



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

La Vivencia Emocional del Padre en el Servicio de Neonatología

Juana Cajiao Nieto



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – SenseObraDerivada 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – SinObraDerivada 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 4.0. Spain License.**

LA VIVENCIA EMOCIONAL DEL PADRE EN LA UNIDAD NEONATAL

FACULTAT DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE DOCTORADO
MEDICINA E INVESTIGACIÓN TRANSLACIONAL



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Memoria de tesis doctoral presentada por:
Juana Cajiao Nieto

Tutelado/Dirigida por:
Francesc Botet Bussons
Anna Torres Giménez

BARCELONA

Diciembre, 2020

*A mi amado papá
que fue a buscar mi mirada entre una incubadora,
para narrársela a mi maravillosa mamá.*

A Cote, mi gran amor.

Agradecimientos

En el último día del año más extraño y difícil que podamos recordar, yo culmino este largo camino y me queda algo más para no olvidar el 2020. Ha sido un proceso largo, exigente, agotador en el que fueron tantas las veces que quise abandonar, que no puedo dejarlo pasar sin agradecer y dedicar este trabajo a quienes en las distintas etapas y de las maneras más variadas me ayudaron a que este día fuera posible y que pudiera culminar con tanta satisfacción este proyecto.

Gracias

A mis padres, mi hermano y mi hermana gracias infinitas por amarme tanto y confiar en mí más de lo que yo misma lo he hecho muchas veces.

A mi amado Cote, por su amor, su apoyo, su inmensa comprensión y complicidad, por el ánimo que me ha dado y por haber sufrido, odiado y amado esta tesis conmigo.

Al Dr. Botet por haberme abierto la puerta de la unidad de neonatología de la Maternidad sin saber absolutamente nada de mí y por haberme dado una confianza absoluta desde el primer momento. Le agradezco no haberme abandonado en la primera etapa y haberme sabido orientar en todas las siguientes.

A Anna Torres, que aceptó coger este proyecto cuando ya estaba bastante avanzado y parecía no tener pies ni cabeza, ayudándome a darle forma resolviendo todas las dudas metodológicas que iban surgiendo en el camino.

A ambos gracias por darme ánimo hasta el último minuto, y por la infinita paciencia cada vez que les buscaba para que me respondieran preguntas o completaran documentos “lo más pronto posible”.

A todos y especialmente a todas las magníficas profesionales que encontré en la Maternitat; a Dolors, Manolo, Anna, Cristina, Xavi, Gemma y Cris Soler, que estuvieron ahí, enseñándome, apoyándome y escuchándome cada uno de los días que pasé en el hospital.

A todas las enfermeras de la unidad de neonatología y de la planta de maternidad que fueron tan especiales, que me ayudaron no sólo con temas asociados al doctorado, si no también en mi día a día, en mi vida nueva en Barcelona, en la preparación de mi boda en la distancia y en hacer que las largas jornadas en el hospital estuvieran llenas de aprendizajes y cariño.

Entre ellas, un agradecimiento muy especial a Anna Ciurana, que me apoyó y facilitó todo el trabajo, y a Joana Arch que cada vez que no pude estar me ayudó a contactar a las familias y entregar los cuestionarios.

A Llüisa García-Esteve, no sé cómo habría orientado y salvado este proyecto sin ella, sin sus comentarios certeros, sin su generosidad y sabiduría.

A Antoni Merelles, que no sabía en lo que se metía cuando aceptó ayudarme, por su supervisión y asesoramiento en estadística, por su participación en el artículo y por trasnochar conmigo arreglando el documento en LaTeX.

A mis amigas, Yadira y Marcela porque “seremos doctoras”, Anna, Celia y a todas con las que no tomé cafés por escribir la tesis, por siempre estar ahí esperándome. A Lala y a Cata que desde Colombia han sido bastón, animadoras y paño de lágrimas.

A muchos y muchas que se me olvidan, y especialmente a todos los padres, madres y bebés que participaron en el estudio y que quisieron participar aún si no cumplían criterios de inclusión, gracias por su confianza en mi y por inspirarme cada día a hacer lo que hago.

Esta tesis doctoral fue financiada por el Departamento Administrativo de Ciencias, Tecnología e Innovación COLCIENCIAS del gobierno colombiano, a través de una beca-crédito durante el periodo 2014-2018.

Abreviaturas

AAP:	<i>Academia Americana de Pediatría</i>
ANOVA:	<i>Análisis de la varianza</i>
AP:	<i>Atención Primaria</i>
BPEG:	<i>Bajo peso para la edad gestacional</i>
CCD:	<i>Cuidados centrados en el desarrollo</i>
CCF:	<i>Cuidados centrados en la familia</i>
CCFD:	<i>Cuidados centrados en la familia y el desarrollo</i>
CIR:	<i>Crecimiento intrauterino retardado</i>
CSD:	<i>Cuestionario Social-Demográfico</i>
DP:	<i>Diagnóstico prenatal</i>
DPP:	<i>Depresión posparto</i>
ECMO:	<i>Oxigenación por membrana extracorpórea</i>
EPDS:	<i>Edinburgh Post-Partum Depression Scale (Escala depresión posparto de Edimburgo)</i>
ETS:	<i>Enfermedades de transmisión sexual</i>
GM:	<i>Gestación múltiple</i>
GRA:	<i>Gstación por reproducción asistida</i>
HHS:	<i>Hipotálamo-hipófisis-suprarrenal</i>
HM:	<i>Hospitalización materna</i>
IP:	<i>Inicio del parto</i>
LM:	<i>Lactancia Materna</i>
MANOVA:	<i>Análisis multivariante de la varianza</i>
NICE:	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>

OMS:	<i>Organización Mundial de la Salud</i>
PMG:	<i>Patología materna gestacional</i>
PSS-NICU:	<i>Parental Stress Scale- Neonatal Intensive Care Unit</i>
RN:	<i>Recién nacido</i>
RNPT:	<i>Recién nacido pre-término</i>
ROP:	<i>Retinopatía del prematuro</i>
SENeo:	<i>Sociedad Española de Neonatología</i>
Sg:	<i>Semana gestacional</i>
STAI:	<i>State-Trait Anxiety Inventory (Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo)</i>
TEA:	<i>Trastorno del espectro autista</i>
TEPT:	<i>Trastorno por estrés postraumático</i>
TMI:	<i>Tasa de mortalidad infantil</i>
TP:	<i>Tipo de parto</i>
TRA:	<i>Técnicas de reproducción asistida</i>
UCIN:	<i>Unidad Cuidados Intensivos Neonatales</i>
VIH:	<i>Virus inmunodeficiencia adquirida</i>
VLBW:	<i>Very low birth weight (Muy bajo peso al nacer)</i>

Resumen

Objetivo general

Este estudio se propone explorar la vivencia emocional del padre durante el periodo que está su hijo ingresado en la unidad de cuidados intensivos neonatales, así como la percepción que tiene de sí mismo y su implicación en el cuidado del recién nacido.

Objetivos específicos

Comparar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión entre padres con recién nacidos hospitalizados y padres con recién nacidos sanos y entre padres y madres de recién nacidos hospitalizados en el primer mes de vida; explorar la asociación entre estrés parental en la unidad neonatal, variables sociales, demográficas y de salud con la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en padres y madres de recién nacidos hospitalizados; describir la percepción que tiene el padre de recibir apoyo y participar en el cuidado de su recién nacido hospitalizado.

