



Facultad de
Enfermería

Universidad de Valladolid

Grado en Enfermería

Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2020-2021

Trabajo de Fin de Grado

Análisis de las inquietudes y estrés parental en
el cuidado neonatal durante la estancia
hospitalaria

Autora: Irene Barrios Arroyo

Tutora: Sara García Villanueva

Cotutor: Miguel Ángel Madrigal Fernández

Agradecimientos

La realización de este trabajo ha sido posible gracias a la ayuda de algunas personas que han colaborado de una manera o de otra.

Quiero agradecer su apoyo, ayuda, implicación y ánimos a Miguel Ángel, excelente profesor, profesional y persona. También a Agustín por su ayuda y aportaciones al trabajo.

Al equipo de enfermeras de la unidad neonatal por su ayuda en la captación de participantes del estudio y su apoyo.

A Vanesa y Alicia, pediatras que se han interesado y contribuido en el estudio.

A Sergio, especialmente por haber estado siempre apoyando, por su cariño y ánimos.

A mi familia, por su apoyo, interés y ánimos.

A mis compañeras y amigas de carreras, por estar disponibles y compartir estos momentos.

A Sara, por su colaboración.

Resumen

Introducción: la hospitalización es un suceso habitual que altera el curso postnatal normal. El estrés derivado de la paternidad y/o del ingreso tiene consecuencias psicológicas individuales, de pareja y en el desarrollo neonatal. Su estudio y detección permitiría la prevención de sus consecuencias negativas. El objetivo fue analizar el estrés parental y su relación con la hospitalización neonatal.

Metodología: el estrés se estudió en 100 padres de las unidades de neonatología y maternidad mediante el PSI-SF. Se analizó la relación estadística entre los resultados y otras variables encuestadas.

Resultados: la hospitalización neonatal no demostró una relación significativa con el estrés parental, a diferencia de la nacionalidad, religión y nivel educativo. Solo un pequeño porcentaje sufría estrés con una significación clínica.

Discusión: los resultados indicaron que la hospitalización no era un único factor de riesgo y se descubrieron otros. El estrés parental influye negativamente en el desarrollo del neonato, el fomento de educación y apoyo parental favorecen la salud mental.

Conclusiones: la hospitalización podría entenderse como algo positivo que aumente la seguridad neonatal. La valoración del estrés mediante el PSI-SF adaptado es válido. Además, conocer las preocupaciones y aspectos que muestran interés por el aprendizaje facilita la guía de las intervenciones enfermeras.

Palabras clave: estrés parental, neonatología, hospitalización.

Introduction: hospitalization is a common event that alters the normal postnatal course. The stress derived from parenthood and / or income has psychological consequences for individuals, couples and neonatal development. Its study and detection would allow the prevention of its negative consequences. The objective was to analyze parental stress and its relationship with neonatal hospitalization.

Análisis de las inquietudes y estrés parental en el cuidado neonatal durante la estancia hospitalaria

Methodology: stress was studied in 100 parents from the neonatology and maternity units using the PSI-SF. The statistical relationship between the results and other variables surveyed was analyzed.

Results: neonatal hospitalization did not show a significant relationship with parental stress, unlike nationality, religion and educational level. Only a small percentage suffered stress with clinical significance.

Discussion: the results indicated that hospitalization was not a single risk factor and others were discovered. Parental stress negatively influences the development of the newborn, the promotion of education and parental support favor mental health.

Conclusions: hospitalization could be understood as something positive that increases neonatal safety. Stress assessment using the adapted PSI-SF is valid. Knowing the concerns and aspects that show interest in learning facilitates the guidance of nursing interventions.

Key words: parental stress, neonatology, hospitalization.

Índice

1. Introducción	1
2. Objetivos	3
3. Material y métodos	4
3.1 Diseño del estudio	4
3.2 Población y muestra.....	4
3.3 Muestra	4
3.3.1 Variables de estudio.....	4
3.3.2 Escala de valoración de estrés parental.....	5
3.4 Cronograma.....	6
3.5 Consideraciones ético-legales.....	6
3.6 Análisis estadístico.....	7
4. Resultados.....	8
4.1 Características de la muestra de estudio.....	8
4.2 Resultados del PSI-SF.....	9
4.3 Resultados de la relación entre las variables y PSI-SF.....	10
5. Discusión	16
5.1 Barreras y limitaciones del estudio	18
5.2 Futuras líneas de investigación	19
6. Conclusiones.....	19
7. Bibliografía.....	21
8. Anexos	23
8.1 Anexo 1: Cuestionario de variables.....	23
8.2 Anexo 2: Parental Stress Index Short-Form.....	26
8.3 Anexo 3: Dictamen favorable del Comité Ético e Investigación del Área Este de Valladolid y conformidad de los jefes de servicios	30
8.4 Anexo 4: Dictamen favorable del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de Valladolid	33
8.5 Anexo 5: Consentimiento informado	34

Índice de tablas

Tabla 1.....	6
Tabla 2.....	9
Tabla 3.....	10
Tabla 4.....	11
Tabla 5.....	12
Tabla 6.....	13
Tabla 7.....	16

Índice de figuras

Figura 1	11
Figura 2.....	14
Figura 3.....	14
Figura 4.....	14
Figura 5.....	14
Figura 6.....	15

Índice de abreviaturas

1. UNeo: Unidad Asistencial de neonatología
2. UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
3. NIDCAP: Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (Evaluación del desarrollo y cuidado individualizado del recién nacido).
4. HCUV: Hospital Clínico Universitario de Valladolid
5. EpS: Educación para la Salud
6. PSI-SF: Parental Stress Index Short-Form (Índice de estrés parental de formato corto)
7. SPSS: Statistical Package for the Social Sciences
8. FP: formación profesional
9. E.S.O.: Educación Secundaria Obligatoria
10. DS: desviación típica o estándar
11. IC95%: intervalo de confianza del 95%
12. FICare: Family Integrated Care (modelo de atención familiar integrada)
13. CCF: Cuidados centrados en la familia

1. Introducción

En los últimos años, la hospitalización neonatal ha supuesto un aumento de la supervivencia de prematuros y recién nacidos con patologías que precisaban asistencia gracias al avance científico. El periodo neonatal a nivel asistencial abarca hasta los 28 días de vida en el nacido a término y hasta la semana 46 de edad postmenstrual en el nacido prematuramente, que se realiza en las Unidades Asistenciales de Neonatología (UNeo). Estas se denominan como la organización de profesionales sanitarios en el hospital que ofrecen asistencia multidisciplinar, cumpliendo unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, con la que garantizan la seguridad, calidad y eficiencia para atender las necesidades de los recién nacidos ¹. La capacidad asistencial en las unidades puede diferir, pero en el caso de hasta la más simple, deben ser capaces de atender a los pacientes más graves para su traslado a las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Los encargados del cuidado neonatal son los profesionales sanitarios que componen el equipo de trabajo, incluyendo a los padres en las actividades en la medida de lo posible ^{2,3}.

Las causas comunes de hospitalización tras el nacimiento incluyen la termorregulación ineficaz, hipoglucemia, dificultad respiratoria, hiperbilirrubinemia y mortalidad neonatal. En las semanas siguientes, estas pueden ser la deshidratación, complicaciones respiratorias, dificultad en la alimentación, infecciones urinarias, diarrea y meningitis ⁴. También se incluye la prematuridad, niños nacidos antes de la semana 37 de gestación; que conlleva el aumento del riesgo de la aparición de patologías, agravando la propia situación de la prematuridad. Como consecuencia, la preocupación de los padres puede verse aumentada. El impacto que puede generar varía en función del estado de salud del recién nacido, edad y evolución clínica, entre otros factores ^{5,6}.

En el tercer trimestre del embarazo los padres inician la idealización de su nueva vida y de su hijo. Siguiendo el curso normal del nacimiento, los tres nidos naturales para un desarrollo correcto al inicio de la vida se corresponden con el útero y pecho materno, el cuerpo de los padres y el grupo social familiar. Al llegar este momento, surge el enfrentamiento entre la realidad y la

idealización establecida. Si fuera necesaria la hospitalización del neonato, se entiende como un imprevisto negativo en el transcurso de los acontecimientos esperados, que afecta emocionalmente a los padres. En la prematuridad, la situación se agrava al verse interrumpido el proceso adaptativo. En todo caso, aparecen las preocupaciones por la supervivencia, los riesgos de la salud y las posibles secuelas ^{4,5,7}. Además de verse afectado la creación del vínculo y apego paternal.

