)	39	75	
Padres en tratamiento psicológico, nº (%)			
Previo al ingreso en ucín	1	1.9	
Tras el alta a domicilio	1	1.9	

DT: Desviación típica.

3.3. OBJETIVO 1. Explorar los niveles de estrés, ansiedad y depresión presentes en los padres de recién nacidos ingresados en una UCIN.

En este objetivo vamos a explorar los niveles de estrés, ansiedad y depresión presentes en los padres de recién nacidos ingresados en una unidad de cuidados intensivos neonatal.

3.3.1. ESCALA DE ESTRÉS PARENTAL: UCI NEONATAL (PSS: NICU)

Respecto al estrés, los padres manifestaron sufrir una experiencia general de estrés moderado, ya que han presentado un nivel de 3,54 puntos sobre 5 (extremadamente estresante), siendo las situaciones que generan más estrés aquellas relacionadas con las dimensiones *impacto en el rol parental* y *aspecto y comportamiento del bebé*. En general, el hecho de ingresar a un hijo en una UCIN va a generar niveles de

estrés en los padres, que van a oscilar entre poco estresante (2) y moderadamente estresante (3).

La tabla 15 muestra el nivel de estrés experimentado por los padres relacionado con una situación particular que han vivido. Como podemos observar, los padres se han sentido estresados con la experiencia de tener un hijo en la UCIN, siendo las situaciones que generan más estrés aquellas relacionadas con las dimensiones *impacto en el rol parental y aspecto y comportamiento del bebé*.

Tabla 15. Escala de estrés parental UCIN. Nivel de ocurrencia de estrés.

	Ítems	N	Mínimo	Máximo	Media	DT
Luces y sonidos de la unidad	5	190	1,00	5,00	2,61	,95
Aspecto y comportamiento del bebé	19	193	1,00	5,00	3,05	1,02
Impacto en el rol parental y relación con el bebé	10	192	1,00	5,00	3,34	1,09
Comportamiento y comunicación de los padres con los profesionales sanitarios	11	166	1,00	5,00	2,27	1,11
Experiencia estresante general	1	177	1,00	5,00	3,54	1,32
Nivel ocurrencia estrés total	5	5	2,27	3,54	2,96	,52

DT: desviación típica.

La tabla 16 muestra el estrés total experimentado por los padres relacionado con el medio ambiente de la UCIN. En este caso, las situaciones que generaron más estrés fueron las dimensiones *impacto en el rol parental y luces y sonidos*. Se obtienen puntuaciones menores puesto que se hace la media entre todas las situaciones, aunque los padres no hayan estado expuestos a ellas.

Tabla 16. Escala de estrés parental UCIN. Nivel general de estrés.

	Ítems	N	Mínimo	Máximo	Media	DT
Luces y sonidos de la unidad	5	193	1,00	4,60	2,48	,88
Aspecto y comportamiento del bebé	19	193	1,00	4,58	2,25	,78
Impacto en el rol parental y relación con el bebé	10	193	1,00	5,00	2,92	1,04
Comportamiento y comunicación de los padres con los profesionales sanitarios	11	193	1,00	4,82	1,55	,75
Experiencia estresante general	1	177	1,00	5,00	3,54	1,32
Nivel general de estrés total	5	5	1,55	3,54	2,55	,74

DT: desviación típica.

Haciendo un análisis pormenorizado de los ítems o situaciones que generan estrés dentro de cada dimensión, obtenemos que para la dimensión **luces y sonidos de la unidad**, la situación que presenta una mayor frecuencia, es decir, que más personas han percibido como estresante y que, a su vez, ha sido la más generadora de estrés es la de *Los ruidos repentinos de las alarmas del monitor*, seguida de *Los ruidos constantes de monitores y de aparatos*.

En la dimensión **aspecto y comportamiento del bebé**, la máxima frecuencia la presenta *Ver agujas y tubos puestos en mi bebé* y la más generadora de estrés ha sido *Ver a mi bebé dejar de respirar*, seguida de *Cuando mi bebé parecía tener algún dolor*.

En la dimensión **impacto en el rol parental y relación con el bebé**, la situación más percibida como estresante y que ha tenido una puntuación más elevada ha sido *Estar separado de su bebé. Sentirme impotente e incapaz de proteger a mi bebé del dolor y de procesos dolorosos* es la segunda situación que más estrés ha generado.

En la dimensión **comportamiento y comunicación de los padres con el personal de la unidad**, la mayor frecuencia y nivel de estrés lo presenta la situación *Que el personal parezca preocupado por mi bebé*, seguida de *Que me digan versiones diferentes sobre la condición de mi bebé* en cuanto al nivel de estrés.

Las distintas dimensiones que componen la escala presentan una correlación positiva con una significación muy alta.

3.3.2. ESCALAS ANSIEDAD/ESTADO (A/E), ANSIEDAD/RASGO (A/R) Y DEPRESIÓN

En la tabla 17 podemos observar las puntuaciones obtenidas en cada una de las escalas en el momento del ingreso en UCIN.

Respecto a los niveles de ansiedad, encontramos que para la ansiedad estado los progenitores muestran una puntuación de 28,88 (13,04) equivalente a un percentil 77. Respecto a la ansiedad rasgo, los resultados muestran una puntuación de 22,07 (11,53), que supone un percentil 55. Por tanto, nos encontramos en ambas escalas con niveles de ansiedad que superan la media de la población.

Respecto a los niveles de depresión, podemos apreciar que según la puntuación media obtenida (11,90, equivalente a niveles mínimos), no se alcanzan niveles diagnósticos de depresión. Así, el 63,73% de la muestra presenta niveles mínimos de depresión, el 20,20% niveles leves, el 10,88% niveles moderados y el 5,18% niveles graves.

Tabla 17. Niveles de ansiedad y depresión.

ESCALA	FASE I				
	Ítems	Mínimo	Máximo	Media	DT
A/E	20	0,00	58,00	28,88	13,04
A/R	20	1,00	56,00	22,07	11,53
BDI-II	21	0,00	41,00	11,90	8,48

En la tabla 18 analizamos la posible relación de las reacciones de estrés, ansiedad estado, ansiedad rasgo y depresión entre sí. Se han realizado correlaciones lineales de Pearson, obteniendo que cuando aumenta una, las otras tres reacciones también aumentan de forma significativa.

Tabla 18. Coeficiente correlación entre escalas FASE I

	PSS: NICU	AE	AR	BDI
PSS: NICU	1	0,474***	0,278***	0,449***
AE	0,474***	1	0,530**	0,625**
AR	0,278***	0,530**	1	0,677**
BDI	0,449***	0,625**	0,677**	1

p < 0,01; *p<0,001

3.4. OBJETIVO 2. Identificar qué variables están relacionadas con los niveles de estrés, ansiedad y depresión que exhiben los padres

3.4.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

3.4.1.1. ESCALA DE ESTRÉS PARENTAL: UCIN (PSS: NICU)

Como podemos apreciar en la tabla 19, las dimensiones que se ven más afectadas por las variables sociodemográficas son *el aspecto y comportamiento del bebé, el impacto en el rol de los padres y su relación con el bebé y la experiencia estresante general*.

Analizado por sexos, obtenemos que las madres presentan una media de 3,79 frente a 3,27 de los padres en la *experiencia general de estrés*, obteniendo una significación estadística de $p < 0,01$ en cuanto a la influencia del sexo en el estrés experimentado por los padres, siendo las mujeres las que más lo sufren. Esta significación también aparece en la dimensión *impacto en el rol parental*, donde alcanza una $p < 0,001$.

Según el estado civil, la prueba t-Student mostró una diferencia estadísticamente significativa de forma que la puntuación media de las personas con pareja en la dimensión *aspecto y comportamiento del bebé* fue significativamente mayor que la puntuación de las personas sin pareja.

Para el nivel de estudios y la situación laboral las pruebas ANOVA realizadas no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Respecto al nivel adquisitivo de los progenitores encontramos que los niveles de estrés son mayores cuando los ingresos mensuales son menores de 1000 euros. Este hecho afecta a todas las dimensiones analizadas, excepto *el comportamiento y la comunicación con el personal sanitario*.

Respecto a la edad, correlacionó negativa y significativamente con la *experiencia estresante total* y las dimensiones *aspecto y comportamiento del bebé* y *el impacto en el rol parental* de forma que a medida que aumenta la edad de los sujetos el PSS

disminuye. Otro dato significativo es que a mayor número de personas conviviendo en el domicilio, obtenemos mayores puntuaciones en la dimensión *aspecto y comportamiento del bebé*.

A modo de resumen, en cuanto a la impresión general de estrés percibido por los progenitores, obtenemos relaciones significativas en el sexo (mayor en las mujeres), en el nivel de ingresos (mayor estrés con menos ingresos) y en la edad (mayor en edades jóvenes).

Tabla 19. Variables demográficas y síntomas de estrés.

VARIABLE	LUCES Y SONIDOS DE LA UNIDAD			ASPECTO DEL BEBÉ			IMPACTO EN EL ROL PARENTAL			COMUNICACIÓN CON EL PERSONAL			EXPERIENCIA GENERAL		
	N	MEDIA	DT	N	MEDIA	DT	N	MEDIA	DT	N	MEDIA	DT	N	MEDIA	DT
Sexo															
Mujer	96	2,65	,98	98	3,18	1,06	97	3,61	,97***	83	2,38	1,13	89	3,81	1,20**
Varón	94	2,57	,92	95	2,91	,95	95	3,06	1,15	83	2,15	1,09	88	3,25	1,38
Estado civil															
Pareja	159	2,64	,94	160	3,12	1,01*	159	3,38	1,07	135	2,32	1,07	147	3,62	1,29
Sin pareja	29	2,47	,98	31	2,66	1,01	31	3,12	1,20	29	2,01	1,28	28	3,08	1,44
Nivel educativo															
Sin estudios/Primarios	54	2,80	1,13	56	2,91	1,16	56	3,52	1,14	49	2,27	1,15	48	3,63	1,41
E. Secundarios	61	2,67	,85	51	3,20	,93	60	3,39	,99	52	2,22	1,09	57	3,68	1,29
E. Universitarios	73	2,42	,86	74	3,03	,98	74	3,16	1,13	63	2,31	1,12	70	3,36	1,27
Situación laboral															
Desempleado	42	2,75	1,16	43	3,14	1,11	43	3,67	,93	38	2,26	1,19	39	3,93	1,31
Trabajo temporal	34	2,56	1,06	36	2,84	1,12	36	3,09	1,24	32	1,91	1,01	33	3,37	1,40
Trabajo fijo	110	2,59	,83	110	3,08	,95	109	3,29	1,08	93	2,39	1,10	101	3,43	1,28
Nivel de ingresos															
<1000 euros	74	2,85	1,05 ^a	74	3,31	1,03 ^a	74	3,75	,90 ^{***a}	64	2,39	1,21	66	3,80	1,29 ^a
1000-2000 euros	71	2,43	,79 ^b	82	2,88	,92 ^b	82	3,07	1,69 ^b	71	2,23	1,06	78	3,27	1,29 ^b
>2000 euros	21	2,63	,91 ^b	21	3,06	,96 ^b	21	2,97	1,12 ^b	18	2,23	1,03	19	3,40	1,27 ^b

	N	r	N	r	N	r	N	r	N	r
Edad	188	-,134	191	-,173*	190	-,248**	164	-,022	175	-,272***
Nº de hijos incluido el actual	187	-,025	190	,138	189	,079	163	-,027	174	,062
Personas que viven en el domicilio	188	,043	191	,184*	190	,142	164	,077	175	,145

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001. DT: Desviación estándar. r: Correlación de Pearson.

3.4.1.2. ESCALA DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI)

En la tabla 20 se muestra el rango, media y desviación típica de la puntuación en la escala AE en las variables demográficas, así como la comparativa de dicha puntuación entre los grupos. La ansiedad de estado no mostró diferencias estadísticamente significativas en las variables consideradas, por lo que el nivel de ansiedad es igual entre los grupos.

Tabla 20. Variables demográficas y síntomas de ansiedad estado.

Variable	AE		t-Student	p-valor
	Rango	Media (DT)		
Sexo			t(191) = 1,928	0,055
Mujer	0 - 58	30,62 (12,95)		
Varón	0 - 58	27,03 (12,93)		
Estado civil			t(191) = 0,859	0,392
Pareja	5 - 58	29,23 (13,32)		
Sin pareja	0 - 44	27,03 (11,48)		
			ANOVA	p-valor
Estudios			F(2,190) = 0,326	0,723
Sin estudios/Primarios	6 - 58	29,7 (12,87)		
Secundarios	8 - 54	27,82 (11,6)		
Universitarios	0 - 58	29,13 (14,34)		
Situación laboral			F(2,188) = 0,3	0,741
Desempleado	8 - 58	27,6 (11,46)		
Temporal	7 - 54	29,84 (12,21)		
Fijo	0 - 58	28,92 (13,95)		
Ingresos mensuales			F(2,176) = 1,302	0,275
< 1.000 €	5 - 53	29,07 (10,86)		
1.000-2.000 €	6 - 58	30,17 (14,11)		
> 2.000 €	0 - 53	25,18 (14,33)		

DT: Desviación estándar

En la ansiedad de rasgo (Tabla 21), se observaron diferencias estadísticamente significativas según el sexo, el nivel de estudios y nivel de ingresos. Las madres mostraron más ansiedad rasgo (24,24) de forma significativa que los padres (19,76). Las personas sin estudios o estudios primarios mostraron una ansiedad de rasgo (26,6) significativamente superior con respecto a las personas con estudios secundarios (21,55) y con respecto a las personas con estudios universitarios (19,31). Según el nivel

de ingresos, la prueba ANOVA mostró diferencias significativas entre los grupos, la ansiedad de rasgo de las personas con unos ingresos mayores a 2.000 € fue de 16,91 siendo significativamente inferior con respecto a la puntuación de las personas con ingresos <1.000€ (24,92 puntos) y con ingresos entre 1.000-2.000€ (20,49 puntos).

Tabla 21. Variables demográficas y síntomas de ansiedad rasgo.

Variable	AR		t-Student	p-valor
	Rango	Media (DT)		
Sexo			t(188) = 2,723	0,007**
Mujer	1 - 56	24,24 (11,66)		
Varón	1 - 56	19,76 (10,99)		
Estado civil			t(188) = 0,404	0,687
Pareja	1 - 56	22,22 (11,85)		
Sin pareja	3 - 43	21,28 (9,72)		
			ANOVA	p-valor
Estudios			F(2,187) = 6,69	0,002**
Sin estudios/Primarios	8 - 56	26,6 (12,08) ^a		
Secundarios	4 - 41	21,55 (9,77) ^a		
Universitarios	1 - 48	19,31 (11,65) ^b		
Situación laboral			F(2,185) = 1,173	0,312
Desempleado	6 - 48	23,86 (9,94)		
Temporal	3 - 48	22,91 (11,89)		
Fijo	1 - 56	20,9 (11,94)		
Ingresos mensuales			F(2,175) = 5,54	0,005**
< 1.000 €	6 - 46	24,92 (9,8) ^a		
1.000-2.000 €	3 - 56	20,49 (12,6) ^a		
> 2.000 €	1 - 38	16,91 (9,79) ^b		

a-b: Comparaciones múltiple Tukey. Diferentes letras indican diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. DT: Desviación estándar

Para determinar la posible relación entre la edad y las puntuaciones en las escalas de ansiedad, se calculó el coeficiente de correlación lineal de Pearson. Con respecto a la ansiedad, la edad correlacionó negativa y significativamente con la AR ($r = -0,147$, $p = 0,043$) y con la AE ($r = -0,132$, $p = 0,049$) de forma que a medida que aumenta la edad de los progenitores la ansiedad disminuye.

3.4.1.3. ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)

En la tabla 22 se muestra el rango, media y desviación típica de la puntuación en la escala BDI en las variables demográficas, así como la comparativa de dicha puntuación entre los grupos. Según el sexo de los progenitores, obtenemos una diferencia significativa en cuanto a que las madres (12,22) presentan más depresión que los padres (9,42). Según el estado civil, la prueba t-Student mostró una diferencia estadísticamente significativa de forma que la puntuación media de las personas con pareja (12,54) fue significativamente mayor que la puntuación de las personas sin pareja (8,55). Para el nivel de estudios, situación laboral y nivel de ingresos mensuales las pruebas ANOVA realizados no mostraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación del BDI entre los grupos.

Tabla 22. Variables demográficas y síntomas de depresión.

Variable	BDI		t-Student	p-valor
	Rango	Media (DT)		
Sexo			t(191) = 4,106	0,000**
Mujer	0-41	12,22 (8,46)		
Varón	0-41	9,42 (7,53)		
Estado civil			t(191) = 2,431	0,016*
Pareja	0 - 41	12,54 (8,65)		
Sin pareja	0 - 21	8,55 (6,67)		
			ANOVA	p-valor
Estudios			F(2,190) = 0,159	0,853
Sin estudios/Primarios	0 - 41	12,43 (9,53)		
Secundarios	0 - 41	11,76 (8,44)		
Universitarios	0 - 38	11,61 (7,74)		
Situación laboral			F(2,188) = 1,336	0,265
Desempleado	2 - 41	13,3 (7,85)		
Temporal	0 - 24	10,22 (7,75)		
Fijo	0 - 41	11,75 (8,86)		
Ingresos mensuales			F(2,176) = 0,72	0,488
< 1.000 €	0 - 41	12,68 (8,52)		
1.000-2.000 €	0 - 38	11,66 (8,29)		
> 2.000 €	0 - 29	10,36 (8,19)		

*p < 0,05 **p<001. DT: Desviación estándar.

Para determinar la posible relación entre la edad y las puntuaciones en las escalas de depresión, se aplicó el coeficiente de correlación lineal de Pearson. La edad y el BDI mostró un relación negativa y significativa ($r = -0,212$, $p = 0,003$) de forma que a mayor edad menor puntuación en BDI.

3.4.2. VARIABLES CLÍNICAS

3.4.2.1. ESCALA DE ESTRÉS PARENTAL: UCIN (PSS: NICU)

Respecto a las relaciones entre los niveles de estrés y dichas variables, encontramos diferencias significativas en la variable hijos prematuros previos al actual, donde vemos que en la dimensión *impacto en el rol parental* se produce más estrés cuando no se ha tenido un hijo prematuro anterior, habiendo sido ya padres.