Metodología

Estudio prospectivo longitudinal, realizado entre enero de 2016 y abril de 2017 en el Hospital Clinic de Barcelona (Maternitat), en el que participaron 51 parejas con recién nacidos hospitalizados en el grupo estudio y 33 parejas con niños sanos y a término en el grupo control. Se utilizó una combinación de métodos cuantitativos y cualitativos, realizando entrevistas semiestructuradas para la recolección de la información social y demográfica. Todos los participantes respondieron en los primeros 3 días posparto y al cabo de 15-20 días la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) y la escala de Ansiedad Estado de Spielberg (STAI). Los participantes del

grupo estudio respondieron adicionalmente la escala de estrés parental en la unidad neonatal (PSS:NICU) y quince días tras el alta un cuestionario sobre percepciones y necesidades parentales en la Unidad neonatal.

Resultados

Los padres con recién nacidos hospitalizados tienen puntuaciones más elevadas en ansiedad y en depresión que los padres con niños sanos y a término, diferencia que en la primera evaluación es significativa pero que desaparece a los 15 días. En comparación con las madres, los padres presentan menor sintomatología tanto en depresión como en ansiedad y se observa una curva descendiente en las puntuaciones entre la primera y la segunda evaluación. El estrés generado por la unidad neonatal es el factor que mayor relación tiene con la presencia de síntomas, para los padres el estrés va asociado a la apariencia y el comportamiento del recién nacido y es predictivo de mayores puntuaciones de ansiedad y de depresión. Entre las variables sociales y demográficas la percepción de la calidad y solidez de la relación de pareja es la que tiene mayor peso entre los padres. Las percepciones paternales con respecto a las maternales sobre su propia experiencia en la unidad neonatal difieren principalmente en aspectos relacionados el apoyo, la expresión de las emociones, el impacto sobre la relación de pareja y la cantidad y tipo de responsabilidades que deben asumir durante el periodo de hospitalización de los recién nacidos.

Conclusiones

Los padres con recién nacidos en la unidad neonatal tienen un mayor riesgo de presentar síntomas de ansiedad y depresión que los padres de niños sanos y a término en el primer mes posparto. Al comparar a los padres y madres de recién nacidos ingresados, los padres obtienen puntuaciones más bajas en las escalas de ansiedad y depresión en los dos momentos de evaluación. El estrés generado por la unidad neonatal es un factor de riesgo significativo para la salud mental paterna. Los padres tienen la percepción de que durante la hospitalización neonatal tiene poco respaldo por parte del personal sanitario y que les faltan interlocutores y espacios para expresar miedos y preocupaciones.

Índice general

Justificación	1
I Marco Teórico	5
1. El Entorno de la Investigación	7
1.1. La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	7
1.1.1. El contexto español	8
1.2. Los Cuidados Centrados en la Familia y en el Desarrollo . .	11
1.2.1. Cuidados Centrados en el Desarrollo	14
2. Características de los Recién Nacidos Hospitalizados en la Unidad Neonatal	19
2.1. La Prematuridad	19
2.1.1. Factores asociados a la prematuridad	20
2.1.2. Impacto de la prematuridad en el desarrollo infantil	23
2.1.3. Bajo peso para la edad gestacional	25
2.1.4. Gestaciones Múltiples	25
3. El Impacto Emocional en la Familia del Recién Nacido	27
3.1. El Establecimiento de la Relación Parento-filial en la Unidad Neonatal	28
3.2. El Impacto de la Hospitalización Neonatal en la Salud Mental	32
3.2.1. Salud mental perinatal	32
3.2.2. El afrontamiento emocional de la hospitalización neonatal	33
3.2.3. Impacto sobre el desarrollo del Recién nacido	41

4. El Padre	43
4.1. La Implicación Paterna y su Impacto en el Desarrollo Infantil	46
4.2. La Salud Mental Paterna en el Periodo Perinatal	53
4.3. El padre en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal	57
II HIPÓTESIS y OBJETIVOS	61
5. Hipótesis y Objetivos	63
5.1. Hipótesis	63
5.2. Objetivos del Estudio	64
5.2.1. Objetivo principal	64
5.2.2. Objetivos secundarios	64
III MÉTODO	65
6. Metodología	67
6.1. Diseño	67
6.2. Participantes	68
6.3. Procedimiento	70
6.4. Instrumentos	71
6.5. Análisis de los Datos	76
IV RESULTADOS	79
7. Resultados	81
7.1. Descripción de la muestra	81
7.2. Presencia de síntomas de ansiedad y depresión en padres del grupo estudio y padres del grupo control	88
7.3. Presencia de síntomas de ansiedad y depresión en padres y en madres de la UCIN	90
7.4. Correlación entre el estrés parental en la UCIN y la presencia de síntomas en padres y madres	92

7.5. Impacto de las variables sociales, demográficas y los antecedentes de salud en padres y madres con recién nacidos en la UCIN	95
7.6. Factores predictivos de los síntomas de depresión y ansiedad en padres y madres de la UCIN	100
7.7. Percepción parental sobre la experiencia en la Unidad neonatal y el apoyo recibido	102
7.7.1. Percepción parental de su presencia en la Unidad neonatal	103
7.7.2. Contacto con recién nacido	106
7.7.3. Afrontamiento de la presión emocional, el miedo y las preocupaciones en la UCIN	107
7.7.4. Percepción y aceptación de apoyo ofrecido en la UCIN	109
7.7.5. Percepción del rol paterno	111
7.7.6. Necesidad de apoyo específico dirigido a los padres .	113
V DISCUSIÓN	115
8. Discusión	117
VI CONCLUSIONES	141
9. Conclusiones	143
Referencias	147
Anexos	178
A. Anexo: Artículo publicado en: <i>Journal of Affective Disorders</i>	181
B. Anexo: Consentimiento Informado para participantes	193
C. Anexo: Formato de recogida de información social, demográfica y de salud	197
D. Anexo: Cuestionario Percepción de la propia experiencia en la UCIN	205

Índice de figuras

1.1. Nivel Asistencial Neonatal	10
1.2. Ejes de los Cuidados Centrados en la Familia	14
1.3. Beneficios de los Cuidados Centrados en la Familia	15
2.1. Clasificación de la prematuridad	20
6.1. Atención al Recién Nacido en el H. Clinic durante el periodo del estudio	68
6.2. Diagrama de flujo sobre reclutamiento de la muestra	70
6.3. Procedimiento para la recolección de datos	72
7.1. Trayectorias longitudinales de los síntomas de depresión en los dos grupos de padres.	89
7.2. Trayectorias longitudinales de los síntomas de ansiedad esta- do en en el grupo de padres con recién nacidos hospitalizados y en el grupo de padres con recién nacidos a término.	90
7.3. Trayectorias longitudinales de los síntomas de depresión en padres y en madres de la UCIN.	91
7.4. Trayectorias longitudinales de los síntomas de ansiedad en padres y en madres de la UCIN.	92
8.1. Síntesis de las experiencias parentales durante los primeros 18 meses de un recién nacido prematuro	125

Índice de tablas

2.1. Factores de riesgo de la prematuridad	21
2.2. Secuelas de la prematuridad	23
3.1. Fuentes de estrés Parental en la UCIN	36
3.2. Señales de riesgo para ansiedad y depresión perinatal	38
4.1. Dimensiones de implicación paterna	50
4.2. Impacto de la implicación paterna en el desarrollo	52
7.1. Descripción de los padres	82
7.2. Descripción de las madres	84
7.3. Caracterización familias	85
7.4. Antecedentes Obstétricos	86
7.5. Descripción de los Recién Nacidos	87
7.6. Correlación entre el Estrés en la UCIN y los síntomas de depresión en padres y madres	93
7.7. Correlación entre el estrés en la UCIN y los síntomas de ansiedad estado en padres y madres	94
7.8. Asociación de las variables sociales, demográficas y ante- cedentes de salud con síntomas de depresión en padres y madres de la UCIN- Primera evaluación	96
7.9. Asociación de las variables sociales, demográficas y ante- cedentes de salud con síntomas de ansiedad en padres y madres de la UCIN-Primera evaluación	97