El estrés derivado de la propia paternidad y los factores agravantes ya mencionados (prematuridad, ingreso hospitalario, alteraciones de salud neonatal, etc) fueron definidos por Deater-Deckard en 2004 como «un conjunto de procesos que conducen a reacciones psicológicas y fisiológicas aversivas derivadas de los intentos de adaptarse a las exigencias de la paternidad. Esto a menudo se experimenta como sentimientos y creencias negativas hacia sí mismo y hacia el niño», indicativo de que no solo genera efectos negativos en los padres sino en el desarrollo del bebé ⁸. Se observó que el cuidado en estas unidades no solo debía ser la supervivencia neonatal, sino que se debía atender las necesidades psicosociales de los padres. Su atención debía efectuarse para una mejor evolución del proceso de hospitalización. Por ello, se ha discutido durante años la importancia de la participación de los padres en los cuidados durante el ingreso ⁹. Su inclusión facilita imitar el entorno natural, creación del vínculo y apego. Viéndose aumentada su preparación psicológica para el momento del alta ^{4,5}.

Los factores estresantes que han sido relacionados con la hospitalización son diversos, entre ellos se encuentran: la separación y aislamiento físico, la alteración del rol parental, los monitores y aparatos con sus respectivos sonidos, presencia de otros neonatos enfermos, la realización de procedimientos invasivos, la impotencia de brindar toda la atención que necesita, aparición de sentimientos de que el personal está más cerca de su hijo que sus propios padres, la probabilidad de supervivencia, etc. ^{9,10}.

Si se realiza una detección y evaluación temprana del estrés, se podría prevenir y/o tratar de forma temprana las consecuencias psicológicas paternas en el ámbito individual y de pareja, además de mejorar el bienestar del neonato⁴.

La valoración de la situación psicológica paterna se ha evaluado mediante diversos enfoques, la presencia de ansiedad y/o depresión, el estrés de las unidades de cuidados críticos, pero el estrés relacionado con el cuidado no se han encontrado estudios. Por consiguiente, el análisis de ese aspecto, susceptible de ser causa de estrés se convierte en motivo de investigación y de su posible método de evaluación. Abidin, diseñó el Parenting Stress Index Short Form para evaluar los sentimientos negativos y el estrés relacionado con el cuidado de los hijos ¹¹.

2. Objetivos

Objetivo general:

- Analizar la relación de la hospitalización neonatal con el estrés parental.

Objetivos específicos:

- Evaluar la presencia de estrés parental en los primeros días tras el nacimiento.
- Comparar el estrés parental que genera el ingreso hospitalario del recién nacido, con los padres de neonatos que no precisan hospitalización.
- Constatar la validez del PSI-SF en el periodo neonatal durante la hospitalización.
- Conocer las principales inquietudes de los padres de recién nacidos ingresados en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
- Valorar la necesidad de ampliar la educación para la salud en cuidados enfermeros neonatales.

3. Material y métodos

3.1 Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo, realizado en padres y madres de recién nacidos en el HCUV en las fechas comprendidas entre el 28 de diciembre de 2020 y el 25 de marzo de 2021.

3.2 Población y muestra

1. Población diana: padres y madres de recién nacidos que hayan ingresado en la planta de obstetricia o en la unidad de neonatología.
2. Población a estudio: padres de los neonatos nacidos en el HCUV durante la realización del estudio entre el 28 de diciembre de 2020 y el 25 de marzo de 2021.

La unidad de obstetricia corresponde a la población del área este de Valladolid. La unidad neonatal es de referencia para el área este de Valladolid, Hospital de Palencia, Segovia, Medina del Campo y el Hospital Campo Grande de Valladolid cuando no tienen los medios adecuados para su atención. Los datos de los tres últimos años (2018, 2019 y 2020) de estas unidades en orden cronológico: 1.172, 1.115 y 1.041 nacimientos y el número de neonatos hospitalizados fueron 197, 244 y 269.

3.3 Muestra

La muestra fue de 100 padres y madres seleccionados a través de la técnica de muestreo no probabilístico de conveniencia. Los criterios de inclusión adoptados fueron ser padres y madres de los neonatos nacidos en el HCUV, ingresados en la unidad de maternidad o de neonatología durante las fechas de estudio. Los criterios de exclusión fueron ser padres de lactantes menores de 1 mes que hayan ingresado en neonatología a través de urgencias y la cumplimentación errónea del cuestionario de valoración de estrés.

3.3.1 Variables de estudio

Las variables seleccionadas para conocer las características sociodemográficas de los padres fueron: parentesco con el neonato, edad,

Análisis de las inquietudes y estrés parental en el cuidado neonatal durante la estancia hospitalaria

nivel de estudios, estado civil, ingresos económicos mensuales, actividad laboral, religión, nacionalidad y número de hijos.

En lo que respecta al neonato, las variables fueron: tipo de parto, edad neonatal, alimentación del neonato. Por último, las relacionadas con la hospitalización fueron motivo de ingreso (diagnóstico), estancia y existencia de hijos anteriores hospitalizados.

Se investigó qué aspectos de los cuidados neonatales les generaba más dudas entre los propuestos y cuáles resultarían de interés para que enfermería incluyera en la educación sanitaria de las unidades. (ver anexo 1)

3.3.2 Escala de valoración de estrés parental

El estrés parental se midió mediante el cuestionario denominado "Parental Stress Index Short Form" (PSI-SF). Es un cuestionario autoadministrado y aplicable a padres de niños desde el nacimiento hasta los 12 años. Consta de 36 ítems evaluados en formato Likert (1 = muy en desacuerdo; 5 = muy de acuerdo). Se divide en tres subescalas que valoran las dimensiones: malestar paterno, interacción disfuncional padres-hijo y niño difícil. Se seleccionaron las preguntas 1-14, 22, 23, 35 y 36 para adaptarlo a la población diana del estudio. La evaluación se basa en la interpretación de las puntuaciones brutas, es decir, del sumatorio de todos los ítems. A mayor puntuación, más alto es el nivel de estrés, estableciendo el corte en una puntuación igual a 90 y teniendo en cuenta que la puntuación máxima es de 180 puntos y la mínima en 36. La existencia de significación clínica se establece por debajo del percentil 20 y por encima del percentil 85, los valores entre estos percentiles se consideran normales^{3,10,11}. (ver anexo 2).

3.4 Cronograma

Tabla 1: evolución temporal del estudio.

ACTIVIDADES	Tiempo
Búsqueda bibliográfica	15 de noviembre a 15 de diciembre de 2020
Presentación del proyecto al Comité de Ética del HCUV y Facultad de Enfermería	17 de diciembre de 2020
Recogida de muestra	28 de diciembre de 2020 a 25 de marzo de 2021
Registro de datos muestrales	26 de marzo a 30 de marzo de 2021
Análisis estadístico	5 de abril al 2 de mayo de 2021
Elaboración de resultados	2 al 20 de mayo de 2021

El procedimiento de captación de los participantes se basó en la visita de las unidades varias veces a la semana en las fechas mencionadas para hablar con los padres. Se les explicó el objetivo del estudio, cómo cumplimentar el cuestionario y sus derechos de participación en la investigación en términos legales.

3.5 Consideraciones ético-legales

La Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, basada en el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril, General de Protección de Datos Personales; otorga la protección de las personas en relación con el tratamiento de datos personales como derecho fundamental, recogido por el artículo 18.4 de la Constitución española, donde se establece la garantía del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos.

Para la realización de la investigación en el HCUV se presentó el proyecto al Comité Ético del Área Este de Valladolid con la conformidad de los jefes de servicio (unidad neonatal y de obstetricia). Se adjunta el dictamen favorable del estudio por el Comité Ético junto con los documentos de conformidad de los jefes de servicio correspondientes (ver anexo 3) y el dictamen favorable del

Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de Valladolid (ver anexo 4).