Respecto a las correlaciones, obtenemos que aumenta la *experiencia general de estrés* de manera significativa cuantas más semanas de gestación y mayor peso tiene el recién nacido. El peso también presenta una correlación positiva con las dimensiones *aspecto del bebé e impacto en el rol parental*.

Para el resto de variables clínicas las pruebas t-student y ANOVA realizados no mostraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación del PSS: NICU entre los grupos.

Tabla 23. Variables clínicas relacionadas con la gestación y el recién nacido y síntomas de estrés.

VARIABLE	LUCES Y SONIDOS DE LA UNIDAD			ASPECTO DEL BEBÉ			IMPACTO EN EL ROL PARENTAL			COMUNICACIÓN CON EL PERSONAL			EXPERIENCIA GENERAL		
	N	MEDIA	DT	N	MEDIA	DT	N	MEDIA	DT	N	MEDIA	DT	N	MEDIA	DT
Conoce la existencia de UCI Neonatal															
Si	109	2,50	,94	110	3,08	1,05	110	3,39	1,07	95	2,26	1,12	102	3,53	1,33
No	79	2,76	,95	81	2,97	,96	80	3,24	1,13	69	2,29	1,12	73	3,49	1,30
Hijos prematuros previos al actual															
Si	17	2,26	,63	17	3,08	1,12	17	3,38 ^b	1,19*	15	1,97	,85	17	3,47	1,37
No	65	2,70	,98	66	3,22	1,04	66	3,59 ^a	1,08	57	2,40	1,09	57	3,78	1,23
No tengo más hijos	104	2,62	,96	106	2,93	,96	105	3,16 ^b	1,06	90	2,25	1,16	99	3,40	1,33
Concepción															
Natural	160	2,65	,98	163	3,09	1,01	162	3,37	1,09	143	2,28	1,13	148	3,56	1,31
Artificial	30	2,39	,75	30	2,81	1,04	30	3,18	1,12	23	2,18	1,00	29	3,41	1,35
Aborto previo															
Si	51	2,65	1,00	52	2,98	1,00	52	3,37	1,09	43	2,38	1,00	45	3,62	1,19
No	139	2,59	,93	141	3,07	1,03	140	3,33	1,10	123	2,23	1,15	132	3,51	1,36
Tipo de parto															
Normal	52	2,49	,96	52	3,14	,98	51	3,61	,93	45	2,23	1,03	47	3,65	1,25
Instrumentalizado	11	2,99	1,08	11	3,42	1,04	11	3,45	,90	10	2,85	1,14	10	3,58	1,00
Cesárea programada	22	2,39	,76	22	2,73	,88	22	3,35	1,06	19	2,39	1,29	19	3,00	1,27
Cesárea urgente	103	2,67	,95	106	3,03	1,05	106	3,19	1,18	90	2,18	1,10	99	3,57	1,39

Motivo de ingreso															
Prematuridad	113	2,68	,94	116	2,98	1,02	116	3,23	1,15	103	2,21	1,12	107	3,38	1,33
Prob. respiratorios	39	2,59	1,03	39	3,25	1,11	39	3,64	1,05	34	2,42	1,08	36	3,86	1,20
Otros	38	2,41	,88	38	3,07	,92	37	3,38	,91	29	2,29	1,15	34	3,68	1,36
Causa de prematuridad															
Inicio contracciones	46	2,58	,97	46	3,13	1,04	45	3,42	,83	44	2,39	1,15	41	3,46	1,29
Rotura prematura m.	29	2,95	,94	29	3,01	,97	29	3,52	1,25	21	2,33	1,06	26	3,54	1,56
Preeclampsia	26	2,77	,86	26	3,01	1,08	26	3,13	1,19	23	2,62	1,15	26	3,35	1,20
Otros	32	2,42	,75	35	2,73	1,02	35	2,96	1,20	30	2,08	1,27	31	3,10	1,30
	N	r		N	r		N	r		N	r		N	r	
Semanas gestación	188		-,071	191		-,104	190		,078	164		-,074	175		,198**
Peso al nacer	188		-,044	191		,195**	190		,159*	164		-,029	175		,264***

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001. DT: Desviación estándar. r: Correlación de Pearson.

3.4.2.2. ESCALA DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI)

La tabla 24 muestra las variables clínicas y su influencia en la ansiedad estado.

Tabla 24. Variables clínicas y síntomas de ansiedad estado.

Variable	AE		t-Student	p-valor
	Rango	Media (DT)		
Conocía existencia UCIN			t(191) = 0,888	0,376
Si		29,60 (12,75)		
No		27,91 (13,41)		
Concepción			t(191) = 2,048	0,042*
Natural	0 - 58	29,69 (13,55)		
Artificial	8 - 38	24,43 (8,68)		
Aborto			t(191) = -0,093	0,926
No	0 - 58	28,82 (12,67)		
Sí	9 - 53	29,02 (14,12)		
			ANOVA	p-valor
Hijos prematuros previos al actual			F(3,256) = 2,066	0,130
Si	10 - 56	33,52 (13,57)		
No	0 - 58	30,36 (14,77)		
No tengo más hijos	8 - 58	27,54 (11,65)		
Tipo parto			F(3,189) = 2,897	0,036*
Normal	5 - 54	26,63 (11,55) ^a		
Instrumentado	0 - 58	26,38 (14,36) ^a		
Cesárea programada	10 - 58	26,82 (13,26) ^a		
Cesárea urgente	6 - 58	30,71 (13,41) ^b		
Motivo ingreso			F(2,190) = 0,041	0,96
Prematuridad	6 - 58	29,07 (13,06)		
Problemas respiratorios	8 - 58	28,38 (12,68)		
Otros	0 - 53	28,79 (13,67)		
Causa prematuro			F(3,132) = 2,057	0,109
Inicio contracciones del parto	7 - 54	29,3 (12,62)		
Rotura prematura membranas	9 - 53	25,38 (12,01)		
Preeclampsia	10 - 58	33,69 (14,73)		
Otros	8 - 56	27,4 (12,9)		

* p < 0,05. a-b: Comparaciones múltiple Tukey. Diferentes letras indican diferencias estadísticamente significativas a nivel p<0,05. DT: Desviación estándar

Las pacientes con una concepción natural mostraron una AE (29,69) significativamente superior con respecto a las pacientes con una concepción artificial

(24,43). Por otra parte, las pacientes a las que se les practicó una cesárea urgente mostraron una AE significativamente superior con respecto al resto de tipologías de parto consideradas. En el resto de variables no se observaron diferencias significativas en la AE entre grupos. En la tabla 25 analizamos la ansiedad rasgo.

Tabla 25. Variables clínicas y síntomas de ansiedad rasgo.

Variable	AR		t-Student	p-valor
	Rango	Media (DT)		
Conocía existencia UCIN			T(190) = -2,250	0,026*
Si	1 - 56	20,46 (11,52)		
No	1 - 56	24,23 (11,25)		
Concepción			t(188) = 3,426	0,001**
Natural	1 - 56	23,28 (11,51)		
Artificial	4 - 41	15,63 (9,47)		
Aborto			t(188) = -1,26	0,209
No	1 - 56	21,43 (11,65)		
Sí	4 - 43	23,79 (11,15)		
			ANOVA	p-valor
Hijos prematuros previos al actual			F(5,708)= 2,558	0,080
Si	8 - 45	24,82 (11,68)		
No	1 - 56	24,12 (13,77)		
No tengo más hijos	3 - 48	20,43 (9,87)		
Tipo parto			F(3,186) = 2,721	0,046*
Normal	4 - 41	18,62 (9,96) ^a		
Instrumentado	6 - 36	22 (10,54) ^a		
Cesárea programada	6 - 53	22,23 (13,5) ^a		
Cesárea urgente	1 - 56	23,8 (11,71) ^b		
Motivo ingreso			F(2,187) = 0,355	0,701
Prematuridad	1 - 56	22,43 (11,7)		
Problemas respiratorios	4 - 43	20,66 (10,9)		
Otros	5 - 43	22,42 (11,83)		
Causa prematuro			F(3,130) = 2,954	0,035*
Inicio contracciones del parto	3 - 46	20,48 (11,17) ^a		
Rotura prematura membranas	3 - 41	19,34 (9,14) ^a		
Preeclampsia	9 - 56	26,88 (12,85) ^b		
Otros	4 - 45	20,48 (11,12) ^a		

* p < 0,05. a-b: Comparaciones múltiple Tukey. Diferentes letras indican diferencias estadísticamente significativas a nivel p<0,05.

En ansiedad de rasgo (Tabla 25), los progenitores que no conocían la existencia de las UCIN mostraron una AR superior, al igual que ocurrió con las pacientes con una

concepción natural, que mostraron una AR (23,28) significativamente superior con respecto a las pacientes con una concepción artificial (15,63). Según el tipo de parto, las pacientes a las que se les practicó una cesárea urgente mostraron una AR significativamente superior con respecto al resto de tipologías de parto consideradas. En las pacientes cuya causa del nacimiento prematuro fue la preeclampsia la AR fue significativamente superior con respecto al resto de causas. En el resto de variables no se observaron diferencias significativas en la AR entre grupos.

Para determinar la posible relación entre las puntuaciones en las escalas de ansiedad y las semanas de gestación y el peso al nacer, se calculó el coeficiente de correlación lineal de Pearson cuyos resultados mostraron que las puntuaciones en las escalas y las variables semanas de gestación y el peso al nacer no tienen una relación significativa.

Tabla 26. Coeficiente correlación variables clínicas y AE y AR.

	AE	AR
Semanas de gestación	-0,045	-0,054
Peso al nacer	-0,002	-0,052

3.4.2.3. ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)

En la tabla 27 se muestra el rango, media y desviación típica de la puntuación en la escala BDI en las variables clínicas, así como la comparativa de dicha puntuación entre los grupos. La prueba t-Student mostró diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que han sufrido aborto con respecto a las que no, de forma que la puntuación en BDI de las mujeres que han sufrido aborto (14,17) fue significativamente mayor con respecto a las mujeres que no lo han tenido (11,43). En el resto de variables no se observaron diferencias significativas.

Para determinar la posible relación entre las puntuaciones en las escalas BDI y las semanas de gestación y el peso al nacer, se calculó el coeficiente de correlación lineal de Pearson cuyos resultados mostraron que las puntuaciones en las escalas y las

variables semanas de gestación (0,014) y el peso al nacer (0,043) no tienen una relación significativa.

Tabla 27. Variables clínicas y síntomas de depresión.

Variable	BDI		t-Student	p-valor
	Rango	Media (DT)		
Conocía existencia UCIN			T(193) = 0,212	0,832
Si	0 - 41	12,00 (7,77)		
No	0 - 41	11,74 (9,37)		
Concepción			t(191) = 0,794	0,428
Natural	0 - 41	12,1 (8,48)		
Artificial	0 - 41	10,77 (8,52)		
Aborto			t(191) = -2,034	0,043*
No	0 - 41	11,43 (8,3)		
Sí	0 - 41	14,17 (8,88)		
			ANOVA	p-valor
Hijos prematuros previos al actual			F (2,897) = 0,724	0,058
Si	2 - 29	14,00 (8,64)		
No	0 - 41	13,48 (9,66)		
No tengo más hijos	0 - 38	10,61 (7,61)		
Tipo parto			F(3,189) = 0,699	0,554
Normal	0 - 35	10,71 (7,91)		
Instrumentado	0 - 28	11,15 (7,17)		
Cesárea programada	1 - 29	11,36 (7,29)		
Cesárea urgente	0 - 41	12,68 (9,11)		
Motivo ingreso			F(2,190) = 0,451	0,637
Prematuridad	0 - 38	11,52 (8,12)		
Problemas respiratorios	0 - 41	11,92 (8,42)		
Otros	0 - 41	13,03 (9,64)		
Causa prematuro			F(3,132) = 2,333	0,077
Inicio contracciones del parto	1 - 41	12,85 (8,27)		
Rotura prematura membranas	0 - 35	12,07 (8,93)		
Preeclampsia	2 - 38	13,54 (9,5)		
Otros	0 - 28	8,54 (7,46)		

*p < 0,05. DT: Desviación estándar

3.5. OBJETIVO 3. Evolución de las reacciones psicológicas.

Pretendemos evaluar la evolución de las consecuencias psicológicas en ambos progenitores a lo largo de las cuatro fases del estudio: al ingreso en UCIN, al traslado a Neonatología, al alta a domicilio y con 6 meses de vida en el domicilio.

Los resultados obtenidos en la fase uno (primera semana de ingreso en UCIN) muestran los siguientes datos:

En cuanto a la ansiedad, obtenemos una puntuación media de 28,88 (P70-75) para la ansiedad estado, obteniendo las mujeres una media de 30,62 (P70-75) y los hombres 27,03 (P70-75). Para la ansiedad rasgo, la puntuación media obtenida ha sido de 22,07, presentando las mujeres 24,24 (P50-55) frente a 19,76 (P50-55) de los hombres. Por tanto, podemos afirmar que presentan niveles de ansiedad que superan la media. Además, la diferencia de puntuaciones en la ansiedad rasgo es estadísticamente significativa ($p < 0,01$), de modo que las madres la sufren más que los padres.

Los síntomas depresivos muestran una media de 11,90 puntos, indicativos de un nivel de depresión mínimo (0-13). Por sexos, las mujeres han presentado una media de 14,94 puntos (depresión leve 14-19) mientras que los hombres han obtenido 9,42 (depresión mínima). Estas diferencias en función del sexo son estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

Los resultados obtenidos en la fase dos (ingreso en Neonatología tras el traslado desde UCIN) muestran los siguientes datos:

La ansiedad estado muestra una media de 24,28, obteniendo las mujeres 25,75 (P60-65) frente a 22,70 (P60-65) de los hombres. La ansiedad rasgo no se avalúa ya que no sufre cambios en 6 meses, por lo que se volverá a evaluar en la fase 4.

Para la depresión, se ha obtenido una media de 10,90 (mínima depresión), presentando las madres 12,71 frente a 8,98 de los padres. Estas diferencias entre mujeres y hombres son estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

En la fase tres (días previos al alta a domicilio están ingresado en Neonatología) los resultados obtenidos muestran los siguientes datos:

La ansiedad estado muestra una media de 20,05 (P50), siendo en las mujeres un punto mayor que en los hombres, 20,66 frente a 19,40 (P50).

En el BDI se ha obtenido una media de 9,51 (depresión mínima), obteniendo las madres 11,17 puntos frente a los 7,77 de los padres. Estas diferencias en función del sexo son estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

En la fase cuatro (seis meses de vida del recién nacido en el domicilio) se han obtenido los siguientes datos:

La escala ansiedad estado ha arrojado una media de 14,59 (P23-25), 16,28 (P30) para las madres y 12,48 (P20-23) para los padres. En la escala ansiedad rasgo, la puntuación media obtenida ha sido de 14,26 (P15-25), alcanzando las mujeres 15,79 (P15-20) frente a 12,35 (P15-20) de los hombres.

En la escala de depresión, la media ha sido de 6,25, encontrando en las mujeres 6,86 frente a 5,48 de los hombres (depresión mínima). No se han encontrado diferencias significativas para ninguna de las dos escalas.

A continuación, se van a analizar los casos de los que disponemos de respuesta en las cuatro fases del estudio, $n=52$.

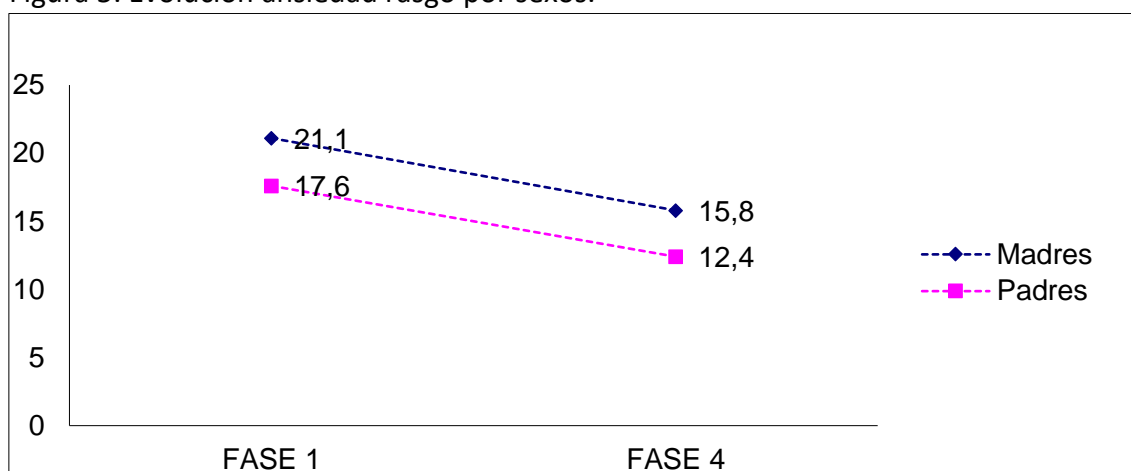
Según los resultados de las pruebas ANOVA de medidas parcialmente repetidas:

- La ansiedad y el BDI mostraron un efecto principal significativo en el tiempo, lo que indica que los niveles de ansiedad y depresión disminuyeron significativamente a través del tiempo. Para la escala ansiedad rasgo se obtuvo una $F(1;50) = 12,71$; $p = 0,001$ (0,203). Para la escala ansiedad estado los resultados mostraron $F(2,4;68,6) = 17,79$; $p < 0,001$ (0,380). Finalmente, para la escala de depresión se obtuvo $F(2,3;66,9) = 11,04$; $p < 0,001$ (0,276).
- No hubo un efecto significativo de la interacción de grupo y tiempo, lo que nos indica que el paso del tiempo influyó de igual forma en madres y padres.

A continuación, se muestra gráficamente la evolución que han sufrido las reacciones de ansiedad rasgo (evaluada en la fase uno y cuatro al no variar en 6 meses), ansiedad estado y depresión (evaluadas en las cuatro fases del estudio).