7.10. Asociación de las variables sociales, demográficas y antecedentes de salud con síntomas de depresión en padres y madres de la UCIN-Segunda evaluación	98
7.11. Asociación de las variables sociales, demográficas y antecedentes de salud con síntomas de ansiedad en padres y madres de la UCIN-Segunda evaluación	99
7.12. Resultados modelo lineal mixto en padres, usando EPDS como variable dependiente.	101
7.13. Resultados modelo lineal mixto en padres, usando el STAI como variable dependiente.	101
7.14. Resultados modelo lineal mixto en madres, usando EPDS como variable dependiente.	102
7.15. Resultados modelo lineal mixto en madres, usando el STAI como variable dependiente.	102
7.16. Situación Laboral padres UCIN	103
7.17. Percepción que tenían los padres al estar en la UCIN	104
7.18. Contacto con Recién Nacido	106
7.19. Afrontamiento de la presión emocional, el miedo y las preocupaciones en la UCIN	108
7.20. Autopercepción y aceptación del apoyo ofrecido en la UCIN	110
7.21. Percepción de rol parental paterno	111
7.22. Necesidad de apoyo específico dirigido a los padres	113

Justificación

La relación temprana entre el bebé y su cuidador principal, por lo general la madre, cada vez recibe más atención, dada la importancia que un contacto temprano y adecuado, así como el establecimiento de vínculos de afecto tienen sobre la salud y el desarrollo posterior. No obstante, pocas veces se tiene en cuenta al padre como persona de referencia, aunque ya desde los trabajos de Bowlby [1] se señalaba que este puede ser una figura de apego en la misma medida que la madre e investigaciones recientes señalan que además aporta elementos distintos en la relación vincular que tienen un impacto significativo en el desarrollo del recién nacido, así como en la calidad e intensidad de la implicación del padre en el cuidado y crianza [2].

Las publicaciones que empiezan a aparecer en el ámbito científico sobre los procesos psíquicos que atraviesan los hombres durante la transición a la paternidad, así como la manera en que estos influyen en la implicación y la calidad de esta con los hijos y con la familia, ponen de manifiesto la necesidad de profundizar en el conocimiento de este aspecto. Investigar en distintos contextos y culturas, permitirá establecer si las respuestas y comportamientos paternos obedecen en mayor o en menor medida a condiciones y expectativas sociales o a factores biológicos.

Los estudios en población de habla hispana, relacionados con el inicio de la paternidad, las relaciones paterno-filiales en el periodo perinatal y los procesos psíquicos del hombre durante dicho periodo de transición son escasos. El interés más reciente en este aspecto refleja un acercamiento

de la sociedad a la familia con unas expectativas sobre los padres que no siempre coinciden con la atención que se les brinda y probablemente tampoco con las herramientas que se les ofrecen para que su rol no se limite al de ser unos meros acompañantes y proveedores de soporte a las madres y de los recién nacidos. En esta misma línea la detección de dificultades en la salud mental paterna, entre otras alteraciones en forma de depresión y ansiedad en el periodo perinatal, no suele tenerse en cuenta aún cuando los estudios recientes indican que puede afectar el desarrollo del niño tanto como la salud mental materna .

En situaciones que suponen un mayor riesgo y vulnerabilidad, como es el caso de la hospitalización neonatal la perspectiva paterna ha aún menos explorada puesto que aún el foco sobre la salud, el bienestar y el desarrollo del recién nacido en dicho periodo está puesto sobre la madre, dejando de lado la importancia que también tiene el bienestar paterno y la posibilidad de que el padre participe y se vincule en el proceso de cuidado y crianza, no solo con disponibilidad de tiempo y recursos materiales sino también con vínculos emocionales.

El presente estudio se realizó en el Hospital Clinic de Barcelona (Maternitat), con el objetivo de avanzar en el conocimiento de la experiencia paterna en caso de hospitalización neonatal. De manera más específica esta tesis busca ofrecer información sobre el riesgo que tiene el padre de presentar trastornos asociados a la hospitalización neonatal y sobre la manera en que percibe sus necesidades y la posibilidad de participar en el cuidado de su recién nacido.

El presente trabajo se atiene a los requerimientos del programa de “Medicina e Investigación Translacional” de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona y utiliza sus normas, para la estructura de este proyecto.

- Se presenta la tesis en formato clásico con un artículo anexo, que se corresponde con las unidades temáticas abordadas en la investigación.
- El trabajo aceptado/publicado está dentro de los cinco años previos a la presentación de la tesis (2020).

- La doctoranda aporta el mínimo requerido (un trabajo original aceptado/publicado) siendo primera autora.
- La revista donde ha sido aceptado/publicado el artículo está indexada y se encuentra en el primer/segundo cuartil del área de conocimiento.

En el momento de la aceptación del artículo (diciembre de 2020), la revista (*Journal of Affective Disorders*) tenía el siguiente rango:

- Journal of Citation Report: 2019 Área de Psiquiatría: IF: 3.892; Q-2
- Scimago Journal and Country Rank: 2019 Área de Medicina: Psiquiatría y Salud Mental: IF:174; Q1.

En su estructura la tesis está dividida en 6 partes: I) Marco teórico; II) Objetivos e hipótesis; III) Método; IV) Resultados; V) Discusión y VI) Conclusiones.

El manuscrito aceptado para publicación, se corresponde con el primer objetivo de esta tesis y se titula: *Paternal symptoms of anxiety and depression in the first month after childbirth: A comparison between fathers of full term and preterm infants*. La carta de aceptación por parte de la revista, así como el manuscrito del artículo, se presentan como anexos al presente documento. (Anexo A)

I |

Marco Teórico

1 |

El Entorno de la Investigación

En el curso de las dos últimas décadas la tasa de mortalidad infantil (TMI) entre los 0 y los 5 años, se ha reducido considerablemente a nivel mundial, pasando de 93 muertes por 1000 nacidos vivos en 1990 a 39 en 2017, el equivalente al 58 %. Aunque la mortalidad neonatal (primeros 28 días de vida) ha disminuido un 41 % entre el año 2000 y el 2017 y la posnatal (1-11 meses) ha bajado un 51 %, los primeros meses de vida siguen siendo los de mayor vulnerabilidad y el primero se mantiene como el más alto en TMI, con una media de 18 muertes por 1000 nacidos vivos a nivel mundial[3]. Las tasas de supervivencia en los primeros meses están relacionadas en gran medida con el nivel económico de los países y sus políticas públicas, así como con la posibilidad de acceder a servicios de salud adecuados que se mantengan actualizados en los avances médicos, científicos y tecnológicos, garantizando que los recién nacidos, especialmente aquellos que nacen en condiciones de riesgo vital, como los prematuros, puedan recibir atención inmediata y acorde con sus necesidades específicas.