Todo participante firmó el consentimiento informado específico destinado a investigaciones clínicas que no implicasen muestras biológicas, requerido por el Comité Ético (ver anexo 5). De esta manera han dejado constancia por escrito de su conformidad. Además, se garantizó que la información aportada es de uso único en este estudio y el trato de datos en el análisis estadístico fue de manera codificada. En cualquier momento poseen de plena capacidad para revocar su permiso y retirarse del estudio.

3.6 Análisis estadístico

El análisis de datos se realizó con los programas informáticos Excel y IBM-SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). El nivel de significación estadística se fijó en p valor $<0,05$ y se trabajó con intervalos de confianza del 95% (IC95%). Se han resumido las variables numéricas con medias y desviaciones típicas (DS) y las variables cualitativas mediante porcentajes.

El PSI-SF fue estudiado mediante el cálculo de la puntuación total y de las subescalas. El límite establecido de estrés con significación clínica se estableció en el percentil 85 (P_{85}). Se analizaron las preguntas seleccionadas de manera individual, calculando el porcentaje de respuestas en los niveles de la escala Likert entre 3 y 5, además de sus respectivos IC95%, que permiten extrapolar los resultados a la población asegurando que en el 95% de los casos los resultados se van a encontrar en ese intervalo. Posteriormente, se estudiaron las puntuaciones en las subescalas mediante porcentajes, DS e IC95%.

El estudio de la posible relación de los resultados del PSI-SF con las variables estudiadas en la muestra se contrastaron mediante la igualdad de medias utilizando la t de Student para muestras independientes o el análisis de la varianza, según correspondiera.

Se analizó la relación entre las puntuaciones obtenidas por los miembros de las mismas parejas mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

Para modelizar la aparición de estrés en función de las variables explicativas se ha realizado un análisis de regresión logística, que ha permitido identificar factores de riesgo (FR) independientes para la aparición de estrés, obtener sus Odds Ratio (OR) y sus correspondientes intervalos de confianza al 95%.

Las variables numéricas fueron representadas utilizando diagramas de cajas.

Las preguntas de respuesta múltiple incluidas sobre los cuidados neonatales se analizaron mediante el test de McNemar.

4. Resultados

4.1 Características de la muestra de estudio

La muestra fue de 100 participantes, el 62% correspondieron a madres y el 38% a padres. El rango de edad estaba entre 15 y 43 años con una edad media de 33,6 años y una moda 32. El 90% era de nacionalidad española, el 70% de religión católica, el 44% había alcanzado el nivel de estudios universitario, el 62% estaban considerados pareja legal, los ingresos mensuales en la unidad familiar del 62% eran superiores a 1.500 euros, el grado de desempleo se estableció en un 25% y en el 61% de los casos eran padres primerizos. El número de partos eutócicos fue el 48%, en los distócicos se incluyeron cesárea (35%) y parto instrumentado con ventosa o fórceps; de todos ellos, el 4% correspondió a un parto múltiple. La lactancia materna se dio en el 64% de los casos y 22% alimentación mixta.

El diagnóstico criterio de hospitalización fue más de uno en el 30,77% de los casos estudiados, los cuales en el 25,64% uno de los diagnósticos fue la prematuridad. El resto de los diagnósticos fueron muy diversos y se englobaron por alteraciones de los aparatos o sistemas del cuerpo humano: alteraciones digestivas en un 12,82%, endocrinas en el 25,64%, respiratorias 25,64%, renales 7,69%, de origen infeccioso un 2,56%, de crecimiento 2,56%, cardiovasculares 2,56% y óseas el 2,56%. El 17,95% restante, ingresaron exclusivamente por prematuridad.

4.2 Resultados del PSI-SF

El PSI-SF fue respondido por todos los participantes de manera adecuada, a excepción de uno que fue excluido de la muestra por la imposibilidad de lectura de las respuestas. La puntuación se transformó a una escala simplificada de 0-10 puntos para facilitar su estudio. La media de los resultados resultó en 2.4 con un IC95% (2.2, 2.97). La significación clínica de las puntuaciones se estableció en el $P_{85}=3.51$.

Las preguntas seleccionadas fueron analizadas individualmente, se calculó el porcentaje de las respuestas entre 3 y 5 puntos con su correspondiente IC95%. Cabe destacar, que las preguntas correspondientes a la subescala de niño difícil las puntuaciones altas aparecen en un porcentaje inferior al 17%. Las preguntas de la subescala 'interacción padre-hijo' con una puntuación elevada que indicase niveles mayores de estrés no superaron el 20% de las respuestas, exceptuando la pregunta de sentirse buen padre, ya que se consideraba sentirse mal padre en las puntuaciones entre 1 y 2.

Tabla 2: Análisis de las preguntas seleccionadas del PSI-SF con sus correspondientes porcentajes de respuesta entre los valores 3 y 5, y sus IC95%.

PREGUNTAS	%	IC95%	IC95%
Subescala 'malestar paterno'			
Control de las situaciones	54	43.7	64.0
Abandono de actividades	52	41.8	62.1
Responsabilidades	31	22.1	41.0
No se realizan actividades nuevas	37	27.6	47.2
No se realizan actividades de ocio	28	19.5	37.9
No sienten comodidad con ropa nueva	28	19.5	37.9
Molestia	19	11.8	28.1
Aumento de problemas	11	5.6	18.8
Soledad	11	5.6	18.8
No diversión	10	4.9	17.6
Desinterés por las personas	26	17.7	35.7

Disminuye el disfrute	15	8.6	23.5
Subescala 'interacción disfuncional padre-hijo'			
Hijo hace sentir bien a los padres	10	4.9	17.6
No gustar al hijo	9	4.2	16.4
Siente ser buen/mal padre	95	88.7	98.4
Proximidad al hijo	20	12.7	29.2
Subescala 'niño difícil'			
Hijo es un problema mayor del esperado	7	2.9	13.9
El hijo exige más que el resto	17	10.2	25.8

Las subescalas fueron estudiadas mediante su media, DS e IC95%. Como se pudo observar, las subescalas de malestar paterno e interacción disfuncional padre-hijo muestran unas medias que se comportan de forma parecida a la media de la puntuación total, a diferencia de la subescala niño difícil, se aleja del comportamiento del resto con unas puntuaciones inferiores. Con un p valor <0,001. (ver tabla 3).

Tabla 3: Resumen de los resultados de las subescalas y puntuación total media.

	Media	DS	IC95%	IC95%
Puntuación total	2.4	1.3	2.2	2.7
Subescala 'malestar paterno'	2.5	1.5	2.2	2.9
Subescala 'interacción disfuncional padres-hijo'	2.1	0.6	2.0	2.2
Subescala 'niño difícil'	1.0	1.6	0.6	1.3

4.3 Resultados de la relación entre las variables y PSI-SF

Uno de los objetivos establecidos fue analizar la relación de estrés parental con el ingreso neonatal mediante la escala PSI-SF adaptada. Para comprobar si existía relación entre el estrés y la hospitalización del neonato, se realizó una comparación de las medias de los resultados del PSI-SF en la puntuación total y de las subescalas (ver tabla 4). Las puntuaciones medias son mayores en el

Análisis de las inquietudes y estrés parental en el cuidado neonatal durante la estancia hospitalaria

grupo de padres con hijos hospitalizados, pero no se demostró una significación estadística (p -valor $>0,05$). En la figura 1 se puede observar los resultados de las puntuaciones, donde tampoco se muestra una diferencia significativa de los resultados.

Tabla 4: comparativa de las puntuaciones entre los grupos creados por la variable hospitalización neonatal.