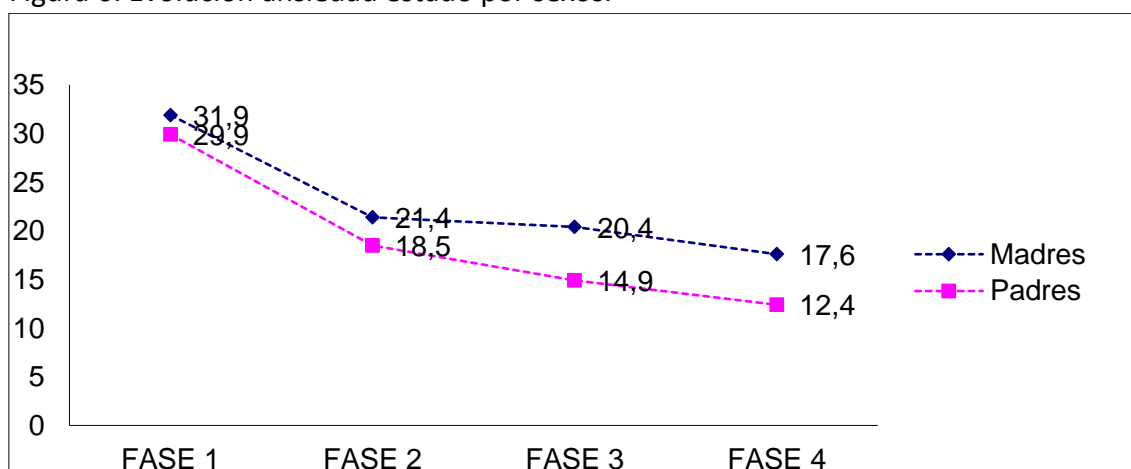
Como podemos observar, la ansiedad rasgo baja desde los 19,6 puntos a 14,3, pasando en la mujer del percentil 40 al 20, mientras que en el hombre pasa del percentil 35 al 10 (Figura 5).

Figura 5. Evolución ansiedad rasgo por sexos.



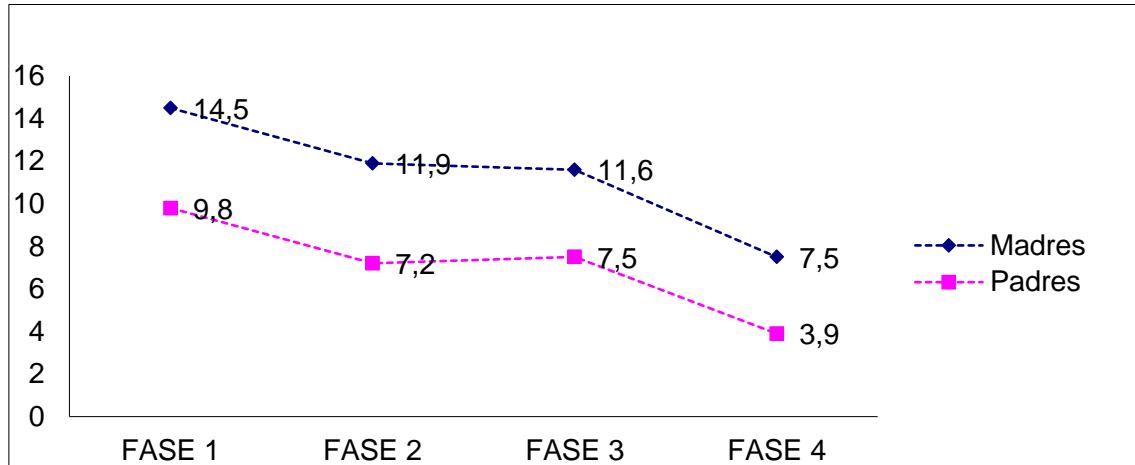
Para la ansiedad estado, el descenso es más acentuado, pasando de 31,1 a 15,6 puntos. En percentiles por sexos, esto se traduce en un descenso para la madre del percentil 77 al 25, mientras que el descenso en el padre va del percentil 80 al 20 (Figura 6).

Figura 6. Evolución ansiedad estado por sexos.



En la reacción depresiva también apreciamos un descenso, que pasa de 12,9 a 6,1 puntos. En el caso de la madre, encontramos en la fase uno una depresión leve (14-19 puntos) que pasa a mínima en las siguientes fases. En el caso del padre, en todo momento se mantiene dentro del rango mínimo de depresión. En ambos casos va reduciéndose a medida que pasa el tiempo (Figura 7).

Figura 7. Evolución depresión por sexos.



CAPÍTULO IV.
DISCUSIÓN

CAPITULO IV. DISCUSIÓN

En este estudio analizamos la presencia de los síntomas de estrés, ansiedad y depresión en padres de niños ingresados en una UCIN y exploramos si existen variables de tipo sociodemográfico y clínico que estén relacionadas con estas reacciones. Asimismo, observamos la evolución de estas reacciones psicológicas de los padres, desde el nacimiento e ingreso en UCIN hasta que los niños están en sus domicilios con 6 meses de vida.

4.1. OBJETIVO 1. Explorar los niveles de estrés, ansiedad y depresión presentes en los padres de recién nacidos ingresados en una UCIN.

La bibliografía sobre ese tema sugiere que los padres que están expuestos al ingreso de su hijo en una UCIN van a experimentar estrés en diferentes niveles, independientemente de las características sociodemográficas y clínicas tanto de la madre como del recién nacido (70, 71, 85-87, 90, 91, 93, 95, 131). Es un proceso psicológico originado ante una exigencia al organismo, frente a la cuál éste no tiene información para proporcionarle una respuesta adecuada, activando un mecanismo de emergencia consistente en una activación psico-fisiológica que recoge más y mejor información, procesándola e interpretándola más rápida y eficientemente, lo que permite al organismo mostrar una respuesta adecuada a la demanda.

En la mayoría de los estudios revisados (72, 86, 88, 131, 140, 145-150), el estrés de los padres se evalúa con un instrumento denominado escala de estrés parental: Unidad de cuidados intensivos neonatales (PSS: NICU). Este instrumento proporciona una puntuación global, así como puntuaciones en varias subescalas, relacionadas con luces y sonidos de la unidad, aspecto y comportamiento del bebé, impacto en el rol parental y su relación con el bebé, y comportamiento y comunicación de los padres con los profesionales sanitarios, evaluando las situaciones a las que se enfrentan los padres en cada dimensión desde no ha sido estresante en absoluto hasta ha sido extremadamente estresante.

Los resultados obtenidos en este estudio con la utilización del PSS: NICU muestran que las situaciones que son valoradas con puntuaciones más altas por los padres son aquellas relacionadas con las dimensiones impacto en el rol parental, aspecto y comportamiento del bebé y experiencia general. En estas tres dimensiones la puntuación media es superior a 3 puntos que denota que la experiencia es, al menos, moderadamente estresante.

Nuestros resultados coinciden con los obtenidos por la mayoría de los trabajos que evalúan esta variable y realizados en otros países, tales como Alemania, Australia, Estados Unidos, Nueva Zelanda, India, Italia, Turquía^{72, 86, 88, 131, 132, 140, 145-151}. En estos estudios, las dimensiones que muestran niveles de estrés superiores son, de mayor a menor, el impacto en rol parental, el aspecto y comportamiento del bebé y luces y sonidos de la unidad, aunque los trabajos de Ionio y cols¹³², Kardas y cols¹³¹ y Pritchard y cols¹⁴⁰ muestran como primera dimensión estresante el aspecto y comportamiento del bebé, aunque con diferencias escasas con respecto al rol parental.

Enke y cols¹³⁷ estudiaron en 66 UCIN alemanas, sobre una población de 1277 padres, únicamente las dimensiones impacto en el rol parental (2,97) y comportamiento y comunicación con el personal (1,44). Obtuvieron niveles un poco más bajos que los obtenidos por nuestra muestra, pero indicativos de niveles bajos-moderados de estrés.

En población española específicamente, el estudio de León Martín y cols¹⁴⁵ obtuvo resultados en una línea similar a los encontrados en este trabajo, aunque las puntuaciones en las distintas subescalas del PSS: NICU son ligeramente superiores. Dentro del mismo hospital de nuestro estudio, Sánchez y cols¹⁵² han analizado el estrés parental una vez que los recién nacidos eran trasladados a la unidad de Neonatología. La población estuvo conformada por 24 padres y los resultados indican que las dimensiones impacto en el rol parental y aspecto y comportamiento del bebé fueron las que más estrés generaron. Las puntuaciones encontradas fueron ligeramente inferiores a las de este trabajo y estas diferencias pueden ser atribuibles al hecho de que los padres completaron el cuestionario una vez que el recién nacido había salido de la UCIN y, por tanto, la situación de mayor riesgo para la salud del niño había pasado.

Con respecto a las reacciones de ansiedad, en nuestra muestra las puntuaciones obtenidas con el cuestionario STAI son, en general, inferiores a las descritas en otros estudios similares^{16, 80, 93, 153, 154}. Sin embargo, estas diferencias pueden ser posiblemente atribuidas a que utilizan distinto baremo para puntuar cada una de las opciones, siendo en nuestro estudio de 0 a 3, siguiendo la adaptación española de la escala¹⁴³ en la que 0 se atribuye a la negación de un sentimiento, mientras que en la escala original¹¹¹ se utiliza un baremo de 1 a 4. En cualquier caso, las puntuaciones medias obtenidas tanto en la escala ansiedad estado como ansiedad rasgo denotan niveles de ansiedad elevados, encontrándonos que superan el percentil 70-75 de la muestra normativa para la ansiedad estado y el percentil 50-55 para la ansiedad rasgo. Estos resultados están en consonancia con los estudios de Welch y cols⁸⁰ y Candelori y cols¹⁶.

Los síntomas depresivos, tales como trastornos del sueño, del apetito o sentimientos de culpa, son algunas de las reacciones más frecuentes que aparecen en los padres de niños que ingresan en UCIN. En nuestro estudio, la puntuación media obtenida en la escala BDI-II se encuentra en el intervalo 0-13 puntos, que se interpreta, según los puntos de corte sugeridos por los autores de la escala¹²⁴, como indicativo de mínimo trastorno emocional.

En otros estudios realizados con madres de niños prematuros^{155,156}, los resultados obtenidos tras la aplicación de la misma escala reflejan niveles de depresión moderada. Otros estudios que incluyen a ambos progenitores¹⁵⁷⁻¹⁵⁹ también reflejan síntomas depresivos más intensos que los encontrados en este trabajo. Estos niveles superiores de síntomas depresivos pueden ser debidos a la edad gestacional del niño, ya que, por ejemplo, en el estudio de Cano Gimenez y cols¹⁵⁷ se incluye únicamente a niños a término que presentan problemas de salud graves como cardiopatías congénitas o encefalopatías hipóxico-isquémicas, mientras que en la nuestra se incluyen niños de todas las edades gestacionales. Estas madres presentan más estrés ya que esperaban tener un niño sano a término y en el momento del nacimiento se complica la situación del recién nacido.

Sin embargo, el estudio de Helle y cols¹⁵⁹ realizado en Alemania obtiene puntuaciones en la escala BDI-II inferiores, hecho que se puede explicar porque la

evaluación de los padres se realizó un mes después del nacimiento del niño, de modo que la fase más crítica del recién nacido ya había pasado.

4.2. OBJETIVO 2. Identificar qué variables están relacionadas con los niveles de estrés, ansiedad y depresión que exhiben los padres.

Algunas de las variables sociodemográficas analizadas aparecen relacionadas con las reacciones psicológicas evaluadas. Específicamente, el sexo se relacionó con las puntuaciones de estrés en las dimensiones impacto en el rol parental y experiencia general de estrés y con las escalas de ansiedad rasgo y depresión. Las mujeres puntuaron más alto que los hombres en todos los casos. Este resultado coincide con lo encontrado en otros estudios similares. En el estudio de Pritchard¹⁴⁰ se obtienen niveles de estrés moderados como en el nuestro, siendo las madres las que muestran mayor estrés, con calificaciones de extremadamente estresante frente a la ausencia de esta puntuación en los padres. En nuestra muestra, las madres también se muestran extremadamente estresadas, pero encontramos hombres que también aplican esta puntuación. Enke y cols¹³⁷ e Iono y cols¹³² también encuentran más estrés en las madres frente a los padres, al igual que otros estudios¹⁴⁵⁻¹⁴⁷. Sin embargo, Aftika y cols¹⁶⁰ y Sánchez y cols¹⁵² no encontraron diferencias para esta variable.

En el trabajo de Candelori y cols¹⁶, presentan en todo momento las mujeres niveles de ansiedad y depresión mayores que los hombres, pero estando la mayoría dentro del rango intermedio. En referencia a la ansiedad estado, que podría ser la más influenciada por la situación de ingreso en UCIN, destacamos que casi una quinta parte de los varones pertenecía a la categoría de alto nivel.

Los estresores de las madres pueden ser muy diferentes de los padres, así como la forma en que cada uno maneja ese estrés. Esta vivencia, también repercute en cómo reaccionan ante la ansiedad y la depresión que les va a generar el ingreso de su hijo.

Esta diferencia de género, podría explicarse a raíz del diferente rol que desempeña cada miembro de la pareja. La madre presenta una interacción con el hijo mayor que el padre, el cual se muestra reacio a tener un contacto íntimo con su hijo. Posiblemente, el hecho de que no puedan interactuar socialmente con su hijo por la fragilidad de su estado, hace que sea difícil para los padres involucrarse con su bebé

y sentir que se han convertido en padres. De hecho, se centran principalmente en las necesidades de la madre y del bebé, de manera que su prioridad es la comprensión cognitiva de la situación. Para los padres es crucial saber qué le ocurre a su hijo, y requieren información de forma repetida, considerándose una estrategia activa y adaptativa. Por tanto, la adquisición del rol paternal se va a producir más lentamente, pasando de un sentimiento de distancia hacia el aumento de la cercanía¹⁴⁷.

Asimismo, el hecho de que el padre realice menos visitas a su hijo durante el ingreso, también influye en este retraso en la adquisición del rol parental¹⁶¹. Sin embargo, el hecho de que la madre pase más tiempo junto al niño, especialmente durante la hospitalización, hace que estas sientan una mayor responsabilidad con respecto a su rol y su percepción de no estar directamente involucradas en el cuidado de su hijo¹⁶².

Respecto al estado civil, encontramos más estrés en los progenitores que tienen pareja frente a los solteros para la dimensión aspecto y comportamiento del bebé de forma significativa. Este resultado aparece también en esta variable para la dimensión luces y sonidos en el estudio de Alkozei y cols¹⁴⁸. En un estudio de Dudek y cols¹⁶³ también encontramos esta relación significativa. El resto de estudios no hayan relación entre ambas variables. En nuestro estudio, la ansiedad no se ve afectada por el estado civil, pero si encontramos relaciones significativas para la depresión, dónde obtenemos niveles de depresión mayores en los progenitores que viven en pareja frente a los solteros. En este sentido, la calidad de la relación marital fue definida como predictiva de la depresión posparto^{159, 164}.

Otra de las variables sociodemográficas asociadas con las reacciones de estrés, ansiedad y depresión fue la edad. Específicamente, a mayor edad, la intensidad de las reacciones de estrés en las dimensiones aspecto y comportamiento del bebé, impacto en el rol parental y experiencia general, de ansiedad en sus dos vertientes, rasgo y estado, y los síntomas depresivos fueron de menor intensidad. Por tanto, encontramos mayor sintomatología en aquellos padres que son más jóvenes. Esto se puede explicar en base a la falta de recursos económicos en muchas ocasiones y a la falta de madurez para afrontar situaciones difíciles. Este resultado se repite en varios estudios^{86, 88, 137}. Sin embargo, Turner y cols¹⁶⁵ encontraron más estrés en los padres de edad más avanzada,

hallazgo justificable por el hecho de que fuese la última oportunidad para ellos de ser padres.

Los recursos económicos han demostrado ser una causa de estrés en los padres, ya que una estancia larga en la UCIN va a conllevar una serie de gastos extras en los padres que deben acudir a diario a ver a su hijo al hospital como son el transporte, aparcamiento, comida, etc. En nuestro estudio obtenemos niveles mayores de estrés en aquellos padres que cuentan con ingresos mensuales menores de 1000 euros. Este resultado viene corroborado por Sánchez y cols¹⁵², Treyvaud y cols¹⁶⁴ y Chourasia y cols⁸⁶, quienes detectaron que una estancia larga en la UCIN aumentaba los niveles de estrés. Estos resultados también aparecen relacionados con la ansiedad rasgo, ya que los padres con más ingresos (>2000 euros/mes) presentan menos ansiedad rasgo que el resto.

A pesar de que en nuestra muestra no hemos obtenido resultados significativos para el estrés, otros investigadores han encontrado influyente el nivel de estudios, apareciendo menos estrés en las personas con nivel académico más alto^{137, 149, 164}. Este hecho se relaciona con la posibilidad de tener mayores ingresos económicos como consecuencia de los estudios que les permiten acceder al mercado laboral. Sin embargo, en nuestra muestra si obtenemos que los padres con estudios universitarios presentan menos ansiedad rasgo que el resto.

Las variables clínicas relacionadas con la concepción, la gestación, la situación del recién nacido,..... también mostraron asociación con las reacciones psicológicas de los padres. En concreto, en nuestra muestra encontramos mayores niveles de estrés en aquellos padres que tienen hijos que nacen con mayor peso y semanas de gestación, es decir, en aquellos niños que nacen prácticamente a término, pero con alguna enfermedad que compromete su vida, como las anomalías cardíacas congénitas o la encefalopatía hipóxico-isquémica¹⁵⁷. Este hallazgo puede explicarse por el hecho de que para un niño que nace prematuro se espera que va a estar enfermo y va a requerir de unos cuidados específicos en UCIN. Sin embargo, cuando las parejas han tenido un embarazo sin ningún problema, el hecho de que haya que ingresarlo en UCIN va a suponer un gran revés a las expectativas que tenían. La mayoría de estudios que analizan el estrés paternal en UCIN se basan en muestras únicamente de niños prematuros, de

ahí la contrariedad en los resultados obtenidos, pues detectan que a mayor prematuridad aparece más estrés^{88, 132, 136}. También encontramos estudios donde no se encuentra relación entre estas variables¹⁴⁹.

A pesar de que en nuestra muestra no hallamos relación entre estas variables y las reacciones ansiosa y depresiva, Helle y cols¹⁵⁹ en su trabajo encuentran que la edad gestacional tiene una clara influencia en la depresión posparto que puede aparecer en madres y padres, aunque no haya resultados significativos, obtienen que las madres de niños de muy bajo peso al nacer (prematuros) presentan un riesgo 4 a 18 veces mayor que las madres de niños nacidos a término. El riesgo para los padres es 3 a 9 veces mayor. En el trabajo de Candelori¹⁶ encontramos que más de dos tercios de las madres y un tercio de los padres superaron los umbrales de riesgo de depresión correspondientes. Por tanto, las mujeres siempre van a presentar mayor riesgo que los padres y este va a ser mayor cuando el nacimiento del niño ha sido prematuro frente a los nacidos a término^{93, 132, 166, 167}. Asimismo, los resultados de estrés parental, impacto negativo en la dinámica familiar y depresión son mayores en los progenitores de prematuros que en los nacidos a término, afectando igualmente más a las madres que a los padres. Las características clínicas y el estado de salud del niño una vez que ha nacido son las que más influencia van a tener en las reacciones de los padres¹⁶⁴.