1.1. La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

En el curso de las últimas décadas, la Neonatología como especialidad médica ha ido cobrando importancia y con ella los cuidados específicos al recién nacido y las unidades de atención neonatal. La primera unidad de cuidado neonatal hospitalaria dedicada a prematuros, se creó en 1922 en el

Michael Reese Hospital de Chicago, por iniciativa del Dr. Julius H. Hess, que había visto a los recién nacidos prematuros dentro de incubadoras en una exposición itinerante, promovida por el alemán Martin Couney[4, 5]. Sin embargo, no fue hasta 1963, tras el nacimiento del tercer hijo de John F. Kennedy, que nació en la semana 34 de gestación y falleció afecto de una enfermedad por membrana hialina, que las unidades de cuidado neonatal no empezaron a difundirse y a especializarse[6].

La prematuridad es en el 75 % de los casos el motivo de ingreso en la unidad de cuidado neonatal, no obstante, existen otro tipo de factores, incluso en algunos casos asociados con riesgo social, por los que un neonato debe ser hospitalizado. El nivel de especialización, de tecnología y de avances en la medicina han conseguido que las tasas de mortalidad neonatal cuando se cuenta con unidades de neonatología apropiadas, hayan disminuido considerablemente, así como la morbilidad y el impacto en el desarrollo que condiciones adversas al nacer pueden tener sobre el recién nacido y su calidad de vida.

1.1.1. El contexto español

El Comité de Estándares y la Junta Directiva de la Sociedad Española de Neonatología (SENeo) elaboraron en el 2004, un primer documento sobre niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal, que fue revisado y actualizado en el 2012[7], dicho documento aunque no supone una normativa si ofrece un marco sobre el que actualmente se estructuran las unidades neonatales en España y permite identificar el nivel de especialización y por lo tanto el tipo de pacientes y cuidados que ofrece, así como los requerimientos técnicos y sanitarios para prestar dicho servicio.

La capacidad asistencial de las unidades de neonatología depende de los recursos y el cumplimiento de una serie de requerimientos como son las instalaciones, el equipo y la tecnología con la que cuentan, el personal, los servicios de apoyo y la capacidad de realizar intervenciones de mayor complejidad, entre otros. Actualmente, las unidades de cuidado neonatal

se clasifican en tres niveles, respondiendo a su capacidad asistencial. En la Figura 1.1 se resumen las características de cada nivel.

NIVELES ASISTENCIALES EN NEONATOLOGÍA		
NIVEL	UBICACIÓN	FUNCIONES GENERALES
I	Todos los hospitales que cuenten con servicio de maternidad (Urbanos y comarcales).	<ul style="list-style-type: none"> -Asistencia a RN a término, sanos y prematuros tardíos (35-37sg.) fisiológicamente estables. -Reanimación sala de partos y quirófano. -Identificación de pacientes que requieren traslado a un nivel superior. -Estabilización neonatal previa a traslado. -Asistencia, exploración e identificación de enfermedad neonatal en RN sanos. -Sistema de seguimiento en AP para RN dados de alta.
IIA	Hospital general o de área. ≤ 1000 partos/año en área de referencia	<p>Además de las del nivel anterior:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asistencia a RN >32sg. Y >1500g - Cuidado de neonatos con enfermedad leve y que no requieran ventilación asistida o canalización arterial. - Asistencia a RN procedentes de centros de referencia superada la gravedad (Transporte de retorno) - Programas de seguimiento del desarrollo de RN de alto riesgo. - Cuenta con unidad de cuidados especiales/intermedios neonatales
IIB	≤ 1500 partos/año en área de referencia	<p>Además de las del nivel anterior:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidado de RN con enfermedad moderada - Ventilación mecánica convencional <24 horas - Asistencia respiratoria no invasiva
IIIA	Hospital de referencia con maternidad propia o concertada y servicio de pediatría especializada. ≤ 2000 partos/año en área de referencia	<p>Además de las del nivel IIB:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asistencia a RN >28sg. y >1000g. - Asistencia a RN grave - Ventilación mecánica convencional >24 horas - Procedimientos quirúrgicos menores
IIIB		<p>Además de las del nivel IIIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cirugía especializada e inmediata en UCIN - Soporte Respiratorio Avanzado - Técnicas de imagen avanzadas con especialista
IIIC		<p>Además de las del nivel IIIB:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cirugía cardíaca con circulación extracorpórea. - ECMO neonatal. - Trasplante pediátrico de órganos.

Figura 1.1: Nivel Asistencial Neonatal[7]

1.2. Los Cuidados Centrados en la Familia y en el Desarrollo

Señalan Teresa del Moral y Eduardo Bancalari[4] con respecto a los rápidos avances que ha habido en la atención al recién nacido:

“La neonatología moderna caracterizada por una alta tasa de supervivencia ha cambiado sus objetivos. Actualmente los desafíos en los avances de la neonatología están enfocados a optimizar el potencial neurológico y de desarrollo de los recién nacidos prematuros para mejorar su calidad de vida.”

Aún si esta situación es evidente, los esfuerzos por atender y prevenir estas posibles secuelas desde los primeros días de vida, es decir, durante el ingreso hospitalario, siguen centrados de manera prioritaria en la salud física de los recién nacidos, mientras que los aspectos relacionados con el desarrollo social y psico-afectivo suelen dejarse en un segundo plano o aplazarse para ser abordados una vez que los neonatos y sus familias han sido dados de alta.

En las primeras unidades neonatales, de acuerdo con los planteamientos de Hess [5], y siguiendo la línea de lo que a nivel pediátrico se hacía en los hospitales a nivel mundial, el contacto con los recién nacidos estaba limitado al máximo y el estricto régimen de visitas excluía a los padres.

No fue hasta la mitad del s. XX que estas ideas se pusieron en cuestión, hasta entonces se pensaba que la presencia de los padres iba en detrimento de la mejoría del niño e inhibía el efecto del cuidado médico debido al malestar que expresaba el menor en cuanto sus padres terminaban la visita y se marchaban. No obstante, algunos investigadores como René Spitz y John Bowlby, empezaron a poner en evidencia que los niños hospitalizados cuyos padres no les visitaban sufrían traumas emocionales con consecuencias que se mantenían a lo largo de la vida[8, 9]. En 1959, el *Platt Report*, un informe comisionado por el gobierno británico para evaluar el bienestar de los niños hospitalizados, recomendó que la visita de las madres no tuviera restricción alguna y que el personal sanitario recibiera entrenamiento para comprender las necesidades emocionales de infantiles, a partir de entonces

el proceso de humanización de la pediatría se fue extendiendo y se sentaron las bases para los cuidados centrados en la familia[10].

El concepto de Cuidado Centrado en la Familia (CCF) ha ido cobrando fuerza los años recientes y actualmente es reconocido a nivel internacional como un nuevo paradigma en la atención, en el que se articulan políticas, programas, instalaciones médicas y las relaciones cotidianas entre los profesionales de la salud, los pacientes y sus familias con el fin de garantizar que el cuidado de la salud se haga de manera integral, respetando y valorando los derechos y los recursos propios de cada individuo. Desde este abordaje, se reconoce el rol fundamental que tienen las familias en la salud y bienestar general del paciente, así como se pone en evidencia que la red emocional, social y cultural es un componente esencial en el desarrollo del ser humano [11, 12].

En el campo de la pediatría y con particular importancia en la neonatología, esta participación de la familia es determinante puesto que el desarrollo óptimo no puede darse en aislamiento, sino que está asociado al vínculo afectivo y a las relaciones sociales que establecen los progenitores con sus hijos.