	Puntuación media		p-valor
	Hijo hospitalizado	Hijo no hospitalizado	
Total	2.60	2.28	0.288
Subescala 'malestar paterno'	2.72	2.44	0.404
Subescala 'interacción disfuncional padres-hijo'	2.20	2.03	0.184
Subescala 'niño difícil'	1.22	0.80	0.244

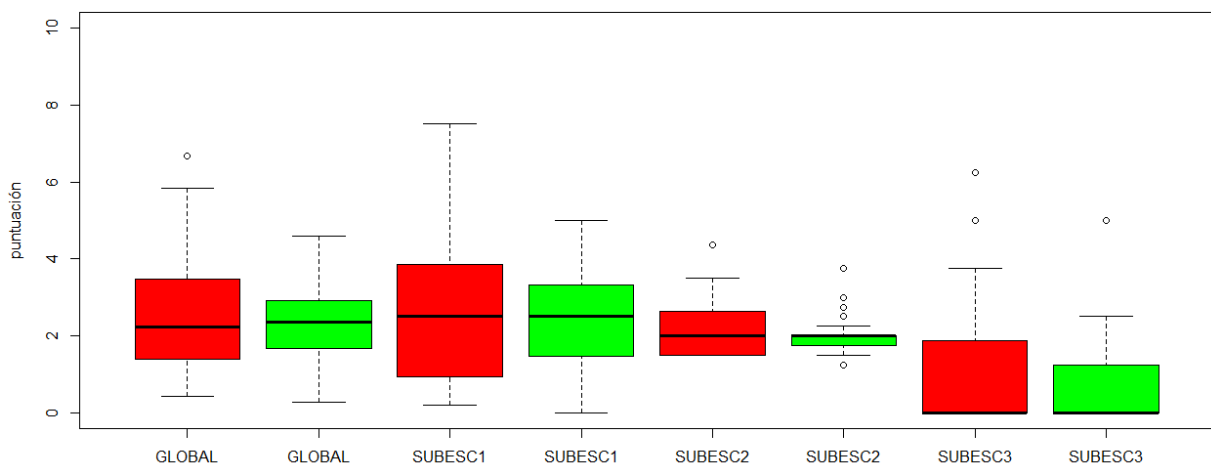


Figura 1: Representación de las puntuaciones totales y subescalas del PSI-SF mediante diagramas de barras (color rojo= neonato hospitalizado y color verde=neonato no hospitalizado).

Se examinó la existencia de relación entre la presencia de estrés y las variables encuestadas. Se calculó para cada factor su número de veces respondido (n), la media de la puntuación total de los participantes que poseían ese factor, su DS y el p -valor que aportaba la presencia de significación estadística (ver tabla 5).

Tabla 5: resumen de la relación entre las variables y los resultados del PSI-SF. (n= número de individuos que incluye, media= media PSI-SF de los participantes incluidos en esa variable).

Variable	n	Media PSI-SF	DS	p-valor
Parentesco (padre)	38	2.40	1.41	0.997
Parentesco (madre)	62	2.41	1.21	
Edad <35 años	49	2.43	1.38	0.858
Edad >35 años	51	2.38	1.20	
Nacionalidad extranjera	10	3.47	1.86	0.005
Español	90	2.29	1.16	
No católicos	30	2.21	1.42	0.317
Católicos	70	2.49	1.22	
No Pareja	38	2.39	1.48	0.927
Pareja	62	2.41	1.16	
No Trabaja	25	2.46	1.42	0.823
Trabaja	75	2.39	1.25	
Estudios_1 (sin estudios)	5	4.06	2.09	0.046
Estudios_2 (Ed. Primaria)	4	2.53	1.53	
Estudios_3 (E.S.O.)	19	2.48	1.48	
Estudios_Bach./FP_4	28	2.09	1.31	
Estudios Universitarios_5	44	2.38	0.92	
Ingresos.ec._1 (<1.000)	16	3.12	1.53	0.094
Ingresos.ec._2 (1.000-1.500)	22	2.18	1.34	
Ingresos.ec._3 (1.500-2.000)	25	2.36	1.52	
Ingresos.ec._4 (>2.000)	37	2.26	0.83	
Parto no eutócico	52	2.45	1.36	0.725
Parto eutócico	48	2.36	1.21	
Parto único	96	2.43	1.28	0.402
Parto múltiple	4	1.88	1.37	
Neonato prematuro	79	2.41	1.24	0.901
Neonato a término	21	2.37	1.47	
Hijo anterior ingresado: SÍ	4	2.33	0.40	0.901
Hijo anterior ingresado: NO	96	2.41	1.31	
Hijo actual ingresado: SÍ	39	2.60	1.64	0.237
Hijo actual ingresado: NO	61	2.28	0.99	
Alimentación lactancia materna	64	2.44	1.32	0.644
Alimentación artificial	14	2.41	1.58	
Alimentación mixta	22	2.29	1.00	

Resultó de interés la significación que adquirieron los factores: nacionalidad no española con una media de 3.47 y un p-valor 0.005, situándose por encima de la media, pero sin superar el límite de significación clínica. El nivel educativo sin estudios con una media de 4.06 superando el límite de significación clínica y un p-valor 0.046. Por último, el factor ingresos económicos inferior a 1.000 euros/mes con una media de 3.12 y un p-valor de 0.094, no llega a ser significativamente estadístico, pero está muy cerca a diferencia del resto de los factores estudiados. El resto de las variables estadísticas no presentaron una significación estadística que mostrara relación con el estrés parental.

Para comparar el riesgo de tener valores considerados como estrés en la escala global, se calculó los valores OR para los factores de nacionalidad española, religión católica, nivel de estudios e ingresos económicos. Se obtuvieron en modelo multivariante. (ver tabla 5).

Esto resultó en que el ser español o el ser católico se consideraron factores de riesgo ante el estrés parental. El factor no haber estudiado también se consideró como de riesgo a pesar de estar en el límite y el ingreso económico bajo está muy cerca del límite de la significación estadística, por ello no se eliminó.

Tabla 6: representación de los FR con su OR y significación estadística.

	OR	IC95%	IC95%	p-valor
Español	0.76	0.61	0.95	0.019
Católico	1.19	1.03	1.38	0.024
Estudios	0.94	0.88	1.00	0.054
Ingresos.ec.	0.94	0.87	1.00	0.057

A continuación, se muestra la representación de estos factores con la puntuación del PSI-SF mediante diagramas de cajas. Se observaron puntuaciones más elevadas en los participantes de nacionalidad extranjera, las medias de puntuación son cercanas pero los extranjeros se distribuyen en puntuaciones más elevadas. Los participantes católicos mostraron niveles de estrés superiores, pero se mantienen cercanos a los no católicos. El factor ingresos económicos resultó que las personas con ingresos inferiores a 1.000€,

con una puntuación media mayor al resto. Finalmente, se pudo comprobar que el factor estudios guarda relación con los niveles de estrés, mostrando que el grupo sin estudios tuvo una media de 5, muy por encima de la media y superando el límite estrés con significación clínica.

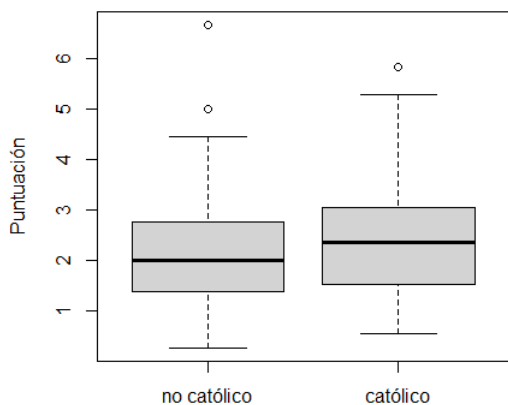


Figura 2: representación de la relación entre el nivel de estrés con la nacionalidad.

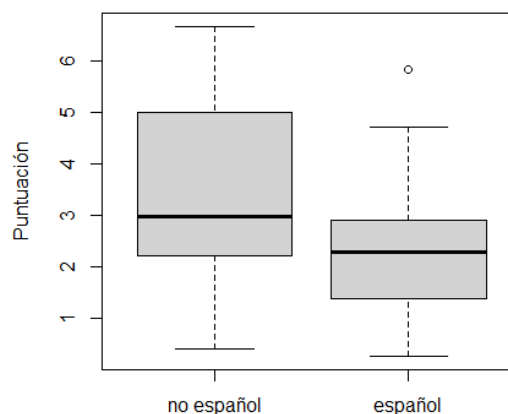


Figura 3: representación de la relación entre el nivel de estrés con la religión católica.