En nuestra muestra no encontramos significativo el hecho de que los padres hayan tenido un hijo prematuro previo y, por tanto, con el actual hijo, ya tengan una experiencia previa de ambiente que rodea a su hijo en la UCIN. Sin embargo, Enke¹³⁷ lo relaciona con menores niveles de estrés. Lo que si hallamos es menor ansiedad rasgo en aquellos padres que ya conocían la existencia de las UCIN, aunque no hubiesen tenido hijos prematuros previamente.

Afectando únicamente a las reacciones ansiosas, encontramos asociaciones significativas con las variables concepción, tipo de parto y causa de prematuridad. Respecto al modo en que se concibió al niño, encontramos niveles de ansiedad más elevados cuando la concepción ha sido de forma natural. Esto se puede explicar porque cuando no ha habido ningún problema para concebirlo, se espera un desarrollo normal del embarazo y que se produzca el parto a término. Cuando la concepción tiene que ser mediante técnicas medicamente asistidas, ya partimos de una situación que

entendemos como anómala y, por tanto, el riesgo de que ocurran acontecimientos como el parto prematuro lo tenemos presente a diario. Sánchez y cols¹⁵² encuentra en su muestra significativo el hecho de que la concepción haya sido de forma artificial.

Otra variable que eleva la ansiedad es el tipo de parto. Cuando el nacimiento se produce de forma repentina por cesárea urgente aparecen mayores puntuaciones de ansiedad estado. Este resultado también aparece cuando la cesárea es programada en el estudio de Misund y cols¹⁶⁸.

Finalmente, cuando el motivo del nacimiento prematuro del recién nacido ha sido la preeclampsia se alcanzan puntuaciones más elevadas, puesto que es una patología que implica una incapacidad en la madre para mantener el desarrollo del feto y puede poner en peligro tanto a la madre como al feto. Esta asociación también la encontramos en el estudio de Misund y cols¹⁶⁸.

En relación con la sintomatología depresiva, encontramos niveles más elevados en aquellos padres que sufrieron un aborto previo al nacimiento del presente hijo, pues han pasado ya por una situación que ha sido traumática para ellos y van a estar temiendo la posibilidad de algún problema para el nacimiento del presente hijo.

Como factor protector, aparecen niveles más bajos de depresión cuando se ha bañado al niño durante su estancia en Neonatología, hecho que puede sugerir que los padres se encuentran más seguros y capaces de poder cuidar a su hijo en el domicilio una vez que le den de alta.

Aunque los factores mencionados son relevantes, los resultados obtenidos por Shaw y cols sugieren que las características sociodemográficas maternas, el historial del embarazo y la gravedad de la historia clínica del lactante no pueden utilizarse para diferenciar a las madres con mayor riesgo de ansiedad, depresión y síntomas de estrés postraumático de los que presentan resultados negativos. Esto sugiere que no es posible informar a las madres sobre la base de variables sociodemográficas o aspectos de la historia clínica de sus hijos, incluyendo la edad gestacional¹⁵⁶.

4.3. OBJETIVO 3. Evolución de las reacciones psicológicas.

A lo largo de las cuatro fases (seis meses entre la primera y la última) encontramos un descenso significativo de la ansiedad y la depresión, siendo el descenso para ambos sexos similar y no significativo. Encontramos estudios que evalúan la evolución de los niveles de depresión a largo plazo, generalmente tras la aplicación de algún tipo de intervención, tratando de verificar un descenso significativo. En nuestro caso no se ha realizado ninguna intervención sobre los padres y se ha observado la evolución “natural” de estas reacciones. Los valores medios de ansiedad y depresión en la última fase del estudio se encuentran dentro de los rangos normales para la población general, ya que en todo momento se encuentran por debajo de la media para las reacciones ansiosas, y, dentro de la sintomatología depresiva no se alcanzan niveles clínicos, mostrándose a lo largo de los seis meses en valores mínimos para los padres, mientras que las madres pasan de una leve depresión inicial a valores mínimos en las tres fases siguientes. Esto indica que, en general, estas reacciones relativamente intensas de ansiedad y depresión se van atenuando de manera progresiva a medida que las condiciones del niño van mejorando.

A pesar de ello, diversos estudios han testado diversas intervenciones destinadas específicamente a ayudar a los padres a disminuir estos síntomas. Por ejemplo, podemos destacar el desarrollo de un programa de intervención llamado “Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE)”¹⁶⁹ en el que se actuó sobre los padres durante el periodo de ingreso y se evaluaron los niveles de ansiedad, depresión y estrés paternos durante la estancia en el hospital y hasta que los prematuros cumplieron 2 meses de edad corregida (edad contada a partir de la fecha probable de parto según la última menstruación) y se encontraban ya en casa. Se observó que los niveles de ansiedad y depresión se redujeron en las madres, mientras que en los padres no hubo diferencias con el grupo control. También se observó que la duración del ingreso hospitalario fue menor en aquellos niños cuyos padres habían participado en el programa de intervención. Este mismo investigador, realizó más trabajos aplicando el mismo programa COPE obteniendo que los niveles de ansiedad y depresión se reducían y mejoraba la interacción madre-hijo¹⁷⁰. Asimismo, obtuvieron que las madres menores de 21 años y sus hijos presentaban menos ansiedad a los dos años de haber recibido el

programa frente al grupo control. Sin embargo, en las madres mayores de 21 años no se obtuvo mejoría¹⁷¹.

Otra intervención que se plantea es la creación de grupos de apoyo de madres que habían tenido previamente un niño ingresado en la UCIN a las que se adiestro y que estaban disponibles a través del teléfono para asistir a las madres cuyos hijos se encontraban en la actualidad ingresados. Se observó una reducción de los niveles de ansiedad y depresión respecto al grupo control¹⁷².

Buarque y cols plantean la creación de grupos de apoyo interdisciplinarios compuestos por neonatólogos, personal de enfermería y los padres. El grupo de apoyo desplegó acciones sobre los familiares de los recién nacidos de riesgo basándose en los principios de la atención centrada en la familia. Estos principios permiten restablecer la competencia parental, ayudando a los trabajadores sanitarios a respetar los valores y sentimientos de los miembros de la familia y los padres, propiciando el establecimiento de una asociación en la atención neonatal. También obtienen como resultado el descenso de los niveles de ansiedad y depresión¹⁷³.

En otro estudio se puso en marcha un programa que daba apoyo educativo y emocional simultáneamente, obteniendo reducciones significativas del nivel de estrés en el grupo de la intervención frente al grupo control tras una análisis pre y post intervención¹⁷⁴.

Sobre una población similar al estudio anterior se aplicó el FNI, una intervención que incluye actividades que involucran a la madre y al bebé mediante experiencias físicas, sensoriales y emocionales aplicadas por enfermeras entrenadas. Se evaluaron las reacciones de ansiedad y depresión y se obtuvo un descenso significativo de ambos parámetros al alta y a los cuatro meses de edad corregida. El FNI se basa en la hipótesis de que la separación prolongada de la madre y el bebé prematuro provoca consecuencias adversas que pueden mejorarse mediante una intervención didáctica².

En un estudio multicentrico se aplicó una intervención denominada FICare sobre los padres de neonatos menores de 33 semanas de gestación durante el ingreso en UCIN. Se les proporcionaron recursos para facilitar la permanencia de los padres el mayor tiempo posible y sillas cómodas para realizar el método canguro. Cada unidad

ofreció un salón y dormitorio para el uso exclusivo de los padres, así como servicios para facilitar el gasto que los padres tenían durante los periodos prolongados de tiempo que pasaban en el hospital, como vales de aparcamiento o transporte. Todo el personal sanitario y padres veteranos voluntarios fueron entrenados en esta terapia para que ayudasen a los padres a interactuar mejor con sus hijos. Como resultado, se produjo menor ansiedad y estrés en los padres, menor soporte ventilatorio y estancia hospitalaria y aumentó la confianza y capacidad de los padres para cuidar a los niños con problemas tras el alta, lo que repercutió en menores reingresos y cuidados domiciliarios¹⁷⁵.

Se realizó una revisión sistemática que evaluó seis programas de intervención preventiva centrados en la familia que tenían por objetivo mejorar la situación de padres y niños durante su estancia en UCIN. Muchos niños que se van de alta, continúan necesitando cuidados en casa para su desarrollo como en el caso de la displasia broncopulmonar, lo que mantiene los niveles de ansiedad y, en ocasiones, depresión en los padres. Los resultados a largo plazo (uno de ellos a los 5 años) para valorar la resiliencia del programa fueron modestos. Como conclusión obtienen que el desarrollo de la intervención debe continuar después del alta a casa para mejorar la resiliencia del niño prematuro, así como el bienestar de los padres¹⁷⁶.

En otro estudio, se realizaron tres grupos, uno control, otro en el que se aplicó el método canguro y un tercero al que se aplicó la terapia auditivo-táctil-visual-vestibular. Los resultados sugieren que las intervenciones a corto plazo, como el método canguro y la intervención auditivo-táctil-visual-vestibular, tienen efectos importantes sobre las madres y sus recién nacidos prematuros, especialmente en la primera mitad del primer año¹⁷⁷.

Se ha planteado una intervención antenatal que mejora las reacciones paternas que consiste en dotarles de información y enseñarles las UCIN a aquellos padres que por la patología que presenta su hijo tienen una elevada posibilidad de que acaben ingresados en UCIN. A través de esta consulta individualizada donde resuelven sus dudas y la visita a la UCIN donde ven a otros niños y al equipo de profesionales que trabajan con ellos, se consigue que el impacto del ingreso sea menor para ellos¹⁷⁸.

Igual de importante para reducir las reacciones negativas una vez que los niños se van de alta a su domicilio, es dotar a los padres de una información clara respecto a la morbilidad que pueden presentar sus hijos. Deben conocer las pautas de desarrollo y crecimiento ajustadas a la edad gestacional de cada niño, ya que todo ello va a depender de la edad corregida, que sería la edad que tendría el niño si hubiese nacido en la fecha probable de parto. En general, el 62% de los padres reportaron incorrectamente la edad ajustada a la gestación de su hijo. La ansiedad de los padres con respecto a todos los resultados puede ser disminuida mediante una explicación exhaustiva de la edad ajustada a la gestación y una discusión de los problemas esperados relacionados con la prematuridad¹⁷⁹.

Un estudio piloto novedoso planteo que a los padres de prematuros de muy bajo peso que eran dados de alta a su domicilio se les iba a dotar, además de los cuidados domiciliarios habituales dados a todos, de una aplicación de smartphone (NICU-2-Home) de apoyo a los padres. Como resultados obtuvieron que puede mejorar la autoeficacia de los padres, la preparación para el alta de los cuidados domiciliarios y necesitan durante menos tiempo dichos cuidados¹⁸⁰. En relación con la tecnología, en 2016 se evaluó a un grupo de madres que valoraron positivamente recibir mensajes electrónicos sobre el estado de sus bebés por parte de la UCIN, hecho que podría contribuir a reducir el estrés que sufren. Aun así, la mayoría de las madres consideran que la mensajería electrónica mejorará la comunicación pero no debe reemplazar la comunicación verbal¹⁸¹.

Cómo podemos observar, la mayoría de intervenciones se centran en la madres, dejando de lado al padre. Hay que tener en cuenta que más del 10% de los padres experimentan depresión perinatal y ansiedad durante el período perinatal, siendo escasa la atención que se les presta. Una revisión sistemática trato de analizar las opciones de tratamiento convencional disponibles para los hombres. Se identificó que la depresión y la ansiedad paternas pueden tener un impacto negativo en las relaciones familiares, así como en la salud de las madres y los niños. La evidencia sugiere una falta de apoyo y opciones de tratamiento adaptadas para los hombres que tienen dificultad para adaptarse a la transición a la paternidad. De las limitadas opciones disponibles, la terapia cognitivo-conductual, el grupo de trabajo y programas de entrega combinada,

incluyendo los enfoques de e-apoyo parecen ser más eficaces para ayudar a estos padres. Por tanto, se hace necesaria la inclusión de los requisitos específicos de los varones en apoyo y tratamiento de estas reacciones. La intervención psicoterapéutica podría abordar las diferencias cognitivas y la disonancia para los hombres adaptándose al papel de padre, incluyendo la identidad masculina y expectativas de rol⁸⁹.

Además de los resultados ya mencionados, encontramos más estudios donde se obtienen resultados similares^{155, 167, 182-186}.

Varios estudios han demostrado que una intervención temprana en la UCIN va a propiciar que los padres reduzcan los niveles de estrés, ansiedad y depresión más rápido que los progenitores del grupo control^{2, 152,167,168}. Una revisión sistemática y metaanálisis sugiere posibles intervenciones beneficiosas para los síntomas (musicoterapia, FNI, COPE, NIDCAP...). Son especialmente útiles los enfoques de terapia cognitiva comportamental¹⁶⁸.

El empoderamiento es visto como un proceso de apoyo en el que la persona mejora su bienestar a través del desarrollo de conocimientos y habilidades para mejorar los problemas y ganar control. Las intervenciones que aplican estrategias de empoderamiento para fomentar conductas parentales positivas podrían reducir efectivamente el estrés de los padres¹⁸⁷.

Finalmente, se observa una asociación entre las variables psicológicas analizadas en este estudio, lo que indica que los padres que se enfrentan a esta situación experimentan un grupo de reacciones con una clara influencia entre ellas, de modo que cuando aumenta una, se produce un aumento en los niveles de las otras a lo largo de las cuatro fases del estudio. Además, la escala de estrés también presenta una correlación positiva con las escalas de depresión y ansiedad de modo significativo.

Esta interrelación entre las variables aparece descrita en muchos otros estudios. En el estudio de Pritchard¹⁴⁰ se analiza la asociación de la ansiedad, depresión, fatiga y sueño disruptivo analizado con la escala Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS), obteniendo relaciones significativas entre las distintas reacciones con la escala de estrés, al igual que en nuestro estudio.

4.4. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

El nacimiento de niños de muy bajo peso al nacer va a generar estrés en los progenitores, por lo que sería recomendable un sistema de screening para detectar precozmente a las madres de niños prematuros con depresión postparto, pues puede alcanzar niveles clínicos severos que van a requerir tratamiento. Además de la prematuridad, patologías como los defectos cardíacos y la encefalopatía hipóxico-isquémica también van a requerir una evaluación de los padres y poner en marcha algún tipo de intervención que les ayude¹⁵⁷.

El personal de enfermería que cuida a los recién nacidos ingresados en UCIN está capacitado, dentro del currículo de enfermería, para evaluar los aspectos psicosociales de los padres, por tanto, debemos ser capaces de detectar la sintomatología estresante, ansiosa y depresiva en los mismos, promoviendo intervenciones que permitan reducir la intensidad de dichas reacciones o derivar a los padres al servicio de psicología clínica en los casos con sintomatología más grave.

Es llamativo el resultado de que mientras los padres están en UCIN y se alcanzan los niveles más altos, incluso clínicos de ansiedad y depresión, el personal no ofrezca la atención psicológica disponible en el hospital. Teniendo en cuenta que el 36,26% de la muestra va a presentar niveles de depresión solo se ofrece al 25,6%. Asimismo, los padres también se muestran reacios a hacer uso del mismo, puesto que solo el 11% solicitó el servicio.

Estos resultados son más llamativos durante el ingreso en Neonatología, puesto que el servicio es ofrecido al 90,2% de los padres, siendo el 17% el que hace uso del mismo. Este hecho nos muestra que el personal de Neonatología es más consciente de los recursos de los que dispone el hospital para atender a los padres. En muchos casos, la tensión acumulada durante la estancia en UCIN va a descargarse una vez que los niños son trasladados a Neonatología, con lo que muchos padres van a empezar a manifestar estas reacciones de ansiedad y depresión en este momento.

Sería recomendable la creación de un protocolo de evaluación que nos permita valorar a los padres a través de los cuestionarios de los que disponemos, cuantificando la intensidad de las reacciones estresante, ansiosa y depresiva.

En una revisión sistemática se identificaron seis necesidades en los padres que tenían un bebé ingresado en la UCIN¹⁸⁸:

1. información clara e inclusión en el cuidado del bebé.
2. vigilar la observación y protección del niño.
3. contacto con su hijo
4. ser percibida su presencia como positiva por el personal de enfermería
5. atención individualizada
6. una relación terapéutica con el personal de enfermería.

Así mismo, se identificaron cuatro comportamientos del personal de enfermería que posibilitarían ayudar a los padres a atender estas necesidades:

1. apoyo emocional.
2. potenciación del papel de los padres.
3. un ambiente acogedor y de apoyo en las políticas de la unidad.
4. educación de los padres para favorecer la oportunidad de practicar nuevas habilidades a través de la participación guiada.

Las tendencias sociales actuales han fomentado la participación del padre en los cuidados del niño que ingresa en UCIN y, por lo tanto, las enfermeras necesitan ser más conscientes de los padres en el entorno clínico y deben incluirlos en la atención de la salud del bebé. Por ello, debemos reconocer las diferentes necesidades de cada uno para aplicar las intervenciones más adecuadas que les ayuden a reducir los niveles de estrés que están sufriendo.

Los padres y madres de los bebés necesitan igualmente ser ayudados inmediatamente después del parto y la subsiguiente hospitalización, ya que las intervenciones tempranas centradas en los padres pueden ser capaces de prevenir futuras dificultades en su relación con el niño (vinculo) y el desarrollo del niño¹⁸⁹.

El tratamiento de la depresión postparto en los padres de los neonatos de muy bajo peso al nacer tan pronto como sea posible probablemente moderaría el riesgo de desarrollo de depresión en este grupo de niños particularmente vulnerable¹⁵⁹.

Por tanto, y como complemento al protocolo de evaluación, debemos crear un protocolo de intervención que incluya actividades orientadas a minimizar la intensidad de las reacciones en los casos leves o nos permita derivarlos al servicio de psicología clínica en los casos graves como complemento a nuestras intervenciones.