La presencia continua de los padres o algún familiar, cuando un niño debe permanecer ingresado, llegando a introducir mejoras arquitectónicas y adaptando incluso las habitaciones para facilitar la pernoctación es algo que en los países europeos se hace de manera habitual y se considera incluso un derecho del niño hospitalizado, tal como lo recoge la Carta de los derechos del niño hospitalizado, redactada por el Parlamento Europeo en 1986[13]. No obstante, esta presencia en las unidades de cuidado neonatal, hoy día sigue siendo relativa.

En el curso de los años las unidades de cuidados neonatales, especialmente aquellas de nivel III se han hecho más complejas y llenando de equipos cada vez más sofisticados en espacios limitados, convirtiéndose en lugares poco amigables y que suponen una barrera para el acceso de los padres. Adicionalmente, la cultura médica mantiene, en la mayoría de los casos, un enfoque centrado en el lado tecnológico de los diagnósticos y los tratamientos terapéuticos, considerando que los padres no están preparados

para participar de ellos, por lo que, aún si las recomendaciones de distintas organizaciones apuntan a la necesidad de su participación en los cuidados del recién nacido, muchos siguen siendo separados de sus bebés durante la mayor parte del tiempo que permanecen hospitalizados.

Una encuesta realizada entre 2004 y 2005 en 8 países europeos, puso en evidencia que la posibilidad de que ambos padres pudieran acceder a la unidad neonatal y permanecer con sus hijos las 24 horas estaba presente únicamente en los países del norte (Suecia, Dinamarca, Holanda y Reino Unido) mientras que en los otros países participantes (Bélgica, Francia, España e Italia) el acceso durante la noche estaba condicionado a factores como la gravedad del recién nacido, siendo España e Italia los más restrictivos y los que tenían unidades en las que el acceso tenía horarios establecidos, incluso durante el día y asociados la mayor parte de las veces con las pautas de alimentación de los neonatos[14].

El documento *Unidades de Neonatología. Estándares y recomendaciones de calidad* desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2014[15] señala que las unidades de cuidado neonatal deben ocuparse de ofrecer a los recién nacidos las mejores condiciones y oportunidades no sólo en función de garantizar su supervivencia, sino apuntando a mejorar su proceso de desarrollo en los años siguientes, respondiendo por igual a las necesidades fisiológicas, como a las psicosociales. Recomienda así, que las unidades del territorio español incorporen estrategias de atención que incluyan los cuidados centrados en la familia.

Los CCF hacen que la relación entre el equipo sanitario a cargo del recién nacido y la familia de éste se plantee de una manera diferente a la tradicional. Desde este enfoque, la forma en la que se comparte la información, la colaboración que se establece entre el equipo de salud y los padres y la participación de la familia son las piedras angulares del proceso y debe hacerse evidente en los programas, protocolos y funcionamiento de las UCINs. El cuidado centrado en la familia supone incluir a los padres en las actividades de cuidado cotidiano, fomentando el contacto y el establecimiento del vínculo, a través de procesos de educación parental y la implementación de estrategias de manejo del recién nacido, como son

los cuidados centrados en el desarrollo, así como planeando estrategias de atención dirigidas a la salud y bienestar de las familias [15-17].

Distintos estudios de los últimos años, especialmente en países donde los CCF están implementados como política de atención, concluyen que las estrategias más efectivas para favorecer el proceso se apoyan en tres ejes (Figura 1.2), el perfeccionamiento de estos favorece la participación de los padres en los cuidados centrados en el desarrollo del bebé[18-20].

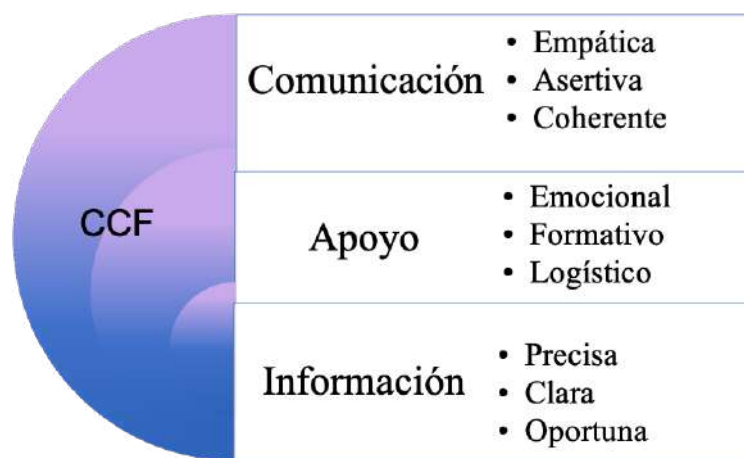


Figura 1.2: Ejes de los Cuidados Centrados en la Familia

Las intervenciones hechas desde esta perspectiva, pueden tener un impacto significativo no sólo en el desarrollo del recién nacido y su familia, sino también en el ambiente hospitalario inmediato y en los profesionales, lo que a largo plazo supone una disminución de costos para el sistema y la sociedad[5, 21-23]. Ver Figura 1.3.

1.2.1. Cuidados Centrados en el Desarrollo

Experiencias en distintos países muestran que los mejores resultados y los mayores niveles de satisfacción, tanto en las familias como en el personal sanitario, se alcanzan al introducir en las unidades de neonatología estrategias de trabajo multidisciplinar en el que los profesionales de los



Figura 1.3: Beneficios de los Cuidados Centrados en la Familia[5, 11, 17, 19, 24-28]

distintos ámbitos puedan coordinar sus intervenciones garantizando que la salud de los recién nacidos y sus familias se afronte de forma integral, siendo la más difundida los Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD).

El impacto que la hospitalización neonatal puede tener a nivel de desarrollo neurológico ha sido objeto de estudio en los últimos años, especialmente en el caso de nacimientos prematuros. Estudios centrados en el desarrollo sensorial han puesto en evidencia que los factores ambientales y las prácticas de cuidado tienen un fuerte impacto sobre éste, puesto que alteran continuamente la homeostasis y entorpecen el proceso madurativo que lleva a la autorregulación. Los elementos ambientales que más inciden en el desarrollo neurológico de un recién nacido inmaduro y frágil son aquellos que generan una sobre-estimulación y que producen estrés: el

ruido, la luz intensa, la manipulación continua, el dolor, la interrupción del sueño y la separación de los padres, principalmente la madre. Actualmente, hay evidencia de que los niveles elevados de estrés pueden llegar a ser perjudiciales y afectan tanto el desarrollo cerebral como el funcionamiento fisiológico, generando secuelas evolutivas a mediano y largo plazo[29-33].

Ya en 2004, Als y sus colaboradores [29] sugerían que en el prematuro se genera un desajuste sensorial, entre las expectativas y posibilidades del sistema nervioso, aún inmaduro, y la cantidad de estímulos que aporta el ambiente de la UCIN, lo que lleva a una sobrecarga sensorial que desencadena una serie de dificultades en el desarrollo.

Muchas de las dificultades que pueden emerger a lo largo del desarrollo asociadas a la inmadurez, aún si no son discapacidades graves, pueden afectar la relación del niño con su entorno disminuyendo la calidad de vida, de ahí la necesidad cada vez más clara de minimizar el impacto que sobre el desarrollo puede generar la hospitalización neonatal generalizando la implementación de los Cuidados Centrados en el Desarrollo.

Los CCD, pueden ser definidos como una serie de intervenciones, que favorecen el desarrollo del bebé en un entorno hostil y que le sobre-estimula continuamente. Se busca disminuir y controlar, a través de elementos como el diseño del espacio, el control de estímulos ambientales, el entrenamiento del personal y la implementación de protocolos de cuidado, la exposición a estímulos dolorosos y nocivos para responder a las necesidades físicas, sensoriales e interpersonales del recién nacido, especialmente en caso de prematuridad[34].