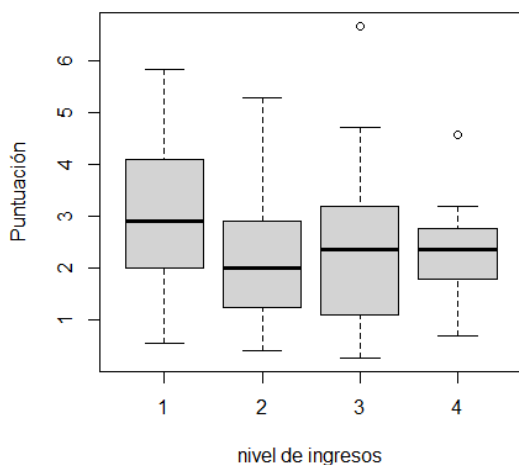


Figura 4: representación de la relación entre el nivel de estrés con el nivel de ingresos económicos mensuales (1= <1.000€, 2= 1.000-1.500€, 3= 1.500-

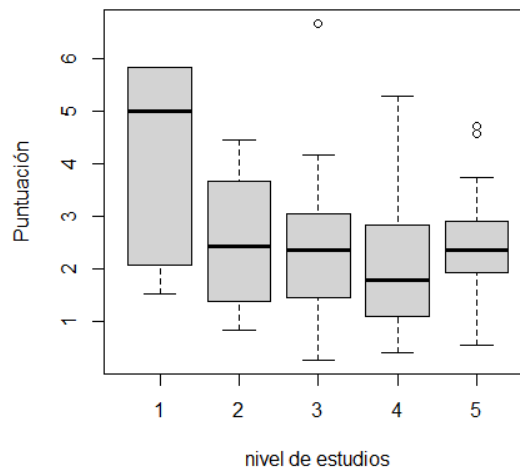


Figura 5: representación de la relación entre el nivel de estrés con el nivel de estudios (1= sin estudios, 2= Ed. Primaria, 3= E.S.O., 4= Bach. o FP, 5= universitario).

Se planteó que los resultados de la encuesta entre los miembros de la pareja de padres serían parecidos. Para conocer si se producía ese comportamiento se calculó r , el coeficiente de correlación de Pearson. Se encontró una moderada relación entre las puntuaciones obtenidas con $r=0.37$ y un p -valor $=0.03$.

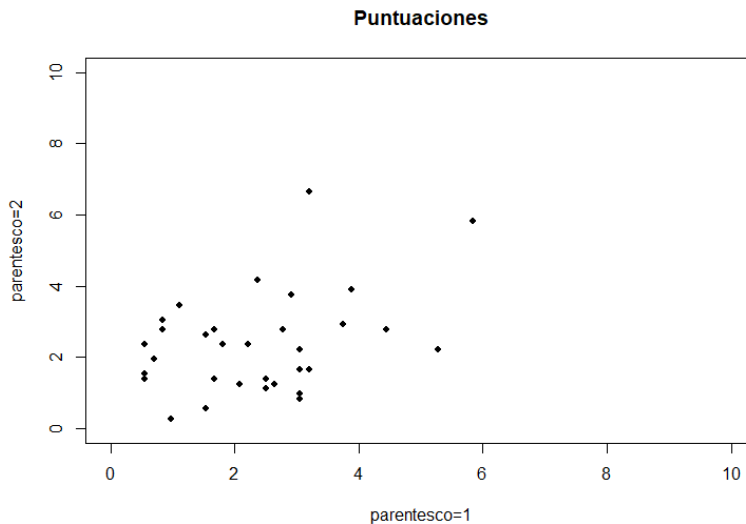


Figura 6: representación de la relación entre las puntuaciones de los miembros de las mismas parejas.

En las preguntas de opción múltiple acerca de las inquietudes y aspectos que creían conveniente que enfermería aumentara su EpS, se observaron sus porcentajes de respuesta y se compararon mediante el test de McNemar. La opción más seleccionada fue la movilización, en ambas preguntas, indicando que es un aspecto que genera dudas y despierta interés en su manejo. La siguiente elección destaca fue el cuidado higiénico, la diferencia entre las preguntas tuvo una significación estadística, la generación de dudas es mayor al interés en conocer las buenas prácticas. El menos seleccionado en ambas resultó ser la opción de medicación/enfermedad (ver tabla 7). Agregaron como dudas la reanimación y actuación en momento urgente con los neonato y la respiración normal. Como sugerencia para su educación agregaron la reanimación neonatal, lactancia materna e información de vacunas.

Tabla 7: Resumen de los porcentajes de las respuestas de ambas preguntas.

Ítems	% de respuesta (inquietud)	% de respuesta (precisa EpS)	p-valor
Alimentación	52.5	47.0	0.361
Higiene	84.8	74.0	0.022
Eliminación	79.8	80.0	1.000
Descanso/sueño	72.7	64.0	0.081
Movilización	88.9	83.0	0.077
Enfermedad/medicación	43.4	48.5	0.458

5. Discusión

El objetivo de la investigación fue estudiar la relación del estrés parental con la hospitalización, cuyo resultado mostró que el estrés parental no es exclusivamente dependiente de la hospitalización neonatal, padres de la unidad maternal también han mostrado niveles mayores al límite de significación clínica del estrés. En el presente estudio no se ha obtenido una significación clínica, pero otros trabajos como el estudio realizado en 2020, 'Maternal pre and perinatal experiences with their full-term, preterm and very preterm newborns' además de incluir como factores estresantes otros elementos implícitos en la hospitalización ^{9,10}.

Los factores de estrés relacionados con la hospitalización fueron diversos, en el estudio presente se pudo observar la relación el nivel educativo bajo, la nacionalidad extranjera, la religión católica y en menor medida los ingresos económicos bajos. Entre muchos factores otras investigaciones incluyeron las alarmas, presencia de otros neonatos enfermos, la realización de procedimientos invasivos, la separación y aislamiento físico ¹⁰. También se añadieron el tratamiento, el comportamiento del personal sanitario, el aspecto del niño, la pérdida del rol parental y la probabilidad de supervivencia ⁹.

La ansiedad y la depresión son dos patologías muy relacionadas con el estrés parental, un estudio realizado en 2013 demostró la correlación de los factores de seguro médico, área de residencia el apoyo, los ingresos económicos, la educación y el propio estrés parental ¹². Las características parentales que puedan predecir el riesgo de sufrir estrés han sido menos estudiadas que las

Análisis de las inquietudes y estrés parental en el cuidado neonatal durante la estancia hospitalaria

relacionada con el ingreso, de igual manera su valoración en las unidades de obstetricia también ha sido menor. Estos padres también lo sufren, tal y como se ha visto.

La influencia que tiene el estrés parental sobre el desarrollo del neonato se evidenció mediante su asociación con el aumento de problemas de conducta y emocionales de los niños prematuros que precisaron ingreso hospitalario, sin excluir al resto de neonatos. El estrés puede dar lugar a problemas mentales de los hijos de inicio en la primera infancia. Consecuentemente reducirlo evitaría numerosas secuelas en el ámbito individual, de pareja y del niño ^{12,13}.

Las intervenciones tempranas del equipo sanitario se estudiaron en una investigación que realizó el seguimiento del estrés parental en diversas etapas durante los meses posteriores al nacimiento (sin tener en cuenta la hospitalización), a la vez se realizaron intervenciones de fortalecimiento de la interacción. Los resultados fueron positivos, notándose la disminución del estrés en el grupo intervenido ¹⁴. Actualmente hay diferentes proyectos alrededor del mundo que promueven el cuidado centrado en la familia para los casos de hospitalización neonatal. La separación del hijo altera el desarrollo del rol parental y de las habilidades de cuidado, sienten que no son capaces de suplir la demanda de su hijo ^{15,16}. El objetivo de estos programas es realizar una atención conjunta de la familia. El modelo de atención Family Integrated Care (FICare) marca cuatro componentes imprescindibles de la atención sanitaria de estos pacientes, el apoyo psicológico, educación parental, el entorno/ambiente y la participación. La educación parental sola no es eficiente, debe complementarse con el resto de los aspectos mencionados ^{13,16}.

Los cuidados centrados en el desarrollo (CCF) también tienen como objetivo reducir el estrés y entender a la familia como una unidad de atención, implicando a los padres en los cuidados. En España, existe información desde 1999 y se ha ido instaurando poco a poco, en 2012 ya el 82% de las unidades neonatales permitía la estancia paterna la 24 horas y el 50% con una sala de descanso para facilitar su estancia y cercanía ¹⁷.