Dentro de las intervenciones que se pueden incluir en el protocolo encontramos la organización de grupos de padres donde puedan expresar sus inquietudes y miedos, contando con la participación de padres que ya se han ido a casa con sus hijos, etc. La realización de talleres en los que se enseñen técnicas de relajación, consejos sobre cómo mejorar la higiene del sueño, etc., así como hacerles a diario participes del cuidado de sus hijos mediante acciones tan simples como tocarlos inicialmente, para pasar paulatinamente a colaborar en el cambio de pañal, aseo, alimentación y método canguro.

La valoración de los padres debe formar parte del plan de cuidados que nos planteamos con cada niño que ingresa. En UCIN nuestro cliente no es sólo el recién nacido, sino la diada padres-niño. Por tanto, debemos identificar aquellos diagnósticos que aparecen en los padres diseñando un plan de cuidados basado en los diagnósticos NANDA¹⁹⁰, los resultados NOC¹⁹¹ y las intervenciones NIC¹⁹².

Un plan adecuado que permita cubrir las necesidades de los padres aparece resumido en el anexo IX.

El avance en el análisis de las reacciones de los padres puede mejorar la comprensión del universo psicológico de los padres, cuidadores primarios y de largo plazo de estos bebés tan vulnerables.

El conocimiento acerca de los pensamientos, sentimientos y creencias paternas, ayudan a orientar la adecuada implementación de estrategias de intervención que facilitan el cuidado de la diada padres-prematuro.

La Fundación europea para el cuidado de los recién nacidos, dentro de decálogo de la Declaración de los derechos de padres y recién nacidos establece en su punto 7 “Todos los padres y niños nacidos en riesgo tienen derecho a recibir apoyo psicológico, social y financiero y, si es necesario, apoyo cultural individual apropiado para el duelo”¹⁹³. Por tanto, con el fin de reducir al mínimo el inmediato impacto desfavorable

en la relación madre-hijo, se hace patente la necesidad de servicios que proporcionen apoyo educativo y psicológico a los padres de recién nacidos durante la hospitalización en la UCIN.

Como queda demostrado en la bibliografía, los padres van a estar sometidos a numerosos acontecimientos estresantes que van a generar en ellos reacciones de estrés, ansiedad y depresión, alcanzando en ocasiones niveles clínicamente significativos. Con el fin de ayudarles, el personal sanitario que cuida de sus hijos, debe atender también las necesidades que presentan. De hecho, nuestro paciente no es el niño ingresado, sino la diada padres-hijo, la cual es indisoluble.

Como hemos visto anteriormente, los CCDF van a estar presentes desde el momento del ingreso del recién nacido. Algunos de estos cuidados son sencillas medidas, que implicarían: controlar el ruido, poner cobertores para las incubadoras, la sensibilización del personal, disminución de la intensidad sonora de las alarmas, controlar la intensidad lumínica con focos de intensidad regulable, establecer horas quietas para permitir el descanso de los niños, implantar un protocolo de mínima manipulación, acometer medidas para el confort y el control del dolor, utilizar nidos o barreras de contención para el cuidado de la postura y mantenimiento de la flexión, usar sacarosa como analgésico en cualquier maniobra que pueda comportar dolor, hacer escalas para la evaluación del dolor. Además de acciones sobre el niño, también se incluyen otras medidas que afectan a los padres, como son: permitir la entrada de los padres y otros familiares, fomentar la lactancia materna, incrementar la interacción padres-hijo incorporándolos a cuidados básicos como el aseo, cambio de pañal, etc y el método canguro. Todo esto favorece que los padres obtengan mayor seguridad y confianza en sí mismos.

CAPÍTULO V.
CONCLUSIONES

CAPITULO V. CONCLUSIONES

1. Tener un hijo ingresado en UCIN es un acontecimiento inesperado que puede generar niveles elevados de estrés, síntomas de ansiedad y de depresión
2. En general, las madres de los niños presentan reacciones psicológicas más intensas que los padres. Los padres más jóvenes y con nivel económico y educativo más bajo presentan mayor estrés y sintomatología ansiosa y depresiva.
3. Con respecto a las variables clínicas evaluadas, los aspectos que se relacionaron de una manera más significativa con el estrés, la ansiedad y la depresión fueron las semanas de gestación, el peso al nacer y el tipo de concepción del recién nacido.
4. Sería conveniente que el personal sanitario creara un protocolo de evaluación de los padres con el que poder detectar aquellas reacciones que conducen a un afrontamiento negativo de la situación, ofertando una serie de intervenciones para minimizar estas reacciones y afrontar mejor esta situación.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFIA

1. Garcia-villanova F, Cuéllar-Flores I, Eimil B, Palacios I. El estrés materno en la organización del vínculo madre-bebé prematuro de bajo peso. *Clínica contemporánea*; 2013. p. 171-83.
2. Welch MG, Halperin MS, Austin J, Stark RI, Hofer MA, Hane AA, et al. Depression and anxiety symptoms of mothers of preterm infants are decreased at 4 months corrected age with Family Nurture Intervention in the NICU. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19(1):51-61.
3. Jofré Aravena VE, Henríquez Fierro E. Nivel de estrés de las madres con recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción. *Ciencia y enfermería*. 2002;8:31-6.
4. Lengua RAEdl. *Diccionario de la lengua española*. 23 ed2014.
5. Cassirer E. *Antropología filosófica*. 5ª edición en español, 1968 ed. Mexico: Fondo de cultura económica. Palkolibro; 1944.
6. Oiberman A, Vega E, Galíndez E, al. e. Detección de factores de riesgo psicosocial en el postparto inmediato.: V Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología. UBA, 46-358 1998.
7. Santos M. Dimensión Psicosocial e interacción vincular de díadas madre-bebé durante la internación en unidad de cuidados intensivos neonatales.: *Investigación en Ciencias del Comportamiento. Avances Iberoamericanos*. Ediciones Ciipme-Conicet.; 2010.
8. Cardona A. Definición de vinculación afectiva. www.onsalus.com; 2017.
9. Chamorro Noceda LA. El apego. Su importancia para el pediatra. *Pediatría*; 2012. p. 199-206.
10. Pinto F. Apego y lactancia natural.: *Revista chilena pediátrica*; 2007. p. 96-102.
11. Stern NB. Motherhood: the emotional awakening. *J Pediatr Health Care*. 1999;13(3 Pt 2):S8-12.
12. González Serrano F. Nacer de nuevo: La crianza de los niños prematuros: la relación temprana y el apego.: *Cuadernos de Psiquiatría y psicoterapia del niño y el adolescente*. ; 2009. p. 61-80.
13. Ammaniti M. Maternal representations during pregnancy and early mother-infant interactions.: *Infant Mental Health Journal*; 1991. p. 246-55.

14. Brazelton TB, Cramer BG. La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial. Barcelona: Paidós; 1990.
15. Deeney K, Lohan M, Spence D, Parkes J. Experiences of fathering a baby admitted to neonatal intensive care: a critical gender analysis. *Soc Sci Med*. 2012;75(6):1106-13.
16. Candelori C, Trumello C, Babore A, Keren M, Romanelli R. The experience of premature birth for fathers: the application of the Clinical Interview for Parents of High-Risk Infants (CLIP) to an Italian sample. *Front Psychol*. 2015;6:1444.
17. Benyamini Y, Gozlan M, Kokia E. Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments. *Fertil Steril*. 2005;83(2):275-83.
18. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al. Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Organización Mundial de la Salud; 2009.
19. BOE. Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.: BOE núm. 126, de 27/05/2006.; 2006.
20. Ministerio de sanidad y seguridad social. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. 2016.
21. Llavona Uribe Larrea LM. El impacto psicológico de la infertilidad. Madrid: Papeles del Psicólogo; 2008. p. 158-66.
22. Tendais I, Figueiredo B. Parents' anxiety and depression symptoms after successful infertility treatment and spontaneous conception: does singleton/twin pregnancy matter? *Hum Reprod*. 2016;31(10):2303-12.
23. Moreno A, Guerra D. Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida.: Revista Iberoamericana de Fertilidad; 2007.
24. Yusuf L. Depression, anxiety and stress among female patients of infertility; A case control study. *Pak J Med Sci*. 2016;32(6):1340-3.
25. OMS. Reducción de la mortalidad de recién nacidos. Centro de prensa OMS. Nota descriptiva; 2016.
26. Doménech E, González N, Rodríguez-Alarcón J. Cuidados generales del recién nacido. Protocolos de Neonatología. 2ª ed. España: Sociedad Española de Pediatría; 2008.

27. Hernández Martínez A, Gómez Salgado J. Enfermería del recién nacido en riesgo y procedimientos neonatales. In: Vivas Tovias MF, Rey Vivas AC, Constantino Silva AB, editors. Atención al recién nacido prematuro. Madrid: Enfo ediciones; 2008. p. 406-9.
28. Ramírez Fernández R, Nazer Herrera J. Neonatología. Catalogación del recién nacido: Editorial universitaria; 2003. p. 41-6.
29. Battaglia FC, Lubchenco LO. A practical classification of newborn infants by weight and gestational age. *J Pediatr*. 1967;71(2):159-63.
30. Figueras J, Pérez-Rodríguez J, Guzmán J, García P, Carrizosa T, Salas S, et al. Análisis de resultados de los datos de morbimortalidad <st1:metricconverter productid="2009" style="font-size: 12pt; text-align: justify; text-indent: -18pt;" w:st="on">2009. Informe Grupo SEN1500. Sociedad Española de Neonatología; 2010.
31. INE. Tasa de mortalidad infantil neonatal según sexo. 2016.
32. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M, Chou D, Moller AB, Narwal R, et al. National, regional and worldwide estimates of preterm birth.: *The Lancet*; 2012. p. 2162-72.
33. Oliveros M, Chirinos J. Prematuridad: Epidemiología, morbilidad y mortalidad perinatal. Pronóstico y desarrollo a largo plazo. . *Rev Per Ginecol Obstet*; 2008. p. 7-10.
34. Losa E, González E, González G. Factores de riesgo del parto pretérmino. *Progresos de obstetricia y ginecología*; 2006. p. 57.
35. Pohlmann FC, Pereira da Costa Kerber N, da Silva Viana J, Franco de Carvalho V, Coutinho Costa C, Silva de Souza C. Premature birth: approaches presents in national and international scientific production. *Enfermería global*; 2016. p. 410-23.
36. Hetherington E, Doktorchik C, Premji SS, McDonald SW, Tough SC, Sauvea RS. Preterm Birth and Social Support during Pregnancy: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*; 2015. p. 523-35.
37. McDonald SW, Kingston D, Bayrampour H, Dolan SM, Tough SC. Cumulative psychosocial stress, coping resources, and preterm birth. *Arch Womens Ment Health*. 2014;17(6):559-68.
38. Lilliecreutz C, Larén J, Sydsjö G, Josefsson A. Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:5.
39. Rellan Rodríguez S, Garcia de Ribera C, Aragón Garcia MP. El recién nacido prematuro. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología*; 2008.
40. Narberhaus A, Segarra D. Trastornos neuropsicológicos y del neurodesarrollo en el prematuro. *Anales de psicología*; 2004. p. 317-26.

41. Johnson S, Hennessy E, Smith R, Trikic R, Wolke D, Marlow N. Academic attainment and special educational needs in extremely preterm children at 11 years of age: the EPICure study. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*. 2009;94(4):F283-F9.
42. Coto Cotallo GD, López Sastre J, Fernández Colomer B, Álvarez Caro F, Ibáñez Fernández A. Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología*; 2008.
43. Rite Gracia S, Fernández Lorenzo JR, Echániz Urcelay I, Botet Mussons F, Herranz Carrillo G, Moreno Hernando J, et al. Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. *Barcelona: Anales de pediatría*; 2013. p. 1-11.
44. Sanidad Md. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. *Madrid: Ministerio de Sanidad y Política social*; 2010.
45. Cochrane DoSR. Reducción de ruidos en la unidad de cuidados intensivos neonatales para lactantes prematuros o de muy bajo peso al nacer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2015.
46. Lasky RE, Williams AL. Noise and light exposures for extremely low birth weight newborns during their stay in the neonatal intensive care unit. *Pediatrics* 2009. p. 540-6.
47. Gallegos Martínez J, Reyes Hernández J, Fernández Hernández VA, González, González LO. Índice de ruido en la unidad neonatal. Su impacto en recién nacidos.: *Acta Pediatr Mex.*; 2011. p. 5-14.
48. Johnson BH, Abraham MR, Parrish RN. Designing the neonatal intensive care unit for optimal family involvement. *Clin Perinatol*. 2004;31(2):353-82, ix.
49. Graven SN. Early visual development: implications for the neonatal intensive care unit and care. *Clin Perinatol*. 2011;38(4):671-83.
50. Figueiro MG, Appleman K, Bullough JD, Rea MS. A discussion of recommended standards for lighting in the newborn intensive care unit. *New Standards for Newborn Intensive Care Unit (NICU) design.*: *J Perinatol.*; 2006. p. 5-26.
51. Sánchez Luna M, Moreno Hernando J, Botet Mussons F, Fernández Lorenzo JR, Herranz Carrillo G, Rite Gracia S, et al. [Bronchopulmonary dysplasia: definitions and classifications]. *An Pediatr (Barc)*. 2013;79(4):262.e1-6.
52. Benavente Fernández I, Sánchez Redondo MD, Leante Castellanos JL, Pérez Muñuzuri A, Rite Gracia S, Ruiz Campillo CW, et al. [Hospital discharge criteria for very low birth weight newborns]. *An Pediatr (Barc)*. 2017.

-
53. Sánchez Rodríguez G, Quintero Villegas LJ, Rodríguez Camelo G, Nieto Sanjuanero A, Rodríguez, Balderrama I. Disminución del estrés del prematuro para promover su neurodesarrollo: nuevo enfoque terapéutico. . Medicina Universitaria.; 2010. p. 176-80.
54. Perapoch López J, Pallás Alonso CR, Linde Sillo MA, Moral Pumarega MT, Benito Castro F, López Maestro M, et al. [Developmental centered care. Evaluation of Spanish neonatal units]. *An Pediatr (Barc)*. 2006;64(2):132-9.
55. Vicente Perez S. Cuidados posturales del recién nacido pretérmino en UCI neonatal de "Hospital de la Santa Creu i Sant Pau" Barcelona. *Desenvolupa*; 2013.
56. Als H, Duffy FH, McAnulty GB, Rivkin MJ, Vajapeyam S, Mulkern RV, et al. Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics*. 2004;113(4):846-57.
57. Als H. Toward a synactive theory of developmental promise for assessment and support of infant individuality.: *Infant Mental Health Journal*; 1982. p. 229-43.
58. García Sánchez P. Neonatal care with attention to development. *Rev Esp Pediatr*; 2002. p. 28-36.
59. Cuesta Miguel MJ, Espinosa Briones AB, Gómez Prats S. Enfermería neonatal: cuidados centrados en la familia. *Enfermería integral*; 2012.
60. OMS. Método madre canguro. Guía práctica. Ginebra: Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. OMS; 2004.
61. Athanasopoulou E, Fox JR. Effects of kangaroo mother care on maternal mood and interaction patterns between parents and their preterm, low birth weight infants: a systematic review. *Infant Ment Health J*. 2014;35(3):245-62.
62. Blomqvist YT, Rubertsson C, Kylberg E, Jöreskog K, Nyqvist KH. Kangaroo Mother Care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role. *Journal of Advanced Nursing*; 2012. p. 1988-96.
63. Cochrane. Contacto piel a piel para el dolor durante procedimientos en neonatos. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2014.
64. Gómez Papí A, Pallás Alonso CR, Aguayo Maldonado J. El método de la madre canguro. *Acta pediatr Esp*; 2007. p. 286-91.
65. Als H, Duffy FH, McAnulty G, Butler SC, Lightbody L, Kosta S, et al. NICHD improves brain function and structure in preterm infants with severe intrauterine growth restriction. *J Perinatol*. 2012;32(10):797-803.
66. McAnulty G, Duffy FH, Butler S, Parad R, Ringer S, Zurakowski D, et al. Individualized developmental care for a large sample of very preterm infants: health, neurobehaviour and neurophysiology. *Acta Paediatr*. 2009;98(12):1920-6.

67. McAnulty GB, Duffy FH, Butler SC, Bernstein JH, Zurakowski D, Als H. Effects of the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) at age 8 years: preliminary data. *Clin Pediatr (Phila)*. 2010;49(3):258-70.
68. Kleberg A, Westrup B, Stjernqvist K. Developmental outcome, child behaviour and mother-child interaction at 3 years of age following Newborn Individualized Developmental Care and Intervention Program (NIDCAP) intervention. *Early Hum Dev*. 2000;60(2):123-35.
69. Wielenga JM, Smit BJ, Merkus MP, Wolf MJ, van Sonderen L, Kok JH. Development and growth in very preterm infants in relation to NIDCAP in a Dutch NICU: two years of follow-up. *Acta Paediatr*. 2009;98(2):291-7.
70. Alberdi Alorda MC. Características del vínculo (attachment): estudio comparativo de niños prematuros y niños nacidos a término. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2006.
71. Carvalho AE, Linhares MB, Padovani FH, Martinez FE. Anxiety and depression in mothers of preterm infants and psychological intervention during hospitalization in neonatal ICU. *Span J Psychol*. 2009;12(1):161-70.
72. Busse M, Stromgren K, Thorngate L, Thomas KA. Parents' responses to stress in the neonatal intensive care unit. *Crit Care Nurse*. 2013;33(4):52-9; quiz 60.
73. Jubinville J, Newburn-Cook C, Hegadoren K, Lacaze-Masmonteil T. Symptoms of acute stress disorder in mothers of premature infants. *Adv Neonatal Care*. 2012;12(4):246-53.
74. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. 2005;106(5 Pt 1):1071-83.
75. Davis L, Edwards H, Mohay H, Wollin J. The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Hum Dev*. 2003;73(1-2):61-70.
76. Lefkowitz DS, Baxt C, Evans JR. Prevalence and correlates of posttraumatic stress and postpartum depression in parents of infants in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *J Clin Psychol Med Settings*. 2010;17(3):230-7.
77. Pinelli J, Saigal S, Y.W.B. W, Cunningham C, DiCenso A, Steele S, et al. Patterns of change in family functioning, resources, coping and parental depression in mothers and fathers of sick newborns over the first year of life. *Journal of Neonatal Nursing*; 2008. p. 156-65.
78. Miles MS, Holditch-Davis D, Schwartz TA, Scher M. Depressive symptoms in mothers of prematurely born infants. *J Dev Behav Pediatr*. 2007;28(1):36-44.