Los cuidados centrados en el desarrollo se basan en la interacción dinámica entre el recién nacido, su familia y el ambiente, apuntando a responder de manera individualizada a las necesidades específicas de cada bebé, ajustando el cuidado de acuerdo a su condición médica y semanas de gestación al nacer. La posibilidad de llevarlos a cabo ha significado un cambio de paradigma en la atención pues supone en primer lugar, que la unidad neonatal no puede excluir a los padres en ningún momento, lo que ha llevado a que paulatinamente los horarios de visita desaparezcan, asumiendo que los familiares y cuidadores no son visita sino parte fundamental del

proceso de mejoría y crecimiento. Como tales deben participar en las tareas de cuidado y se debe favorecer, con acompañamiento y educación por parte de los equipos sanitarios, el establecimiento de la lactancia materna tan pronto como sea posible; periodos prolongados en el que tanto las madres como los padres puedan realizar el método canguro (contacto piel con piel) con su recién nacido y espacios de intimidad que permitan a los padres reconocer las señales y procesos madurativos de sus hijos.

Los cuidados centrados en el desarrollo han supuesto además modificaciones estructurales en las unidades para poder controlar los estímulos ambientales, disminuyendo y controlando la intensidad del ruido ambiental con sonómetros; de la luz, con luces regulables, además de fundas para tapar las incubadoras y focos individuales, de manera que las intervenciones que se hagan sobre un paciente no interfieran con el sueño y descanso de los otros; dejando espacio suficiente entre cunas e incubadoras en el que puedan ubicarse sillas cómodas y reclinables que hagan posible la estancia prolongada de los padres. Actualmente, algunas unidades están incluso haciendo una transición paulatina a habitaciones individuales en las que las familias y el recién nacido puedan recibir todo el conjunto de cuidados, interfiriendo lo menos posible en la dinámica familiar.

Adicionalmente, este cambio de paradigma ha llevado a que los profesionales que trabajan en la unidad neonatal se hayan visto obligados a modificar la manera de relacionarse con las familias, pero también con los recién nacidos, concentrando los momentos de manipulación y realización de intervenciones sobre el bebé, así como utilizando estrategias de contención, confort y manejo del dolor[15, 34-36].

2 |

Características de los Recién Nacidos Hospitalizados en la Unidad Neonatal

Los motivos por los que un recién nacido debe ser hospitalizado son variados y pueden estar asociados a problemas de salud propios o de la madre, detectados tanto a nivel prenatal, durante el parto o ser posnatales. En ocasiones el ingreso neonatal puede estar asociado a situaciones de riesgo neonatal de origen socio-cultural.

Los tiempos de hospitalización varían entre pocas horas y meses, dependiendo del diagnóstico y de la evolución del neonato una vez es ingresado, así como del tipo de tratamientos que requiere para recuperar un estado de salud óptimo, que le permita seguir su proceso de desarrollo de forma adecuada en el seno de su familia. Los motivos principales de ingreso de los recién nacidos, cuyos padres participaron en este estudio estaban asociados a la prematuridad, al parto múltiple y al bajo peso al nacer.

2.1. La Prematuridad

Actualmente los defectos del nacimiento asociados a patologías congénitas, malformaciones y complicaciones en la gestación o en el parto, así como el nacimiento prematuro y el bajo peso al nacer afectan a 21 millones de

bebés en todo el mundo, de éstos, 15 millones han nacido precozmente. Más de un millón de niños muere cada año debido a complicaciones asociadas a la prematuridad y un número significativo de los que sobreviven suelen tener complicaciones en el desarrollo y secuelas que pueden durar toda la vida. Aún si la tasa de sobrevivencia en los países desarrollados es más elevada que en otros contextos, incluso en el caso de grandes prematuros (<28 semanas), el nacimiento prematuro es la causa principal de muerte en las primeras cuatro semanas de vida (40% aproximadamente) y la segunda después de la neumonía en los primeros cinco años[37].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el bebé prematuro como todo aquel que nace vivo antes de las 37 semanas completas de gestación o antes de 259 días de embarazo, contados a partir del primer día del último periodo menstrual de la mujer[37].

Hasta el momento se han desarrollado distintos sistemas de clasificación del parto prematuro que se priorizan de acuerdo al ámbito de trabajo en el que se trabaja o la finalidad de los estudios o estrategias de atención que se quieren implementar, no obstante, las dos clasificaciones más frecuentes hacen referencia a las semanas de gestación y al peso del recién nacido en el momento de nacer (Ver Figura 2.1).

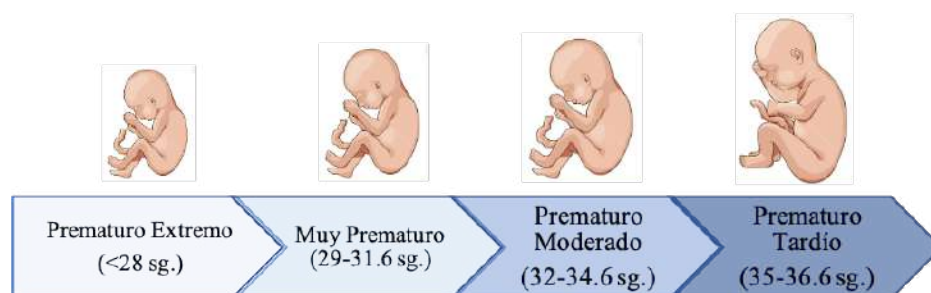


Figura 2.1: Clasificación de la prematuridad

2.1.1. Factores asociados a la prematuridad

De acuerdo con el informe “*Nacidos demasiado pronto. Informe de Acción Global sobre nacimientos prematuros*” publicado por la OMS y

otras organizaciones asociadas en el 2012[37], que incluye las primeras estimaciones realizadas sobre nacimientos prematuros por países, en 62 de los 65 países con datos fiables sobre tendencias, se observa un aumento en la tasa de nacimientos prematuros en los últimos 20 años.

El parto prematuro puede ser espontáneo (70 %) o provocado (30 %), no obstante, la tasa de nacimientos prematuros inducidos o provocados, puede variar según las regiones y los países[38]. Las causas de la prematuridad son múltiples y en ocasiones son difíciles de especificar, las más frecuentes y reconocidas se describen en la tabla 2.1.

Tabla 2.1: Factores de riesgo de la prematuridad

Tipo	Factores de riesgo	Ejemplos
Parto espontáneo	Edad materna y tiempo entre gestaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo adolescente • Edad materna avanzada • Intervalo breve entre partos
	Gestación múltiple	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento en tasa de embarazo gemelar • Incremento de gestaciones por TRA
	Infecciones	<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones urinarias • VIH • ETS • Vaginosis bacteriana
	Patología materna crónica subyacente	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Hipertensión • Asma • Anemia • Enfermedades de Tiroides
	Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre peso • Desnutrición • Deficiencias en micronutrientes
	Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Estrés/ansiedad elevadas • Violencia de género
	Genéticos y	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo genético

Continúa en la página siguiente

Tabla 2.1 Factores de riesgo de la prematuridad (cont.)