Los padres requieren apoyo psicosocial, especialmente en la unidad neonatal al tener que lidiar con el duelo de pérdida del niño sano normal a afrontar la

Análisis de las inquietudes y estrés parental en el cuidado neonatal durante la estancia hospitalaria

nueva situación y los problemas de salud. Las intervenciones de enfermería abarcan un papel primordial, están destinadas a la acogida al ingreso e información temprana de la situación, fomentar la conversación y expresión de sentimientos y dudas, mostrarse disponible a sus necesidades, animar a establecer el contacto con el recién nacido fomentando el desarrollo del vínculo de apego, involucrarlos en los cuidados básicos y aquellos más complejos que requieran entrenamiento antes del alta ⁹.

Las preguntas acerca de los cuidados aportaron información de interés para las intervenciones enfermeras. Conocer la demanda de los padres facilita orientarlas y renovar la información aportada. No solo es objeto de la unidad neonatal, este objetivo se enfocó para ambas unidades. Los padres que no pasan por una hospitalización pueden tener las mismas dudas. Los cuidados son responsabilidad de enfermería, desde la enseñanza hasta la realización de los mismo. Además, la cercanía enfermera puede permitir el fomento de la comunicación y expresión de los sentimientos paternos.

El seguimiento tras la hospitalización mediante la comunicación con el equipo sanitario, la realización de visitas domiciliarias por una enfermera que haya tratado al neonato, la evaluación del niño en el hogar, la realización de grupos educaciones y/o de apoyo fueron aspectos destacados que facilitaban la transición al hogar y aportaban tranquilidad a los padres, pudiendo favorecer a reducir el estrés¹⁸.

5.1 Barreras y limitaciones del estudio

En la realización del estudio se encontraron algunas dificultades como la escasa existencia de estudios sobre estrés parental en unidades neonatales intermedias. Los estudios encontrados que valoran el estrés parental han sido realizados en las UCIN. Por ello, no se ha podido ser comparada al no ser unidades asistenciales de iguales condiciones.

Las medidas de seguridad frente al SARS-CoV-2 han dificultado el acceso a la muestra al restringir el acceso a la unidad neonatal.

5.2 Futuras líneas de investigación

Un trabajo de investigación contribuye a descubrir incógnitas no evaluadas antes o a descubrir cambios en otras ya estudiadas, pero, de forma simultánea genera nuevas preguntas, ideas o abre líneas de trabajo.

El presente trabajo puede despertar interés en conocer la experiencia de los padres con hijos hospitalizados en unidades neonatales intermedias. Estas han sido poco estudiadas a diferencia de las UCIN, pero igualmente se ve alterado el entorno natural del recién nacido y de los padres. El desarrollo de estrés en niveles significativamente clínicos o incluso extremos son posibles tal y como se ha visto, del mismo modo que en otros estudios se ha demostrado que la intervención temprana es efectiva. Por ello, la investigación y desarrollo de intervenciones desde los primeros días de vida del niño, durante la hospitalización y tras el alta es una opción de interesante consideración.

El estudio de nuevos métodos prácticos de educación parental y apoyo en los cuidados básicos neonatales, específicos de enfermedades, el autocuidado y el trato con situaciones estresantes; podría suponer un beneficio general, para el paciente, familia y profesionales.

6. Conclusiones

El estrés parental analizado mediante el PSI-SF no ha mostrado una relación clara con el ingreso. El estrés está presente, pero no depende solo de la hospitalización. La existencia de padres de la unidad maternal con un nivel de estrés elevado indica que hay otros factores que influyen. Estos padres pueden necesitar la misma atención y apoyo. Por otro parte, la existencia de niveles bajos de estrés en la unidad neonatal puede deberse a que los padres ven la hospitalización como un medio seguro y sienten alivio al estar vigilado.

La evaluación del estrés ha proporcionado información de la situación paterna en esos instantes, mostrando que sí es habitual su presencia, pero la mayoría se sitúan en niveles normales sin una significación clínica. Se estableció una relación del estrés con el nivel de estudios, la nacionalidad, la religión y los ingresos económicos estaban cerca.

Análisis de las inquietudes y estrés parental en el cuidado neonatal durante la estancia hospitalaria

Los resultados de la comparación entre los padres de recién nacidos ingresados y no ingresados, resultó en no haber una diferencia que determinara que el ingreso es clave para la aparición de estrés y los padres de la unidad maternal pueden sufrir estrés de manera considerable.

El uso del PSI-SF de manera adaptada a la población de estudio ha sido satisfactoria y puede aplicarse en estas situaciones. La versión completa podría inducir a datos erróneos al no haberse desarrollado en su totalidad la interacción padre-hijo y el rol paternal.

Averiguar las inquietudes permite conocer los puntos de desconocimiento de los padres y guiar en los aspectos que se debe profundizar más durante la educación y enfocar las intervenciones enfermeras. La movilización, la higiene y el patrón de eliminación fueron más seleccionados. Pudiendo mostrar que en el resto de las opciones poseían más conocimientos o las mencionadas eran actividades que les preocupa más.

La investigación sobre los cuidados que les gustaría que tuvieran más educación ayuda a guiar hacia nuevos objetivos educativos y renovar el enfoque de las intervenciones de enfermería. Las opciones más seleccionadas fueron las mismas que las que tenían dudas, además se incluyeron como opciones la reanimación cardiopulmonar neonatal. El alto porcentaje de respuestas nos muestra que sí hace falta ampliar las intervenciones que faciliten el aprendizaje de los cuidados. El trabajo de enfermería es imprescindible en estas actividades y es el principal apoyo en los cuidados. El aumento de las intervenciones psicológicas y educativas junto con un seguimiento cercano, incluso desde el hospital tras el alta, fomentaría la implicación paterna y disminución del estrés.

7. Bibliografía

1. 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. *An Pediatr.* 2013;79(1).
2. Agra Varela, Yolanda; Aguayo Maldonado, Josefa; Álvarez González, M^oCarmen; Botet Mussons, Francesc; Bustos Lozano, Gerardo; Díaz Torres, Pilar; Echániz Urcelay, Iñigo; Fernández Lorenzo, Jose Ramón; Garcia Franco, María; Gómez Papi, Adolfo; Hernández-Agu M-T. Unidades de neonatología. Estándares y recomendaciones de calidad. 2014;175. Available from: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/NEONATOLOGIA_Accesible.pdf
3. Social DDP, De E. Funcionamiento familiar y ajuste psicológico de niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. 2017; Available from: <http://hdl.handle.net/10272/14780>
4. Aagaard H, Uhrenfeldt L, Spliid M, Fegran L. Parents' experiences of transition when their infants are discharged from the Neonatal Intensive Care Unit: a systematic review protocol. *JB I database Syst Rev Implement reports.* 2015;13(10):123–32.
5. NIDCAP Federación Internacional. Guía del Programa Programa de Evaluación y Cuidado del Desarrollo Individualizado del Recién Nacido (NIDCAP) Una Educación y Programa de Entrenamiento para Profesionales del Cuidado de la Salud. *Rev Calid Asist.* 2005;20(3):124–30.
6. Saigal S. Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. *J Pediatr.* 1999;135(3):397.
7. Howe TH, Sheu CF, Wang TN, Hsu YW. Parenting stress in families with very low birth weight preterm infants in early infancy. *Res Dev Disabil [Internet].* 2014;35(7):1748–56. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2014.02.015>
8. Díaz-Herrero Á, Brito AG, López JA, Pérez-López J, Martínez-Fuentes MT. Estructura factorial y consistencia interna version española.