-
79. Storm L. Nurturing touch helps mothers with postpartum depression and their infants. Interview by Deb Discenza. *Neonatal Netw.* 2011;30(1):71-2.
80. Welch MG, Myers MM. Advances in family-based interventions in the neonatal ICU. *Curr Opin Pediatr.* 2016;28(2):163-9.
81. Carter JD, Mulder RT, Bartram AF, Darlow BA. Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2005;90(2):F109-13.
82. Correia LL, Carvalho AEV, Linhares MBM, et al. Contenido verbal expresado por las madres de bebés prematuros con síntomas emocionales clínicos. *Rev Latino-am Enfermagem*; 2008.
83. Rogers CE, Kidokoro H, Wallendorf M, Inder TE. Identifying mothers of very preterm infants at-risk for postpartum depression and anxiety before discharge. *J Perinatol.* 2013;33(3):171-6.
84. Doering LV, Moser DK, Dracup K. Correlates of anxiety, hostility, depression, and psychosocial adjustment in parents of NICU infants. *Neonatal Network.* 2000;19(5):15-23.
85. Obeidat HM, Bond EA, Callister LC. The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *Journal of Perinatal Education.* 2009;18(3):23-9.
86. Chourasia N, Surianarayanan P, Adhisivam B, Vishnu Bhat B. NICU admissions and maternal stress levels. *Indian J Pediatr.* 2013;80(5):380-4.
87. Horwitz SM, Storfer-Isser A, Kerker BD, Lilo E, Leibovitz A, St John N, et al. A model for the development of mothers' perceived vulnerability of preterm infants. *J Dev Behav Pediatr.* 2015;36(5):371-80.
88. Schappin R, Wijnroks L, Uniken Venema M, Jongmans MJ. Rethinking Stress in Parents of Preterm Infants: A MetaAnalysis. *PLoS ONE*; 2013. p. e54992.
89. O'Brien AP, McNeil KA, Fletcher R, Conrad A, Wilson AJ, Jones D, et al. New Fathers' Perinatal Depression and Anxiety—Treatment Options: An Integrative Review. 2016. p. 1-14.
90. Pichler-Stachl E, Pichler G, Baik N, Urlsberger B, Alexander A, Urlsberger P, et al. Maternal stress after preterm birth: Impact of length of antepartum hospital stay. *Women Birth.* 2016;29(6):e105-e9.
91. Carter JD, Mulder RT, Darlow BA. Parental stress un the NICU: the influence of personality, psychological, pregnancy and family factors. 2007. p. 40-50.
92. Wraight CL, McCoy J, Meadow W. Beyond stress: describing the experiences of families during neonatal intensive care. *Acta Paediatr.* 2015;104(10):1012-7.

93. Misund AR, Nerdrum P, Diseth TH. Mental health in women experiencing preterm birth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:263.
94. Treyvaud K, Lee KJ, Doyle LW, Anderson PJ. Very preterm birth influences parental mental health and family outcomes seven years after birth. *J Pediatr*. 2014;164(3):515-21.
95. Schapira IT, Aspnes N. Estrés en recién nacidos internados en unidad de cuidados intensivos (UCIN): propuestas para minimizar sus efectos. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 2004; 23 (3; 2004. p. 114-21.
96. Selye H. Stress and the general adaptation syndrome. *Br Med J*. 1950;1(4667):1383-92.
97. Lazarus RS, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
98. Turcotte P. *Calidad de vida en el trabajo: Antiestrés y creatividad*. Mexico, D.F.: Trillas; 1986.
99. Miles MS, Funk SG, Carlson J. Parental Stressor Scale: neonatal intensive care unit. *Nurs Res*. 1993;42(3):148-52.
100. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*. 2003;3:10-59.
101. Gutiérrez García JM. La promoción del eustrés. *Psicología.com*; 1998.
102. Miller LH, Smith AD, Rothstein L. *The stress solution: an action plan to manage the stress in your life*. Pocket books; 1994.
103. APA Aadp. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 5 ed. Madrid: Panamericana; 2014.
104. Miles MS, Carter MC. Sources of parental environmental stress: Pediatric intensive care units. *Journal for Care of Children's Health*; 1982. p. 65-9.
105. Carter MC, Miles MS. The Parental Stressor Scale: Pediatric Intensive Care Unit. *Matern Child Nurs J*. 1989;18(3):187-98.
106. Berry JD, Jones WH. The Parental Stress Scale: initial psychometric evidence. 1995. p. 462-72.
107. Lazarus RS. *Discussion*. Plenum ed. Nueva York: Psychopathology of human adaptation; 1976.

108. Beck AT, Emery G, Greenberg RL. Anxiety disorders and phobias. . Nueva York: Basic Books.; 1985.
109. Miguel Tobal JJ. La ansiedad. Alhambra. ed. Madrid: En J. Mayor y L. Pinillos (eds.): *Tratado de Psicología General: Motivación y Emoción* En J. Mayor y L. Pinillos (eds.):*Tratado de Psicología General: Motivación y Emoción* 1990. p. 309-44.
110. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol* 1959. p. 50-5.
111. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-evaluation Questionnaire). Palo Alto California: Consulting Psychologists Press; 1970.
112. Miguel-Tobal JJ, Cono Vindel A. Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA). Madrid: TEA; 1986.
113. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 1988. p. 893-7.
114. Zung WW. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*. 1971;12(6):371-9.
115. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*; 1983. p. 361-70.
116. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ*. 1988;297(6653):897-9.
117. Hollon SD, Beck AT. Cognitive Therapy of depression. Cognitive-behavioral interventions: theory, research and procedures. Nueva York: Academic press; 1979.
118. Breton S. La depresión. Mexico: Martínez Roca; 1997.
119. Marquez R. Tratamiento natural de la depresión. Buenos Aires: Paidós; 1990.
120. OMS. Depresión. Organización Mundial de la Salud; 2016.
121. Hamilton M. A rating scale for depression.: *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; 1960. p. 56-62.
122. Zung W. Self-report depression scale.: *Archives of General Psychiatry*; 1965. p. 63-70.
123. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo.: *British Journal of Psychiatry*; 1987.

124. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II. Beck Depression Inventory- Second Edition manual. San Antonio: The Psychological Corporation; 1996.
125. Alonso-Fernández F. Cuestionario Estructural Tetradsimensional para la Depresión (CET-DE). 4 ed. Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada.; 1998.
126. Pierre P, López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar MpcMsm-tc, margin-right:0cm, margin-bottom:;, 10.0pt, et al. Trastornos del estado del ánimo. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995. p. 394.
127. Sanz Fernández J. Procesos cognitivos en la ansiedad y la depresión [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 1992.
128. González M, Herrero M, Viña CM, Ibáñez I, Peñate WlpcqMqsqm-tc, margin-right:0cm, et al. El modelo tripartito: relaciones conceptuales y empíricas entre ansiedad, depresión y afecto negativo. Rev. latinoam. psicol.; 2004. p. 289-304.
129. Agudelo D, Buena-Casal G, Spielberger CD. Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas.: Salud Mental; 2007. p. 33-41.
130. Agudelo Vélez DM, Casadiegos Garzón CP, Sánchez Ortíz DL. Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. International Journal of psychological research; 2008. p. 34-9.
131. Kardaş Özdemir F, Küçük Alemdar D. Supporting of the Fathers to Visit Their Infants in Neonatal Intensive Care Unit Decreases Their Stress Level: A Pretest–Posttest Quasi-Experimental Study. Community Ment Health J 2016.
132. Ionio C, Colombo C, Brazzoduro V, Mascheroni E, Confalonieri E, Castoldi F, et al. Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress. Eur J Psychol. 2016;12(4):604-21.
133. Padovani FH, Linhares MB, Pinto ID, Duarte G, Martinez FE. Maternal concepts and expectations regarding a preterm infant. Span J Psychol. 2008;11(2):581-92.
134. Duarte Pinto I, Pereira Padovani FH, Martins Linhares MB. Ansiedade e Depressão Materna e Relatos sobre o Bebê Prematuro. Psicologia: Teoria e Pesquisa; 2009. p. 75-83.
135. Kantrowitz-Gordon I, Altman MR, Vandermause R. Prolonged Distress of Parents After Early Preterm Birth. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2016;45(2):196-209.
136. Al Maghaireh DF, Abdullah KL, Chan CM, Piaw CY, Al Kawafha MM. Systematic review of qualitative studies exploring parental experiences in the Neonatal Intensive Care Unit. J Clin Nurs. 2016;25(19-20):2745-56.

-
137. Enke C, Oliva Y Hausmann A, Miedaner F, Roth B, Woopen C. Communicating with parents in neonatal intensive care units: The impact on parental stress. *Patient Educ Couns.* 2016.
138. Yurdakul Z, Akman I, Kemal Kuscu M, Karabekiroglu A, Yayla G, Demir F, et al. Maternal Psychological Problems Associated with Neonatal Intensive Care Admission. *International Journal of Pediatrics.*; 2009.
139. Northrup TF, Evans PW, Lillie ML, Tyson JE. A free parking trial to increase visitation and improve extremely low birth weight infant outcomes. *J Perinatol.* 2016;36(12):1112-5.
140. Pritchard VE, Montgomery-Hönger A. A comparison of parent and staff perceptions of setting-specific and everyday stressors encountered by parents with very preterm infants experiencing neonatal intensive care. *Early Hum Dev.* 2014;90(10):549-55.
141. Aagaard H, Hall EO. Mothers' experiences of having a preterm infant in the neonatal care unit: a meta-synthesis. *J Pediatr Nurs.* 2008;23(3):e26-36.
142. Heinemann AB, Hellström-Westas L, Hedberg Nyqvist K. Factors affecting parents' presence with their extremely preterm infants in a neonatal intensive care room. *Acta Paediatr.* 2013;102(7):695-702.
143. Buela Casal, G., Guillén Riquelme A, Seisdedos Cubero N. Adaptación española del STAI- Cuestionario Ansiedad Estado-Rasgo. 8 ed. Madrid: Tea ediciones; 2011.
144. Sanz J, Vázquez C. Inventario de Depresión de Beck-II: Manual. Adaptación española. 2011.
145. León Martín B, Poudereux Mozas M, Giménez Rodríguez C, Belaústegui Cueto A. Sistema de intervención psicológica en unidad de cuidados intensivos neonatales: intervención psicológica en padres de niños prematuros. Madrid: Mapfre Medicina; 2005. p. 130-9.
146. Sweet L. Identification of parental stressors in an Australian neonatal intensive care unit. *Neonatal, paediatric and child health nursing;* 2012. p. 8-16.
147. Matricardi S, Agostino R, Fedeli C, Montiroso 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.
148. Alkozei A, McMahon E, Lahav A. Stress levels and depressive symptoms in NICU mothers in the early postpartum period. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2014;27(17):1738-43.

149. Woodward LJ, Bora S, Clark CAC, Montgomery-Hönger A, Pritchard VE, Spencer C, et al. Very preterm birth: maternal experiences of the neonatal intensive care environment. *Journal of Perinatology*. 2014;34(7):555-61.
150. Iranmanesh S, Hosseini S-S, Rayyani M, Razban F, Pooraboli B. Effect of Nursing Support on Perceived Stress among Parents of Preterm Infants in South-East of Iran. *Asian Journal of Nursing Education & Research*. 2014;4(1):81-6.
151. Turan T, Başkale H, Öncel G. Determining the Psychometric Properties of the Turkish Version of the Nurse-Parent Support Tool and the Stress Levels of Parents of Premature Infants Hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit. *Clin Nurse Spec*. 2016;30(3):E1-10.
152. Sánchez Veracruz MJ, Leal Costa C, Pastor Rodríguez JD, Diaz Agea JL. Relación entre el grado de satisfacción y el nivel de estrés identificado en padres y madres con hijos ingresados en una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. España: Enfermería global; 2017.
153. Fotiou C, Vlastarakos PV, Bakoula C, Papagaroufalis K, Bakoyannis G, Darviri C, et al. Parental stress management using relaxation techniques in a neonatal intensive care unit: A randomised controlled trial. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016;32:20-8.
154. Suppiej A, Cainelli E, De Benedittis M, Rizzardi E, Bisiacchi PS, Ermani M, et al. Failure of hearing screening in high-risk neonates does not increase parental anxiety. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2013;26(9):932-5.
155. Shaw RJ, St John N, Lilo EA, Jo B, Benitz W, Stevenson DK, et al. Prevention of traumatic stress in mothers with preterm infants: a randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2013;132(4):e886-94.
156. Shaw RJ, Lilo EA, Storfer-Isser A, Ball MB, Proud MS, Vierhaus NS, et al. Screening for symptoms of postpartum traumatic stress in a sample of mothers with preterm infants. *Issues Ment Health Nurs*. 2014;35(3):198-207.
157. Cano Giménez E, Sánchez-Luna M. Providing parents with individualised support in a neonatal intensive care unit reduced stress, anxiety and depression. *Acta Paediatr*. 2015;104(11):e476.
158. Alvarado Socarrás JL, Gamboa-Delgado EM, Trujillo Cáceres S, Rodríguez Forero S. Depressive symptoms and associated factors in caregivers of newborn infants hospitalized in a neonatal intensive care unit. *Arch Argent Pediatr*. 2017;115(2):140-7.
159. Helle N, Barkmann C, Bartz-Seel J, Diehl T, Ehrhardt S, Hendel A, et al. Very low birth-weight as a risk factor for postpartum depression four to six weeks postbirth in mothers and fathers: Cross-sectional results from a controlled multicentre cohort study. *J Affect Disord*. 2015;180:154-61.

160. Aftyka A, Rybojad B, Rozalska-Walaszek I, Rzońca P, Humeniuk E. Post-traumatic stress disorder in parents of children hospitalized in the neonatal intensive care unit (NICU): medical and demographic risk factors. *Psychiatr Danub*. 2014;26(4):347-52.
161. Fegran L, Helseth S, Fagermoen MS. A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs*. 2008;17(6):810-6.
162. Jackson K, Ternestedt BM, Magnuson A, Schollin J. Parental stress and toddler behaviour at age 18 months after pre-term birth. *Acta Paediatr*. 2007;96(2):227-32.
163. Dudek-Shriber L. Parent stress in the neonatal intensive care unit and the influence of parent and infant characteristics. *Am J Occup Ther*. 2004;58(5):509-20.
164. Treyvaud K. Parent and family outcomes following very preterm or very low birth weight birth: a review. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2014;19(2):131-5.
165. Turner M, Chur-Hansen A, Winefield H, Stanners M. The assessment of parental stress and support in the neonatal intensive care unit using the Parent Stress Scale - Neonatal Intensive Care Unit. *Women Birth*. 2015;28(3):252-8.
166. Mehler K, Mainusch A, Hucklenbruch-Rother E, Hahn M, Hünseler C, Kribs A. Increased rate of parental postpartum depression and traumatization in moderate and late preterm infants is independent of the infant's motor repertoire. *Early Hum Dev*. 2014;90(12):797-801.
167. Aftyka A, Rybojad B, Rosa W, Wróbel A, Karakuła-Juchnowicz H. Risk factors for the Development of Post-Traumatic Stress Disorder and Coping Strategies in Mothers and Fathers Following Infant Hospitalization in the Neonatal Intensive Care Unit. *J Clin Nurs*. 2017.
168. Misund AR, Nerdrum P, Bråten S, Pripp AH, Diseth TH. Long-term risk of mental health problems in women experiencing preterm birth: a longitudinal study of 29 mothers. *Ann Gen Psychiatry*. 2013;12(1):33.
169. Melnyk BM, Feinstein NF, Alpert-Gillis L, Fairbanks E, Crean HF, Sinkin RA, et al. Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2006;118(5):e1414-27.
170. Melnyk BM, Crean HF, Feinstein NF, Fairbanks E. Maternal anxiety and depression after a premature infant's discharge from the neonatal intensive care unit: explanatory effects of the Creating Opportunities for Parent Empowerment program. *Nursing Research*. 2008;57(6):383-94.

171. Oswalt KL, McClain DB, Melnyk B. Reducing anxiety among children born preterm and their young mothers. *MCN The American journal of maternal child nursing*. 2013;38(3):144-9.
172. Preyde M, Ardal F. Effectiveness of a parent "buddy" program for mothers of very preterm infants in a neonatal intensive care unit. *CMAJ*. 2003;168(8):969-73.
173. Buarque V, Lima MC, Parry Scott R, Vasconcelos MG. O significado do grupo de apoio para a família de recém-nascidos de risco e equipe de profissionais na unidade neonatal. *J. Pediatr. (Rio J.)*; 2006. p. 295-301.
174. Abdeyazdan Z, Shahkolahi Z, Mehrabi T, Hajiheidari M. A family support intervention to reduce stress among parents of preterm infants in neonatal intensive care unit. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014;19(4):349-53.
175. O'Brien K, Bracht M, Robson K, Ye XY, Mirea L, Cruz M, et al. Evaluation of the Family Integrated Care model of neonatal intensive care: a cluster randomized controlled trial in Canada and Australia. *BMC Pediatr*. 2015;15:210.
176. van Wassenauer-Leemhuis AG, Jeukens-Visser M, van Hus JW, Meijssen D, Wolf MJ, Kok JH, et al. Rethinking preventive post-discharge intervention programmes for very preterm infants and their parents. *Dev Med Child Neurol*. 2016;58 Suppl 4:67-73.
177. Holditch-Davis D, White-Traut RC, Levy JA, O'Shea TM, Geraldo V, David RJ. Maternally administered interventions for preterm infants in the NICU: effects on maternal psychological distress and mother-infant relationship. *Infant Behav Dev*. 2014;37(4):695-710.
178. Gaucher N, Nadeau S, Barbier A, Janvier A, Payot A. Personalized Antenatal Consultations for Preterm Labor: Responding to Mothers' Expectations. *J Pediatr*. 2016;178:130-4.e7.
179. Fletcher L, Pham T, Papaioannou H, Spinazzola R, Milanaik R. Parental Perception of Risk Associated With Their Premature Infant. *Adv Neonatal Care*. 2016.
180. Garfield CF, Isacco A. Fathers and the well-child visit. *Pediatrics*. 2006;117(4):e637-45.
181. Weems MF, Graetz I, Lan R, DeBaer LR, Beeman G. Electronic communication preferences among mothers in the neonatal intensive care unit. *J Perinatol*. 2016;36(11):997-1000.
182. Jiang S, Warre R, Qiu X, O'Brien K, Lee SK. Parents as practitioners in preterm care. *Early Hum Dev*. 2014;90(11):781-5.
183. Ahlqvist-Björkroth S, Boukydis Z, Axelin AM, Lehtonen L. Close Collaboration with Parents™ intervention to improve parents' psychological well-being and child development: Description of the intervention and study protocol. *Behav Brain Res*. 2016.