Tipo	Factores de riesgo	Ejemplos
	de otro tipo	<ul style="list-style-type: none"> • Incompetencia cervical • Antecedentes familiares • Contaminación ambiental
Parto provocado o inducido	Inducción o cesárea por indicación médica	<ul style="list-style-type: none"> • Por riesgo materno (ej.: pre-eclampsia, placenta previa) • Por riesgo fetal (ej.: CIR)
	Otros	<ul style="list-style-type: none"> • Cesárea electiva sin indicación médica

Aún si a nivel mundial se ha reportado un aumento de nacimientos prematuros, también es cierto que estas tasas varían y se cuantifican de manera distinta en los distintos países, y que las causas en un lugar u otro pueden estar asociadas tanto a la extrema pobreza, como a la riqueza y el acceso a sistemas de salud más avanzados.

En los países más desarrollados una de las causas más frecuentes es el aumento de gestaciones múltiples, asociadas a los tratamientos de reproducción asistida y a la edad materna más avanzada, el riesgo de nacimiento prematuro en el caso de gemelos puede estar cerca del 60 %, mientras que en el caso de no múltiples el riesgo está entre el 5 % y el 10 %[\[39\]](#). Por otro lado, los avances médicos y tecnológicos en el ámbito obstétrico y neonatal han introducido tratamientos e intervenciones que indican la terminación temprana de la gestación en casos en los que el riesgo de complicaciones obstétricas que incidan en la salud de la madre o del recién nacido es más elevado[\[40, 41\]](#).

En España uno de cada 13 nacimientos es prematuro y el 75 % de los niños hospitalizados que muere, actualmente pertenece a este grupo; en Cataluña específicamente, 7.3 de cada 100 nacimientos es pre-término[\[42, 43\]](#).

2.1.2. Impacto de la prematuridad en el desarrollo infantil

El nacimiento prematuro supone un proceso de desarrollo diferente al previsto, dado que las condiciones del útero materno que favorecen la maduración del feto para que al nacer pueda sobrevivir no pueden reproducirse. El recién nacido prematuro está expuesto tempranamente a una serie de estímulos y factores ambientales que inciden sobre su proceso evolutivo y tanto la inmadurez, como las dificultades que debe enfrentar para forzar procesos madurativos, tienen secuelas, muchas de las cuales pueden permanecer a mediano y largo plazo.

A menor edad gestacional mayor riesgo de dificultades en el desarrollo. Los sorprendentes avances en la neonatología han conseguido que el límite de viabilidad sea en una edad gestacional cada vez más temprana (actualmente 23-24 sg.) y cada vez con menos secuelas en el neuro-desarrollo, aún si estas siguen siendo significativas[44].

Las dificultades que afrontan los prematuros durante las primeras semanas de vida están asociadas a funciones básicas vitales como son la alimentación, la respiración y el sistema metabólico, estas se deben tanto a su inmadurez como al impacto que en ocasiones los tratamientos para mantenerles con vida generan en sus frágiles sistemas. Las complicaciones más frecuentes siguen siendo: el distrés respiratorio, la sepsis, la retinopatía del prematuro (ROP), la enterocolitis necrotizante, la anemia del prematuro, las hemorragias intraventriculares, la hipotermia, la hipoglicemia, la hiperbilirrubinemia neonatal y dificultades en la alimentación[41, 45].

Algunas de las secuelas de la prematuridad a mediano y largo plazo se resumen en la tabla 2.2.

Tabla 2.2: Secuelas de la prematuridad

Tipo	Etapa del Desarrollo	Mayor incidencia
Neuro-sensoriales	Infancia	<ul style="list-style-type: none">• Dificultades integración sensorial• Retraso y dificultades

Continúa en la página siguiente

Tabla 2.2 Secuelas de la prematuridad (cont.)

Tipo	Etapa del Desarrollo	Mayor incidencia
	Todo el ciclo vital	en desarrollo motor • Deficiencias visuales • Deficiencias auditivas • Déficit verbal • Parálisis cerebral
Respiratorias	Infancia	• Bronquiolitis • Displasia broncopulmonar • Mayor incidencia de infecciones respiratorias altas • Hiperreactividad bronquial
Nutricionales, metabólicas y del crecimiento	Infancia	• Hipocrecimiento • Estancamiento en la curva pondo-estatural • Malnutrición • Raquitismo • Osteopenia
	En edad adulta	• Obesidad • Resistencia a la insulina • Hipertensión arterial • Síndrome metabólico
Cognitivas y relacionales	En el curso del ciclo vital	• Retrasos en el desarrollo intelectual • Dificultades de aprendizaje • Déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) • Trastornos del espectro autista (TEA)

Estudios recientes indican que, aún si cada semana de gestación adicional supone una ventaja en términos de supervivencia, y que el tipo de secuelas, así como la gravedad de estas puede estar relacionado con dicho factor, el riesgo de morbilidad y de dificultades en el neurodesarrollo, se mantiene incluso en los prematuros tardíos[41, 46].

2.1.3. Bajo peso para la edad gestacional

La terminología empleada para definir el bajo peso neonatal, ha sido variada y en algunos casos puede llegar a ser confusa; inicialmente, la Academia Americana de Pediatría (AAP) definió como niño prematuro a todo aquel que naciera con menos de 2500 gramos, independientemente de la edad gestacional[4]. Actualmente el bajo peso al nacer se define de manera diferente, dependiendo de las condiciones y características del recién nacido, así entonces, se establece que el neonato puede ser pequeño para la edad gestacional o haber tenido malnutrición fetal, cuando el diagnóstico se hace en el periodo neonatal y se asocia a un percentil menor a 10 en las curvas de peso esperado para la edad gestacional; cuando se determina a nivel prenatal se habla de crecimiento intrauterino restringido (CIR), un término usado en obstetricia y que establece que los parámetros observados en la biometría fetal, asociados a distintos indicadores de crecimiento propios de cada etapa gestacional, no se corresponden con los esperados[47].

El bajo peso al nacer asociado a la edad gestacional, independientemente de si ha sido un nacimiento prematuro o a término, supone un indicador de mayor riesgo de morbilidad y mortalidad en los primeros años de vida. La evidencia sugiere que los recién nacidos con bajo peso y en especial con muy bajo peso -VLBW ¹ (<1500g) tienen más probabilidad de presentar dificultades en el desarrollo cognitivo, motor, comportamental y socioemocional en comparación con neonatos que con la misma edad gestacional tienen el peso esperado[48-50].

2.1.4. Gestaciones Múltiples

El número de embarazos y partos múltiples se ha elevado en proporción con la tasa gestacional casi un 80% entre 1972 y 2006. Este aumento se observa sobre todo en gestaciones espontáneas de mujeres con edades por encima de los 35 años y en gestaciones conseguidas a través de técnicas de reproducción asistida (TRA)[51].

¹Del inglés Very Low Birth Weight

El embarazo y el parto múltiple están asociados con resultados adversos a nivel fetal y neonatal, así como con riesgos más elevados para la salud tanto de la madre como de las criaturas. En comparación con los nacimientos de un único bebé, los múltiples tienen más riesgo de nacer prematuros, de presentar bajo peso, ser pequeños para la edad gestacional y requerir hospitalización neonatal. Así mismo, hay estudios que indican que el riesgo de muerte neonatal o de supervivencia con retrasos o dificultades en el neurodesarrollo, incluyendo la parálisis cerebral, es más elevado[52, 53].