- Psicothema. 2010;22(4):1033–8.
9. Miguel MJC, Briones ABE, Prats SG. Enfermería neonatal: cuidados centrados en la familia. *Enfermería Integr.* 2012;98(Junio):36–9.
 10. Goncalves JL, Fuertes M, Alves MJ, Antunes S, Almeida AR, Casimiro R, et al. Maternal pre and perinatal experiences with their full-term, preterm and very preterm newborns. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):1–26.
 11. Pérez-Padilla J, Menéndez S, Lozano O. Validity of the Parenting Stress Index Short Form in a Sample of At-Risk Mothers. *Eval Rev.* 2015;39(4):428–46.
 12. Kong L, Cui Y, Qiu Y, Han S, Yu Z, Guo X. Anxiety and depression in parents of sick neonates : a hospital-based study. 2013;(123):1163–72.
 13. Castel S, Beunard A, Creveuil C, Blaizot X, Proia N, Guillois B. Effects of an intervention program on maternal and paternal parenting stress after preterm birth: A randomized trial. *Early Hum Dev [Internet].* 2016;103:17–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2016.05.007>
 14. Hattangadi N, Cost KT, Birken CS, Borkhoff CM, Maguire JL, Szatmari P, et al. Parenting stress during infancy is a risk factor for mental health problems in 3-year-old children. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1–14.
 15. Feeley N, Waitzer E, Sherrard K, Boisvert L, Zelkowitz P. Fathers' perceptions of the barriers and facilitators to their involvement with their newborn hospitalised in the neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs.* 2013;22(3–4):521–30.
 16. Franck LS, Waddington C, O'Brien K. Family Integrated Care for Preterm Infants. *Crit Care Nurs Clin North Am [Internet].* 2020;32(2):149–65. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2020.01.001>
 17. López Maestro M, Melgar Bonis A, De La Cruz-Bertolo J, Perapoch López J, Mosqueda Peña R, Pallás Alonso C. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. *An Pediatr.* 2014;81(4):232–40.
 18. Lopez GL, Anderson KH, Feutchinger J. Transition of premature infants from hospital to home life. *Neonatal Netw.* 2012;31(4):207–14.

8. Anexos

8.1 Anexo 1: Cuestionario de variables

Completar el siguiente cuestionario rodeando la respuesta(s) que considere correcta, en el caso que ponga "especificar" rellene escribiendo lo que se indica.

Nombre y apellidos del niño/a: _____ Fecha y hora: _____

1. Parentesco:

- a. Padre
- b. Madre

2. Edad: _____

3. Nacionalidad:

- a. Española
- b. Extranjera (especificar): _____

4. Religión:

- a. Católica
- b. Musulmana
- c. Ortodoxa
- d. Ninguna
- e. Otros (especificar): _____

5. Nivel de estudios:

- a. Sin estudios
- b. Estudios primarios
- c. Estudios secundarios (E.S.O.)
- d. Bachillerato
- e. Formación profesional (FP) de grado medio o superior
- f. Estudios universitarios

6. Estado civil:

- a. Soltero/a
- b. Casado/a

- c. Divorciado/a
- d. Viudo/a
- e. Pareja de hecho

7. Ingresos mensuales en la unidad familiar:

- a. <1.000 euros/mes
- b. 1.000-1.500 euros/mes
- c. 1.500-2.000 euros/mes
- d. >2.000 euros/mes

8. Actividad laboral:

- a. Empleado/a
- b. Autónomo/a
- c. Funcionario/a público
- d. Desempleado/a

9. Tipo de parto (seleccione una opción en cada columna):

- | | |
|------------------------------|---------------------|
| a. Eutócico (normal) | 1. Parto único |
| b. Instrumentado con fórceps | 2. Parto múltiple |
| c. Instrumentado con ventosa | (gemelos, mellizos, |
| d. Cesárea | trillizos...) |

10. Edad del niño:

- a. A término
- b. Prematuro

11. Este niño es:

- a. Primer hijo
- b. Segundo hijo
- c. Tercer hijo
- d. Cuarto hijo o más

12. ¿Si tiene hijos anteriores, alguno fue ingresado en la unidad de neonatología?

- a. Sí
- b. No

13. ¿Su hijo actual ha ingresado en la unidad de neonatología en algún momento?

- a. Sí
- b. No

Solo contestar preguntas 14 y 15 si la respuesta a esta pregunta ha sido Sí.

14. Motivo de ingreso de recién nacido:

- a. Prematuridad <30 semanas de gestación (SG)
- b. Prematuridad >30 SG
- c. Distrés respiratorio
- d. CIR (crecimiento intrauterino retardado)
- e. Ictericia neonatal
- f. Sospecha de infección
- g. Otro (especificar): _____

15. Tiempo de ingreso:

- a. 24-48 horas
- b. 48-72 horas
- c. 3-6 días
- d. 1-2 semana
- e. 2-3 semanas
- f. 3 semanas o más

16. Alimentación del niño:

- a. Lactancia materna
- b. Lactancia artificial
- c. Mixta

17. ¿Qué aspectos del cuidado del niño/a te genera más dudas e inseguridades?

- a. Alimentación
- b. Higiene/aseo
- c. Eliminación (heces/orina)
- d. Descanso/sueño
- e. Movilización
- f. Enfermedad y medicación
- g. Otro (especificar): _____

18. ¿En qué aspectos debe incidir el personal de enfermería sobre el cuidado del recién nacido a la hora de la educación sanitaria para los padres?

- a. Alimentación (lactancia, biberones...)
- b. Higiene, aseo, baño...
- c. Eliminación (heces, orina)
- d. Patrón de sueño
- e. Movilización
- f. Medicación y aspectos relacionados con patología/enfermedad específica.
- g. Otros (especificar) _____

8.2 Anexo 2: Parental Stress Index Short-Form

Parenting Stress Index-Short Form (PSI)

En cada una de las cuestiones siguientes le pedimos que indique, por favor, la respuesta que mejor describa sus sentimientos. Si encuentra que una respuesta no describe con exactitud sus sentimientos, señale la que más se acerca a ellos. DEBE RESPONDER DE ACUERDO CON LA PRIMERA REACCIÓN QUE TENGA DESPUÉS DE LEER CADA PREGUNTA. Posibles respuestas:

MA: si está muy de acuerdo con el enunciado.

A: si está de acuerdo con el enunciado.

NS: si no está seguro.

D: si está en desacuerdo con el enunciado.

MD: si está muy en desacuerdo con el enunciado.

Por ejemplo, si a usted le gusta ir al cine de vez en cuando, debería marcar con una cruz la opción A, como respuesta al siguiente enunciado:

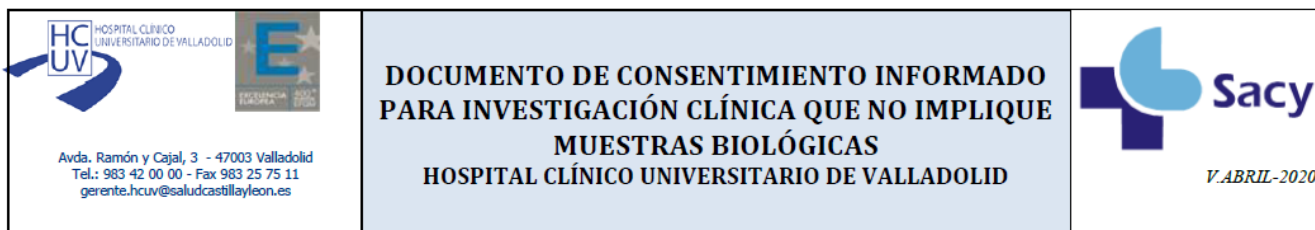
Me gusta ir al cine MA NS D MD

1	A menudo tengo la sensación de que no puedo controlar muy bien las situaciones	MA	<input checked="" type="checkbox"/>	NS	D	MD
2	Siento que dejo más cosas de mi vida de lo que nunca imaginé para satisfacer las necesidades de mi(s) hijo(s)	MA	<input checked="" type="checkbox"/>	NS	D	MD
3	Me siento atrapado por mis responsabilidades como madre/padre	MA	<input checked="" type="checkbox"/>	NS	D	MD
4	Desde que he tenido este hijo, no he sido capaz de hacer cosas nuevas y diferentes	MA	<input checked="" type="checkbox"/>	NS	D	MD
5	Desde que he tenido este hijo, siento que casi nunca soy capaz de hacer las cosas que me gustan	MA	<input checked="" type="checkbox"/>	NS	D	MD
6	No me siento contento con la ropa que me compré la última vez	MA	<input checked="" type="checkbox"/>	NS	D	MD
7	Hay muchas cosas de mi vida que me molestan	MA	<input checked="" type="checkbox"/>	NS	D	MD
8	Tener un hijo me ha causado más problemas de los que esperaba en mis relaciones con mi pareja	MA	<input checked="" type="checkbox"/>	NS	D	MD
9	Me siento solo y sin amigos	MA	<input checked="" type="checkbox"/>	NS	D	MD
10	Generalmente, cuando voy a una fiesta no espero divertirme	MA	<input checked="" type="checkbox"/>	NS	D	MD
11	No estoy tan interesado por la gente como antes	MA	<input checked="" type="checkbox"/>	NS	D	MD
12	No disfruto de las cosas como antes	MA	<input checked="" type="checkbox"/>	NS	D	MD
13	Mi hijo casi nunca hace cosas que me hagan sentir bien	MA	<input checked="" type="checkbox"/>	NS	D	MD
14	Casi siempre siento que no le gusto a mi hijo ni quiere estar cerca de mi	MA	<input checked="" type="checkbox"/>	NS	D	MD
15	Mi hijo me sonrío mucho menos de lo que yo	MA	<input checked="" type="checkbox"/>	NS	D	MD