-
184. Mosher SL. Comprehensive NICU Parental Education: Beyond Baby Basics. *Neonatal Netw.* 2017;36(1):18-25.
185. Macho P. Individualized Developmental Care in the NICU: A Concept Analysis. *Adv Neonatal Care.* 2016.
186. Mendelson T, Cluxton-Keller F, Vullo GC, Tandon SD, Noazin S. NICU-based Interventions To Reduce Maternal Depressive and Anxiety Symptoms: A Meta-analysis. *Pediatrics.* 2017;139(3).
187. Lee TY, Wang MM, Lin KC, Kao CH. The effectiveness of early intervention on paternal stress for fathers of premature infants admitted to a neonatal intensive care unit. *J Adv Nurs.* 2013;69(5):1085-95.
188. Cleveland LM. Prenting in the neonatal intensive care unit. *Journal of obstetric gynecologic and neonatal nursing;* 2008. p. 666-91.
189. Herd M, Whittingham K, Sanders M, Colditz P, Boyd RN. Efficacy of preventative parenting interventions for parents of preterm infants on later child behavior: a systematic review and meta-analysis. *Infant Ment Health J.* 2014;35(6):630-41.
190. Herdman TH, Katmisuru. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación.* 2015-2017. España: Elsevier; 2014.
191. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC).* Barcelona: Elsevier; 2009.
192. Bulechek GM, Butcher H, K., Dochterman JM, Wagner CM. *Clasificación de intervenciones de enfermería.* 6 ed: Elsevier; 2013.
193. EFCNI. *EFCNI Rights of Parents and Newborns.* The European Foundation for the Care of Newborn Infants; 2011.

ANEXOS

ANEXO I: ESCALA DE ESTRÉS PARENTAL: UCIN

ID:

Las enfermeras y otros empleados que trabajan en unidades neonatales de cuidados intensivos están interesados en conocer cómo este ambiente y esta experiencia afecta a los padres. La unidad Neonatal de cuidados intensivos es la habitación donde su bebé recibe cuidados médicos. A veces llamamos a esta habitación la UCIN a modo de abreviatura. Nos gustaría saber sobre su experiencia como madre/padre cuyo bebé está ahora en la UCIN.

Este cuestionario describe varias experiencias que otros padres han caracterizado de estresantes cuando su bebé estaba en la UCIN. Nos gustaría que usted indique qué tan estresante ha sido para usted cada experiencia que describimos a continuación. Si no ha tenido una de las experiencias que describimos, por favor, rodee NA para indicar que no ha experimentado ese aspecto de la UCIN. Cuando mencionamos la palabra estresante, queremos decir que la experiencia le ha hecho sentir ansioso/a, nervioso/a o tenso/a.

En el cuestionario, rodee el número que mejor describa cómo de estresante ha sido cada experiencia para usted.

* Los siguientes números indican los niveles de estrés:

1. No ha sido estresante en absoluto: la experiencia no le hizo sentir ansioso, nervioso o tenso.
2. Un poco estresante.
3. Moderadamente estresante.
4. Muy estresante.
5. Extremadamente estresante: la experiencia le enfadó y le causó una gran ansiedad o tensión.

Recuerde, si no ha experimentado algunas situaciones que describimos, por favor, rodee NA "no aplicable".

Vamos a tomar esta situación como ejemplo: Las luces fuertes en la UCIN.

Si por ejemplo, usted cree que las luces de la unidad Neonatal de cuidados intensivos eran extremadamente estresantes, usted debe rodear el número 5:

NA 1 2 3 4 5

Si usted cree que las luces no fueron estresantes en absoluto, debe rodear el número 1:

NA 1 2 3 4 5

Si las luces fuertes no estaban encendidas cuando usted visitó a su hijo/a, usted debe rodear NA, indicando así "no aplicable":

NA 1 2 3 4 5

Empecemos ahora:

1. Sexo:

- 1 Mujer. 2 Varón.

A continuación hay una lista de varias VISTAS Y SONIDOS comunes en una UCIN.

Estamos interesados en saber su opinión sobre qué tan estresantes fueron estas VISTAS Y SONIDOS para usted. Rodeé el número que mejor represente su nivel de estrés. Si usted no vio o escuchó lo que describimos, rodeé NA para indicar "no aplicable".

1. La presencia de los monitores y los aparatos.	NA	1	2	3	4	5
2. Los ruidos constantes de monitores y de aparatos.	NA	1	2	3	4	5
3. Los ruidos repentinos de las alarmas del monitor.	NA	1	2	3	4	5
4. Los otros bebés enfermos en la habitación.	NA	1	2	3	4	5
5. El gran número de personas trabajando en la unidad.	NA	1	2	3	4	5

A continuación hay una lista de situaciones que podrían describir EL ASPECTO Y COMPORTAMIENTO DE SU BEBÉ cuando usted visita la UCIN y algunos de los TRATAMIENTOS aplicados a su bebé. No todos los bebés tienen estas experiencias o el mismo aspecto. Rodeé NA si no ha experimentado o visto lo que describimos. Sí por el contrario, lo que describimos refleja algo que usted haya experimentado, indique entonces qué tan estresante fue la experiencia para usted rodeando el número apropiado.

1. Tubos o aparatos puestos o cerca de mi bebé	NA	1	2	3	4	5
2. Moratones, cortes o incisiones en mi bebé	NA	1	2	3	4	5
3. Un color poco usual en mi bebé (por ejemplo, un color pálido o amarillo)	NA	1	2	3	4	5
4. Una forma de respirar anormal o poco usual.	NA	1	2	3	4	5
5. Ver un cambio repentino de color en mi bebe (por ejemplo, ponerse pálido o azul)	NA	1	2	3	4	5
6. Ver a mi bebé dejar de respirar	NA	1	2	3	4	5
7. El pequeño tamaño de mi bebé	NA	1	2	3	4	5
8. El aspecto arrugado de mi bebé.	NA	1	2	3	4	5
9. Tener una máquina (respirador) que respira por mi bebé	NA	1	2	3	4	5
10. Ver agujas y tubos puestos en mi bebe	NA	1	2	3	4	5

11. Mi bebé siendo alimentado por medio de una línea o tubo intravenoso	NA	1	2	3	4	5
12. Cuando mi bebé parecía tener algún dolor	NA	1	2	3	4	5
13. Mi bebé llorando por largo tiempo	NA	1	2	3	4	5
14. Cuando mi bebé parecía asustado	NA	1	2	3	4	5
15. Cuando mi bebé parecía triste	NA	1	2	3	4	5
16. La apariencia débil de mi bebé	NA	1	2	3	4	5
17. Movimientos espasmódicos o nerviosos de mi bebé	NA	1	2	3	4	5
18. Mi bebé no pudo llorar como los otros bebés	NA	1	2	3	4	5
19. Dar unas palmaditas a mi bebé para despejarle el pecho	NA	1	2	3	4	5

Las últimas preguntas que queremos hacerle son sobre cómo se siente usted respecto a su propia RELACIÓN con su bebé y su PAPEL DE MADRE/PADRE. Si usted ha experimentado las siguientes situaciones o sentimientos, indique qué tan estresada/o ha estado, marcando con un círculo el número apropiado. Una vez más, señale con un círculo NA si no experimentó lo que describimos.

1. Estar separado de su bebé	NA	1	2	3	4	5
2. No alimentar yo misma a mi bebé	NA	1	2	3	4	5
3. No ser capaz de abrazar a mi bebé yo misma (por ejemplo, ponerle los pañales o bañarlo).	NA	1	2	3	4	5
4. No ser capaz de coger en brazos a mi bebé cuando quiera.	NA	1	2	3	4	5
5. A veces, olvidar cómo es mi bebé.	NA	1	2	3	4	5
6. No ser capaz de compartir a mi bebé con otros miembros de la familia.	NA	1	2	3	4	5
7. Sentirme impotente e incapaz de proteger a mi bebé del dolor y de procesos dolorosos.	NA	1	2	3	4	5
8. Tener miedo de tocar o coger a mi bebé en los brazos.	NA	1	2	3	4	5
9. Sentir que el personal está más cerca de mi bebé de lo que yo lo estoy.	NA	1	2	3	4	5
10. Sentirme impotente sobre cómo ayudar a mi bebé durante esta etapa	NA	1	2	3	4	5

También estamos interesados en saber si usted experimentó algún tipo de estrés relacionado con el COMPORTAMIENTO y LA COMUNICACIÓN DEL PERSONAL.

De nuevo, si usted experimentó lo que describimos, indique qué tan estresante fue la experiencia marcando con un círculo el número apropiado. Si no experimentó lo que describimos, señale con un círculo NA ("no aplicable"). Recuerde que sus respuestas son confidenciales y no serán compartidas o discutidas con ningún miembro del personal.

1. El personal explicando las cosas muy rápidas.	NA	1	2	3	4	5
2. El personal usando palabras que no entiendo.	NA	1	2	3	4	5
3. Que me digan versiones diferentes sobre la condición de mi bebé.	NA	1	2	3	4	5
4. Que no me den suficiente información sobre las pruebas y tratamientos aplicados a mi bebé.	NA	1	2	3	4	5
5. Que no hablen conmigo lo suficiente.	NA	1	2	3	4	5
6. Muchas y distintas personas (doctores, enfermeras, otros) hablándome.	NA	1	2	3	4	5
7. Dificultad en obtener información o ayuda cuando visito o llamo por teléfono a la unidad.	NA	1	2	3	4	5
8. No tener la seguridad de que me llamen para informarme de cambios sobre la condición de mi bebé.	NA	1	2	3	4	5
9. Que el personal parezca preocupado por mi bebé.	NA	1	2	3	4	5
10. Que el personal actúe como si no quisieran a los padres en la habitación.	NA	1	2	3	4	5
11. Que el personal actúe como si no entendieran el comportamiento de mi bebé o sus necesidades especiales.	NA	1	2	3	4	5

Usando la misma escala indique qué tan estresante fue en general para usted la experiencia de tener a su bebé hospitalizado en la UCIN.

NA 1 2 3 4 5

Muchas gracias por su ayuda. ¿Hubo algo más que fuera estresante para usted durante la estancia de su bebé en la Unidad Neonatal de Cuidados Intensivos? Por favor, descríballo abajo:

ANEXO II:

ID:

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE PADRES DE NEONATOS INGRESADOS I

Estimada/o madre /padre, esta encuesta está diseñada para obtener información con el fin de mejorar la atención que le prestamos a usted y a su hijo. Esta encuesta es **anónima** y, por tanto, no tendrá que indicar ni su nombre ni apellidos.

Para completar la encuesta, marque con una **X** la respuesta que considere adecuada.

Muchas gracias por su colaboración.

1. Sexo:

- 1 Mujer. 2 Varón.

2. Edad: _____ años.

3. Nacionalidad:

- 1 Española. 2 Otra. País: _____

4. Estado civil:

- 1 Soltera/o. 2 Casada/o. 3 Pareja de hecho.
 4 Separado/a o divorciado/a. 5 Viuda/o.

5. ¿Cuántas personas viven en su domicilio?

_____ personas.

6. Nivel de estudios:

- 1 Sin estudios.
 2 Estudios primarios (EGB, ESO).
 3 Estudios secundarios (FPI. Módulo de grado medio).
 4 Estudios secundarios II (FPII. Módulo de grado superior, Bachillerato).
 5 Estudios universitarios.

7. ¿Cuál es su situación laboral?

- 1 Paro.
 2 Trabajo temporal.
 3 Trabajo fijo.

8. ¿En qué rango se encuentran sus ingresos mensuales?
- 1 <700 euros/mes.
 - 2 700-1000 euros/mes.
 - 3 1000-1500 euros/mes.
 - 4 1500-2000 euros/mes.
 - 5 >2000 euros/mes.
9. ¿Conocía la existencia de las unidades de UCI Neonatal y Neonatología?
- 1 Si
 - 2 No
10. ¿Cuántos hijos tiene incluyendo el actual recién nacido?
- _____ hijos.
11. En caso de tener más hijos, ¿alguno de ellos ha estado ingresado como el actual recién nacido?
- 1 Si
 - 2 No
 - 3 No tengo más hijos.
12. ¿Cómo fue la concepción del recién nacido?
- 1 Natural.
 - 2 In vitro.
 - 3 Inseminación artificial.
13. Durante la gestación ha consumido:
- Alcohol 1 Si 2 No Consumo diario _____
 - Tabaco 1 Si 2 No Consumo diario _____
 - Drogas 1 Si 2 No
 - Medicación no relacionada con el embarazo (antibióticos, somníferos, etc)
 1 Si 2 No
14. ¿Sufrió abortos previos al nacimiento de su recién nacido?
- 1 No
 - 2 Naturales
 - 3 Voluntarios
 - 4 De ambos tipos
15. ¿Su último embarazo ha sido controlado por personal sanitario?
- 1 Si
 - 2 No
16. ¿Cómo ha sido este parto?
- 1 Normal.
 - 2 Instrumentalizado (fórceps, ventosa).
 - 3 Cesárea programada.
 - 4 Cesárea urgente.

-
17. ¿Con cuantas semanas de gestación se ha producido el nacimiento del recién nacido?
_____ semanas.
18. ¿Con qué peso nació su hijo?
_____ gramos. _____ gramos. _____ gramos.
19. ¿Cuál ha sido el motivo del ingreso de su hijo?
- 1 Prematuridad.
 - 2 Pérdida de bienestar fetal.
 - 3 Riesgo infeccioso.
 - 4 Problemas respiratorios.
 - 5 Problemas digestivos.
 - 6 Problemas renales.
 - 7 Otros. Especificar _____
20. ¿Cuál ha sido la causa del nacimiento prematuro de su recién nacido?
- 1 Crecimiento intrauterino retardado (CIR).
 - 2 Rotura prematura de membranas.
 - 3 Infección vaginal o del líquido amniótico.
 - 4 Inicio de contracciones del parto.
 - 5 Malformación del recién nacido.
 - 6 Desprendimiento de placenta.
 - 7 Rotura uterina.
 - 8 Embarazo múltiple.
 - 9 Incompetencia cervical.
 - 10 Preeclampsia.
 - 11 No ha sido prematuro.

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE usted AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE usted EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	CASI NUNCA	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **durante las dos últimas semanas, incluido el día de hoy**. Rodee con un círculo el número que se encuentra escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, elija el número más alto. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones de cada grupo antes de efectuar la elección. Asegúrese también de no haber elegido más de una respuesta para cada grupo, particularmente en los elementos 16 (cambio en el patrón de sueño) y 18 (cambio en el apetito).**

1. Tristeza

- 0 No me siento triste habitualmente.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste continuamente.
- 3 Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desanimado sobre mi futuro.
- 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.
- 2 No espero que las cosas mejoren.
- 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.

3. Sentimientos de fracaso

- 0 No me siento fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que debería.
- 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.
- 3 Me siento una persona totalmente fracasada.

4. Pérdida de placer

- 0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
- 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

5. Sentimientos de culpa

- 0 No me siento especialmente culpable.
- 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable constantemente.

6. Sentimientos de castigo

- 0 No siento que esté siendo castigado.
- 1 Siento que puedo ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Insatisfacción con uno mismo

- 0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.
- 1 He perdido confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta.

8. Autocríticas

- 0 No me crítico o me culpo más que antes.
- 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.
- 2 Crítico todos mis defectos.
- 3 Me culpo de todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o deseos de suicidio

- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.
- 2 Me gustaría suicidarme.
- 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier cosa.
- 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.
- 1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

12. Pérdida de interés

- 0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.
- 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
- 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
- 3 Me resulta difícil interesarme en algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo decisiones más o menos como siempre.
- 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
- 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Inutilidad

- 0 No me siento inútil.
- 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.
- 2 Me siento inútil en comparación con otras personas.
- 3 Me siento completamente inútil.

15. Pérdida de energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía de la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
- 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambios en el patrón del sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
- 1a Duermo algo más de lo habitual.
- 1b Duermo algo menos de lo habitual.
- 2a Duermo mucho más de lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos de lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me levanto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable de lo habitual.
- 1 Estoy más irritable de lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.
- 3 Estoy irritable continuamente.

18. Cambios en el apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es algo menor de lo habitual.
- 1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que antes.
- 3a He perdido completamente el apetito.
- 3b Tengo ganas de comer continuamente.

19. Dificultad de concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
- 3 No puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.
- 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
- 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

21. Pérdida de interés por el sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
- 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- 3 He perdido completamente el interés por el sexo.

Desea realizar alguna observación o comentario. Escríbalo a continuación.

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

ANEXO III:

ID:

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE PADRES DE NEONATOS INGRESADOS II

Estimada/o madre /padre, esta encuesta está diseñada para obtener información con el fin de mejorar la atención que le prestamos a usted y a su hijo. Esta encuesta es **anónima** y, por tanto, no tendrá que indicar ni su nombre ni apellidos.

Para completar la encuesta, marque con una **X** la respuesta que considere adecuada.

Muchas gracias por su colaboración.

1. Sexo:

- 1 Mujer. 2 Varón.

2. ¿Cuánto tiempo estuvo ingresado su actual hijo en UCI Neonatal? (en días):

_____ días.

3. Durante su ingreso en UCI neonatal, ¿el recién nacido fue sometido a algún tipo de cirugía?

- 1 No 2 Cardíaca 3 Digestiva 4 Oftalmológica 5 Otras

4. ¿Se le ofreció la posibilidad de acudir al servicio de psicología clínica?

- 1 Si 2 Si, pero no acudí. 3 No

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE usted AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **durante las dos últimas semanas, incluido el día de hoy**. Rodee con un círculo el número que se encuentra escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, elija el número más alto. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones de cada grupo antes de efectuar la elección. Asegúrese también de no haber elegido más de una respuesta para cada grupo, particularmente en los elementos 16 (cambio en el patrón de sueño) y 18 (cambio en el apetito).**

1. Tristeza

- 0 No me siento triste habitualmente.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste continuamente.
- 3 Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desanimado sobre mi futuro.
- 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.
- 2 No espero que las cosas mejoren.
- 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.