	esperaba					
16	Cuando le hago cosas a mi hijo, tengo la sensación de que mis esfuerzos no son apreciados	MA	A	NS	D	MD
17	Cuando juega, mi hijo(a) no se ríe con frecuencia	MA	A	NS	D	MD
18	Me parece que mi hijo no aprende tan rápido como la mayoría de los niños	MA	A	NS	D	MD
19	Me parece que mi hijo no sonríe tanto como los otros niños	MA	A	NS	D	MD
20	Mi hijo(a) no es capaz de hacer tantas cosas como yo esperaba	MA	A	NS	D	MD
21	Mi hijo tarda mucho y le resulta muy difícil acostumbrarse a las cosas nuevas	MA	A	NS	D	MD
22	Siento que soy: <ol style="list-style-type: none"> 1. No muy bueno como madre/padre 2. Una persona que tiene algunos problemas para ser madre/padre 3. Un(a) madre/padre normal 4. Un(a) madre/padre mejor que el promedio 5. Muy buen(a) madre/padre 	1	2	3	4	5
23	Esperaba tener más sentimientos de proximidad y calor con mi hijo de los que tengo, y eso me molesta	MA	A	NS	D	MD
24	Algunas veces mi hijo hace cosas que me molestan solo por el mero hecho de hacerlas	MA	A	NS	D	MD
25	Mi hijo parece llorar y quejarse más a menudo que la mayoría de niños	MA	A	NS	D	MD
26	Mi hijo generalmente se despierta de mal humor	MA	A	NS	D	MD
27	Siento que mi hijo es muy caprichoso y se enoja con facilidad	MA	A	NS	D	MD
28	Mi hijo hace algunas cosas que me molestan mucho	MA	A	NS	D	MD
29	Mi hijo reacciona muy fuertemente cuando sucede algo que no le gusta	MA	A	NS	D	MD
30	Mi hijo se molesta fácilmente por las cosas más	MA	A	NS	D	MD

	insignificantes					
31	El horario de dormir y comer de mi hijo fue mucho más difícil de establecer de lo que yo esperaba	MA	A	NS	D	MD
32	He observado que lograr que mi hijo haga o deje de hacer algo es: 1. Mucho más difícil de lo que me imaginaba 2. Algo más difícil de lo que esperaba 3. Como esperaba 4. Algo menos difícil de lo que esperaba 5. Mucho más fácil de lo que esperaba	1	2	3	4	5
33	Piense concienzudamente y cuente el número de cosas que le molesta que haga su hijo. Por ejemplo, pierde el tiempo, no quiere escuchar, es demasiado activo, llora, interrumpe, pelea, lloriquea, etc. Por favor, marque el número que indica el conjunto de cosas que haya contado.	10+	89	67	45	1-3
34	Algunas cosas de las que hace mi hijo me fastidian mucho	MA	A	NS	D	MD
35	Mi hijo se ha convertido en un problema mayor de lo que yo esperaba	MA	A	NS	D	MD
36	Mi hijo me exige más de lo que exigen la mayoría de niños	MA	A	NS	D	MD

8.5 Anexo 5: Consentimiento informado



SERVICIO: Unidad de Neonatología 8ªNorte / Unidad de Maternidad 4ªNorte

INVESTIGADOR RESPONSABLE: ██████████

TELÉFONO DE CONTACTO: ██████████

EMAIL: ██████████

NOMBRE DE LA LÍNEA DE TRABAJO: Trabajo de Investigación

VERSIÓN DE DOCUMENTO: (Número de versión, fecha): -----

I) Finalidad de la línea de trabajo propuesta:

Explicar al paciente / control sano:

- 1. El objeto del estudio.**
- 2. La implicación del paciente en el mismo (realización de test, realización de radiografías, visitas que tendrá que realizar...) y riesgos y beneficios potenciales.**

Los resultados de estos estudios ayudarán probablemente a diagnosticar y/o tratar de manera más precisa a los enfermos con una enfermedad como la suya.

II) Algunas consideraciones sobre su participación:

Es importante que Vd., como participante en esta línea de trabajo, conozca varios aspectos importantes:

- A) Su participación es totalmente voluntaria. Dentro del proceso de asistencia hospitalaria por su enfermedad, se realizará una encuesta clínica. Esta encuesta no interferirá con los procesos diagnósticos o terapéuticos que usted ha de recibir por causa de su enfermedad.
- B) Puede plantear todas las dudas que considere sobre su participación en este estudio.

Análisis de las inquietudes y estrés parental en el cuidado neonatal durante la estancia hospitalaria

- C) No percibirá ninguna compensación económica o de otro tipo por su participación en el estudio. No obstante, la información generada en el mismo podría ser fuente de beneficios comerciales. En tal caso, están previstos mecanismos para que estos beneficios reviertan en la salud de la población, aunque no de forma individual en el participante.
- D) Los datos personales serán tratados según lo dispuesto en la normativa que resulte de aplicación, como es el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril, General de Protección de Datos Personales, y su normativa de desarrollo tanto a nivel nacional como europeo.
- E) La información obtenida se recogerá por el responsable del tratamiento en un registro de actividad, según la legislación vigente.
- F) Los datos registrados serán tratados estadísticamente de forma codificada. En todo momento el participante tendrá derecho de acceso, modificación, oposición, rectificación o cancelación de los datos depositados en la base de datos siempre que expresamente lo solicite. Para ello deberá ponerse en contacto con el investigador principal. Los datos quedarán custodiados bajo la responsabilidad del Investigador Principal del Estudio, **Dña. Irene Barrios Arroyo**. Así mismo, tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no queda satisfecho.
- G) Los datos serán guardados de forma indefinida, lo que permitirá que puedan ser utilizados por el grupo del investigador principal en estudios futuros de investigación relacionados con la línea de trabajo arriba expuesta. Dichos datos podrán ser cedidos a otros investigadores designados por el Investigador Principal para trabajos relacionados con esta línea, siempre al servicio de proyectos que tengan alta calidad científica y respeto por los principios éticos. En estos dos últimos casos, se solicitará antes autorización al CEIm (Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos) Área de Salud Valladolid Este.
- H) La falta de consentimiento o la revocación de este consentimiento previamente otorgado no supondrá perjuicio alguno en la asistencia sanitaria que Vd. recibe/recibirá.
- I) Es posible que los estudios realizados aporten información relevante para su salud o la de sus familiares. Vd. tiene derecho a conocerla y transmitirla a sus familiares si así lo desea.
- J) Sólo si Vd. lo desea, existe la posibilidad de que pueda ser contactado en el futuro para completar o actualizar la información asociada al estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE POR ESCRITO.

Estudio XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Yo, _____

(Nombre y apellidos de paciente ó representante legal)

He leído la información que me ha sido entregada.

He recibido la hoja de información que me ha sido entregada.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado del estudio con _____ **Irene Barrios Arroyo** _____ (Nombre y apellidos del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Por la presente, otorgo mi consentimiento informado y libre para participar en esta investigación.

Accedo a que los médicos del HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID contacten conmigo en el futuro en caso de que se necesite obtener nuevos datos. ...**SI**..... **NO** (marcar con una X lo que proceda)

Accedo a que los médicos del HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID contacten conmigo en caso de que los estudios realizados sobre mis datos aporten información relevante para mi salud o la de mis familiares ...**SI**..... **NO** (marcar con una X lo que proceda)

Una vez firmada, me será entregada una copia del documento de consentimiento.