3. Sentimientos de fracaso

- 0 No me siento fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que debería.
- 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.
- 3 Me siento una persona totalmente fracasada.

4. Pérdida de placer

- 0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
- 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

5. Sentimientos de culpa

- 0 No me siento especialmente culpable.
- 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable constantemente.

6. Sentimientos de castigo

- 0 No siento que esté siendo castigado.
- 1 Siento que puedo ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Insatisfacción con uno mismo

- 0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.
- 1 He perdido confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta.

8. Autocríticas

- 0 No me crítico o me culpo más que antes.
- 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.
- 2 Crítico todos mis defectos.
- 3 Me culpo de todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o deseos de suicidio

- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.
- 2 Me gustaría suicidarme.
- 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier cosa.
- 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.
- 1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

12. Pérdida de interés

- 0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.
- 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
- 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
- 3 Me resulta difícil interesarme en algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo decisiones más o menos como siempre.
- 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
- 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Inutilidad

- 0 No me siento inútil.
- 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.
- 2 Me siento inútil en comparación con otras personas.
- 3 Me siento completamente inútil.

15. Pérdida de energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía de la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
- 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambios en el patrón del sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
- 1a Duermo algo más de lo habitual.
- 1b Duermo algo menos de lo habitual.
- 2a Duermo mucho más de lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos de lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me levanto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable de lo habitual.
- 1 Estoy más irritable de lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.
- 3 Estoy irritable continuamente.

18. Cambios en el apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es algo menor de lo habitual.
- 1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que antes.
- 3a He perdido completamente el apetito.
- 3b Tengo ganas de comer continuamente.

19. Dificultad de concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
- 3 No puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.
- 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
- 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

21. Pérdida de interés por el sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
- 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- 3 He perdido completamente el interés por el sexo.

Desea realizar alguna observación o comentario. Escríbalo a continuación.

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

ANEXO IV:

ID:

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE PADRES DE NEONATOS INGRESADOS III

Estimada/o madre /padre, esta encuesta está diseñada para obtener información con el fin de mejorar la atención que le prestamos a usted y a su hijo. Esta encuesta es **anónima** y, por tanto, no tendrá que indicar ni su nombre ni apellidos.

Para completar la encuesta, marque con una **X** la respuesta que considere adecuada.

Muchas gracias por su colaboración.

1. Sexo:

- 1 Mujer. 2 Varón.

2. ¿Cuánto tiempo ha estado ingresado su actual hijo en Neonatología? (en días):

_____ días.

3. ¿Ha participado activamente en los cuidados de su hijo?

- | | | |
|-------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| - Baño | <input type="checkbox"/> 1 Si | <input type="checkbox"/> 2 No |
| - Alimentación | <input type="checkbox"/> 1 Si | <input type="checkbox"/> 2 No |
| - Método canguro | <input type="checkbox"/> 1 Si | <input type="checkbox"/> 2 No |
| - Cambio de pañal | <input type="checkbox"/> 1 Si | <input type="checkbox"/> 2 No |

4. ¿Se le ha ofrecido la posibilidad de acudir al servicio de psicología clínica durante su ingreso en Neonatología?

- 1 Si 2 Si, pero no acudí 3 No

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE usted AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **durante las dos últimas semanas, incluido el día de hoy**. Rodee con un círculo el número que se encuentra escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, elija el número más alto. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones de cada grupo antes de efectuar la elección. Asegúrese también de no haber elegido más de una respuesta para cada grupo, particularmente en los elementos 16 (cambio en el patrón de sueño) y 18 (cambio en el apetito).**

1. Tristeza

- 0 No me siento triste habitualmente.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste continuamente.
- 3 Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desanimado sobre mi futuro.
- 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.
- 2 No espero que las cosas mejoren.
- 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.

3. Sentimientos de fracaso

- 0 No me siento fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que debería.
- 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.
- 3 Me siento una persona totalmente fracasada.

4. Pérdida de placer

- 0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
- 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

5. Sentimientos de culpa

- 0 No me siento especialmente culpable.
- 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable constantemente.

6. Sentimientos de castigo

- 0 No siento que esté siendo castigado.
- 1 Siento que puedo ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Insatisfacción con uno mismo

- 0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.
- 1 He perdido confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta.

8. Autocríticas

- 0 No me critico o me culpo más que antes.
- 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.
- 2 Critico todos mis defectos.
- 3 Me culpo de todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o deseos de suicidio

- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.
- 2 Me gustaría suicidarme.
- 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier cosa.
- 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.
- 1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

12. Pérdida de interés

- 0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.
- 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
- 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
- 3 Me resulta difícil interesarme en algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo decisiones más o menos como siempre.
- 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
- 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Inutilidad

- 0 No me siento inútil.
- 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.
- 2 Me siento inútil en comparación con otras personas.
- 3 Me siento completamente inútil.

15. Pérdida de energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía de la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
- 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambios en el patrón del sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
- 1a Duermo algo más de lo habitual.
- 1b Duermo algo menos de lo habitual.
- 2a Duermo mucho más de lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos de lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me levanto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable de lo habitual.
- 1 Estoy más irritable de lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.
- 3 Estoy irritable continuamente.

18. Cambios en el apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es algo menor de lo habitual.
- 1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que antes.
- 3a He perdido completamente el apetito.
- 3b Tengo ganas de comer continuamente.

19. Dificultad de concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
- 3 No puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.
- 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
- 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

21. Pérdida de interés por el sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
- 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- 3 He perdido completamente el interés por el sexo.

Desea realizar alguna observación o comentario. Escríbalo a continuación.

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

ANEXO V:

ID:

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE PADRES DE NEONATOS INGRESADOS IV

Estimada/o madre /padre, esta encuesta está diseñada para obtener información con el fin de mejorar la atención que le prestamos a usted y a su hijo. Esta encuesta es **anónima** y, por tanto, no tendrá que indicar ni su nombre ni apellidos.

Para completar la encuesta, marque con una **X** la respuesta que considere adecuada. Muchas gracias por su colaboración.

21. Sexo:

- 1 Mujer. 2 Varón.

22. ¿Cuál es su situación laboral?

- 1 Paro.
 2 Trabajo temporal.
 3 Trabajo fijo.
 3 Baja maternal.

23. ¿En qué rango se encuentran sus ingresos mensuales?

- 1 <700 euros/mes.
 2 700-1000 euros/mes.
 3 1000-1500 euros/mes.
 4 1500-2000 euros/mes.
 5 >2000 euros/mes.

24. Estado civil:

- 1 Soltera/o. 2 Casada/o. 3 Pareja de hecho.
 4 Separado/a o divorciado/a. 5 Viuda/o.

25. ¿Cuántas personas viven en su domicilio?

_____ personas.

26. ¿Dispone de ayuda para el cuidado de su hijo?

- 1 Si. ¿Quién? _____ 2 No

27. ¿Se fue su hijo de alta con cuidados especiales?

- Oxígeno 1 Si 2 No
- Colostomía 1 Si 2 No
- Traqueotomía 1 Si 2 No
- Gastrostomía 1 Si 2 No
- Otros. Especificar: _____

28. ¿Recibe apoyo del servicio de “hospitalización a domicilio pediátrico”?

- 1 Si 2 No

29. ¿Se ha resuelto alguno de estos problemas?

- Oxígeno 1 Si 2 No
 - Colostomía 1 Si 2 No
 - Otros. Especificar: _____

30. ¿Ha tenido que salir fuera de Murcia para que reciba su hijo algún tipo de tratamiento?

- 1 Si. ¿Cuál? _____ 2 No

31. Tras el alta a su domicilio desde Neonatología, ¿Ha reingresado su hijo en el hospital?

- 1 Si. Rellene la siguiente tabla: 2 No

Nº de ingreso	Motivo de ingreso	Duración del ingreso	Unidad de ingreso

32. ¿A cuántas revisiones ha tenido que traer a su hijo?

_____ revisiones.

33. ¿Su hijo acude al servicio de atención temprana?

- 1 Si 2 No

34. ¿Está o ha estado usted en tratamiento psicológico?

- 1 Previo al ingreso en UCI de su hijo.
 2 Durante el ingreso en UCI/Neonatología.
 3 Tras el alta de su hijo a domicilio.
 4 No

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE usted AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE usted EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	CASI NUNCA	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los engaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **durante las dos últimas semanas, incluido el día de hoy**. Rodee con un círculo el número que se encuentra escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, elija el número más alto. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones de cada grupo antes de efectuar la elección. Asegúrese también de no haber elegido más de una respuesta para cada grupo, particularmente en los elementos 16 (cambio en el patrón de sueño) y 18 (cambio en el apetito).**

1. Tristeza

- 0 No me siento triste habitualmente.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste continuamente.
- 3 Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desanimado sobre mi futuro.
- 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.
- 2 No espero que las cosas mejoren.
- 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.

3. Sentimientos de fracaso

- 0 No me siento fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que debería.
- 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.
- 3 Me siento una persona totalmente fracasada.

4. Pérdida de placer

- 0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
- 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

5. Sentimientos de culpa

- 0 No me siento especialmente culpable.
- 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable constantemente.

6. Sentimientos de castigo

- 0 No siento que esté siendo castigado.
- 1 Siento que puedo ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Insatisfacción con uno mismo

- 0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.
- 1 He perdido confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta.

8. Autocríticas

- 0 No me critico o me culpo más que antes.
- 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.
- 2 Critico todos mis defectos.
- 3 Me culpo de todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o deseos de suicidio

- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.
- 2 Me gustaría suicidarme.
- 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier cosa.
- 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.
- 1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

12. Pérdida de interés

- 0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.
- 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
- 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
- 3 Me resulta difícil interesarme en algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo decisiones más o menos como siempre.
- 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
- 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Inutilidad

- 0 No me siento inútil.
- 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.
- 2 Me siento inútil en comparación con otras personas.
- 3 Me siento completamente inútil.

15. Pérdida de energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía de la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
- 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambios en el patrón del sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
- 1a Duermo algo más de lo habitual.
- 1b Duermo algo menos de lo habitual.
- 2a Duermo mucho más de lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos de lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me levanto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable de lo habitual.
- 1 Estoy más irritable de lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.
- 3 Estoy irritable continuamente.

18. Cambios en el apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es algo menor de lo habitual.
- 1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que antes.
- 3a He perdido completamente el apetito.
- 3b Tengo ganas de comer continuamente.

19. Dificultad de concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
- 3 No puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.
- 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
- 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

21. Pérdida de interés por el sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
- 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- 3 He perdido completamente el interés por el sexo.

Desea realizar alguna observación o comentario. Escríbalo a continuación.

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

ANEXO VI: PERMISO COMISIÓN BIOÉTICA UNIVERSIDAD DE MURCIA

UNIVERSIDAD DE MURCIA | Vicerrectorado de Investigación e Internacionalización



COMISIÓN DE BIOÉTICA

INFORME DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA

Jaime Peris Riera, Catedrático de Universidad y Secretario de la Comisión de Bioética de la Universidad de Murcia

CERTIFICA:

Que D. Jesús David Pastor Rodríguez ha presentado la tesis doctoral titulada *"Análisis de las consecuencias psicológicas en los padres de niños nacidos prematuros ingresados en una unidad de cuidados intensivos neonatales"*, dirigida por D^a Florentina Pina Roche, a la Comisión de Bioética de la Universidad de Murcia.

Que dicha Comisión analizó toda la documentación presentada, y de conformidad con lo acordado el día 12 de marzo de 2012¹, acuerda por unanimidad emitir informe favorable, desde el punto de vista bioético.

Y para que conste y tenga los efectos que correspondan, firmo esta certificación, con el visto bueno del Presidente de la Comisión, en Murcia 12 de marzo de 2012.

Vº Bº
EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN
DE BIOÉTICA DE LA UNIVERSIDAD DE
MURCIA

Fdo.: Gaspar Ros Berruezo

¹ A los efectos de lo establecido en el art. 27.5 de la Ley 30/1992 de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del P.A.C. (B.O.E. 27-11), se advierte que el acta de la sesión citada está pendiente de aprobación

ANEXO VII: PERMISO HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA



Arrixaca
Hospital Universitario
"Virgen de la Arrixaca"
 Ctra. Madrid - Cartagena - Telf: 968 36 95 00
 30120 El Palmar (Murcia)

Fecha:	Murcia a 15 de marzo de 2012	Universidad de Murcia
De:	D. José Vicente Albaladejo Andreu Director Gerente Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Área I Murcia Oeste	Departamento de Enfermería D ^a Florentina Pina Roche
N/Ref.	JVAA/LH	Campus Universitario de Espinardo 30100 Murcia

Estimada Florentina:

En contestación a su solicitud de autorización para que D. Jesús David Pastor Rodríguez, Enfermero de UCI Neonatal del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y estudiante del Programa de Doctorado "Investigación en Cuidados de Enfermería", en la línea "Promoción y Cuidados en Salud de la Mujer" de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia, pueda llevar a cabo la recogida de datos en cuestionarios a padres que tengan ingresados a sus hijos en la UCI Neonatal de este Hospital, le comunico que no existe inconveniente por parte de esta Dirección Gerencia en la realización de dicho estudio.

Le recordamos las obligaciones que contrae de conformidad con el artículo 10 de la Ley Orgánica 15/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía de paciente, así como que deberá hacernos llegar una copia del estudio una vez concluido, a esta Gerencia y a la Unidad de Investigación de este Hospital.

La persona con la deberá contactar en el Hospital es D. Pablo Viguera Paredes, Jefe de Servicio de Asesoría Jurídica, para la firma del documento de confidencialidad, teléfono 968 369 666.

Un cordial saludo,



 José Vicente Albaladejo Andreu
 Director Gerente Área I Murcia Oeste
 Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

ANEXO VIII: CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES

INSTRUCCIONES GENERALES

El objetivo del trabajo de investigación en el que le proponemos participar es evaluar la vivencia de la maternidad/paternidad de los padres de niños ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia durante los primeros 6 meses de vida del niño, con el fin de poner en marcha intervenciones que puedan ayudar a otros padres que en el futuro pasen por su misma situación. Para ello le ofreceremos una encuesta en 5 momentos de la vida del niño: a los 7 días de ingreso en UCI Neonatal, a los 15 días de ingreso en UCI Neonatal, al alta a Neonatología, al alta

Participar en este estudio requiere completar una encuesta que le llevará aproximadamente unos 20 minutos. La encuesta se completa de forma **anónima** y, por tanto, no tiene que escribir en la misma ni su nombre ni sus apellidos. La mayoría de preguntas que le formulamos se contestan señalando con una **X** o rodeando la respuesta que mejor se adecue a su caso.

La encuesta de los 6 meses de vida se la enviaremos por correo electrónico o bien le localizaremos cuando acuda a la revisión de los 6 meses de su hijo al hospital. Por favor, indíquenos su dirección de correo electrónico:

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D. /Dña. _____, de _____ años de edad y con DNI nº _____, manifiesta que ha sido informado/a sobre el objetivo del estudio así como de que todos los datos aportados por mi serán tratados con anonimato y confidencialidad.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de Diciembre de protección de datos.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para la manipulación de los datos aportados por mí a través del protocolo del estudio.

Murcia, a ____ de _____ de 2012.

Fdo. D/Dña.

ANEXO IX: PLAN DE CUIDADOS PARA LOS PADRES DE RN INGRESADOS EN UCIN.

DIAGNÓSTICO NANDA	OBJETIVOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
- (00146) Ansiedad R/C crisis situacional M/P angustia, temor, preocupación.	- (01302) Afrontamiento de problemas. - (01402) Autocontrol de la ansiedad. - (01211) Nivel de ansiedad.	- (05270) Apoyo emocional. - (05250) Apoyo en la toma de decisiones. - (05440) Aumentar los sistemas de apoyo. - (05820) Disminución de la ansiedad. - (04920) Escucha activa. - (05340) Presencia. - (06480) Manejo ambiental. - (05380) Potenciación de la seguridad. - (05880) Técnicas de relajación. - (05240) Asesoramiento.
- (00177) Estrés por sobrecarga R/C factores estresantes M/P impacto negativo del estrés (síntomas físicos, distrés psicológico, sensación de malestar).	- (01302) Afrontamiento de problemas. - (01212) Nivel de estrés. - (01862) Conocimiento: manejo del estrés.	- (05880) Técnicas de relajación. - (05230) Mejorar el afrontamiento. - (05270) Apoyo emocional.
- (00136) Duelo R/C anticipación de la pérdida de personas significativas M/P culpabilización, desapego, estrés psicológico.	- (01201) Esperanza. - (01304) Resolución de la aflicción.	- (05310) Dar esperanza. - (05290) Facilitar el duelo. - (05460) Contacto - (05820) Disminución de la ansiedad.
- (00069) Afrontamiento ineficaz R/C confianza inadecuada en la habilidad para manejar la situación M/P estrategias de afrontamiento ineficaces.	- (02211) Ejecución del rol de padres. - (0220) Adaptación del cuidador principal al ingreso del paciente en un centro sanitario.	- (05370) Potenciación del roles. - (05270) Apoyo emocional. - (05250) Apoyo en la toma de decisiones.

		<ul style="list-style-type: none"> - (05440) Aumentar los sistemas de apoyo. - (05230) Aumentar el afrontamiento. - (07140) Apoyo a la familia.
- (000221) Proceso de maternidad ineficaz R/C confianza materna baja M/P conducta de vinculación insuficiente.	<ul style="list-style-type: none"> - (01840) Cuidados del recién nacido pretérmino. - (02211) Ejecución del rol de padres. 	<ul style="list-style-type: none"> - (06710) Fomentar el apego. - (06840) Cuidados de canguro (del niño prematuro). - (07130) Mantenimiento de los procesos familiares.
- (00124) Desesperanza R/C estrés crónico M/P implicación en el cuidado inadecuada.	<ul style="list-style-type: none"> - (01201) Esperanza. - (01204) Equilibrio emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> - (25310) Dar esperanza. - (05270) Apoyo emocional.
- (00058) Riesgo de deterioro de la vinculación entre padres y lactante R/C prematuridad, enfermedad M/P conocimiento insuficiente sobre el desarrollo del niño.	<ul style="list-style-type: none"> - (02211) Ejecución del rol de padres. - (01500) Lazo afectivo padres- hijo. 	<ul style="list-style-type: none"> - (07140) Apoyo a la familia. - (05370) Potenciación del roles. - (08300) Fomentar la paternidad.

Fuente: Elaboración propia.