Adicionalmente, el nacimiento de múltiples supone para las familias una fuente de estrés agregado, que inicia desde la gestación y que supone desafíos significativos para el ajuste parental, de pareja y familiar, tanto a nivel psíquico, como socio-económico. Los pocos estudios al respecto, señalan que el riesgo de depresión posparto y las dificultades en el establecimiento del vínculo parento-filial son más frecuentes en el caso de múltiples, especialmente cuando uno o los dos recién nacidos son hospitalizados en la unidad neonatal[54-56]. En el caso de muerte intra útero o neonatal de uno de los recién nacidos, el riesgo se incrementa y puede repercutir sobre el desarrollo socio afectivo del bebé que sobrevive[57-59].

3 |

El Impacto Emocional en la Familia del Recién Nacido

Tanto para las mujeres como para los hombres, la transición que supone tener un hijo y convertirse en padre o madre moviliza cambios de tipo físico, hormonal y neurobiológico, asociados a cambios psicológicos que fuerzan un proceso de ajustes a nivel individual, pero también social y relacional[60-62].

La confirmación del embarazo desencadena en los futuros padres una serie de transformaciones psíquicas concernientes a la propia identidad, los afectos y las cogniciones que son necesarias para adecuarse al nuevo rol parental y establecer un vínculo con la criatura que esperan. En los meses previos al nacimiento, las fantasías asociadas a las características que tendrá el bebé, así como a la forma en qué podrán hacerse cargo de éste, se convierten en representaciones maternas y paternas clave que luego se traducirán en respuestas y comportamientos de cuidado. Dichas interacciones serán las encargadas de garantizar la supervivencia del neonato y facilitar la regulación de respuestas fisiológicas (temperatura corporal, latido cardíaco, sueño) y socio-emocionales del niño[63-66].

Tanto la investigación clínica como la concerniente al desarrollo, han puesto en evidencia que las cogniciones y creencias de los padres acerca de sus propias capacidades para serlo, tienen un rol crucial en las interacciones que se construyen con los hijos y están relacionadas estrechamente con la

calidad del desarrollo infantil[67-69]; la relación entre el recién nacido y sus padres es un sistema bidireccional y dinámico en el que la activación del rol parental, como fenómeno epigenético está asociado a una serie de transformaciones a nivel cerebral y social que se desencadenan en el posparto inmediato y es sensible a factores ambientales y sensoriales, en el que las características personales de los padres y sus recursos psíquicos juegan un rol primordial[70-72]. Si el primer contacto entre los progenitores, especialmente la madre, y el recién nacido es interrumpido o se da en condiciones adversas, como es en el caso de la prematuridad, patologías maternas que fuercen el distanciamiento, o condiciones sociales como violencia o precariedad económica, el riesgo de que se establezcan estilos parentales inadecuados es más elevado, con claras repercusiones en el desarrollo y la salud mental del niño[71, 73].

3.1. El Establecimiento de la Relación Parento-filial en la Unidad Neonatal

El ingreso hospitalario de un recién nacido, conlleva para los padres y la familia en general, una situación de duelo anticipado ante la posible pérdida, así como una serie de situaciones estresantes que desencadenan un estado de shock asociado a la vivencia traumática del parto prematuro o al curso inesperado del nacimiento y el posparto “fuera de lo normal”. La carga emocional a la que tienen que hacer frente afecta de manera significativa las rutinas diarias, la relación de pareja y las expectativas que sobre el rol de padres tenían, elementos que repercuten sobre el ambiente familiar y la forma en que se establecerán las relaciones entre la pareja, con otros hijos si los hay, y con el neonato[74-76].

Tras el nacimiento de un recién nacido a término, lo habitual es que tanto la madre como el padre, de manera inmediata, pasen tiempo con éste. En esos primeros momentos, el bebé es sostenido, tocado, examinado, oído, besado y acariciado de manera constante. Las conversaciones sensoriales que establecen los nuevos padres con su criatura son las que favorecen el reconocimiento de ésta como propia y es entonces cuando inicia el proceso

de filiación, de identificación en el rol parental y de vinculación física y psíquica.

La hospitalización neonatal, aún si es de unas pocas horas, inmediatamente después del parto o en los primeros días, supone una ruptura de dicho proceso y un momento de angustia elevada tanto para los nuevos padres como para el recién nacido. El ingreso en la UCIN rara vez es un evento esperado, e incluso en las ocasiones en las que puede anticiparse, supone que el recién nacido se encuentra en peligro, que hay un riesgo objetivo para su salud y que por lo tanto debe recibir una atención que en primera instancia no es la que sus padres pueden ofrecerle.

El estado de shock inicial, que suele estar acompañado por un bombardeo de información médica, puede dejar a los nuevos padres desorientados y asustados; pueden experimentar sentimientos de culpa y preocupación recurrente por la salud del hijo y sus posibilidades de supervivencia, tener dificultades para identificar su papel y para empezar la relación con su recién nacido[77-79].

Pennestri y cols.[80] sostienen que adicionalmente, los nuevos padres pueden experimentar sentimientos de impotencia o de distanciamiento emocional en los momentos en los que la condición del recién nacido es más crítica, como puede ser durante los procedimientos médicos invasivos, lo que repercute en la capacidad de responder emocionalmente a las necesidades del neonato.

Un estudio cualitativo llevado a cabo por Lasiuk, Comeau y Newburn-Cook en 2013[78] señala que el trauma que experimentan los padres no suele estar asociado a las características del recién nacido (ej. Edad gestacional, peso al nacer, duración de la hospitalización) sino a la sensación de incertidumbre frente a lo que puede pasar, a la falta de control sobre la situación y a interferencias en el sistema de creencias y significados que habían construido alrededor de su nuevo rol como padres.

En los primeros días, tras el nacimiento de un hijo que debe ingresar en la unidad neonatal, la vida de los nuevos padres pasa a un segundo plano, las rutinas habituales se rompen en función de los horarios del hospital

y el funcionamiento de la nueva familia empieza a moverse en un estado límite, en el que ha nacido un hijo, pero al no poder llevarlo a casa es como si no hubiera nacido todavía y en el que se han convertido en padres aún si es difícil sentirse padres, puesto que el recién nacido está bajo la responsabilidad de otros que, en mayor o menor medida, controlan su posibilidad de participar del cuidado de éste.

Los ajustes en la relación, propios de cualquier pareja que acaba de tener un hijo, en el caso de una hospitalización neonatal, pueden llegar a ser muy complejos debido a dos factores principalmente: por un lado, la magnitud y la expresión del estrés, los duelos y las expectativas suelen ser diferentes en las madres y en los padres, lo que puede generar barreras en la comunicación y acompañamiento entre ellos, y por el otro, los tiempos para estar juntos y la falta de intimidad suponen una interferencia continua en el establecimiento de las nuevas rutinas familiares.

La pareja es puesta a prueba, los espacios y el ánimo para que se den intercambios positivos entre los nuevos padres, que les afirmen mutuamente en su rol, así como la aparición de conflictos y el declive de la satisfacción marital pueden llevar a la disolución de ésta, si no durante el periodo de hospitalización, sí en los primeros años de crianza, especialmente cuando las secuelas en el niño son más graves[56, 81].

Tal como se mencionaba anteriormente, la activación del rol parental está asociado a una serie de transformaciones a nivel cerebral que desencadenan en el posparto, tanto en las madres como en los padres una serie de comportamientos orientados a garantizar la supervivencia y la salud del niño, no obstante, estos sistemas neurales que sostienen el apego parento-filial, no son estáticos y son sensibles a factores ambientales y sensoriales, así como a las características e historia personal de cada uno de los padres; adicionalmente tienen un carácter bidireccional y dinámico, lo que quiere decir que son modulados en gran medida por el recién nacido y las señales que con su propio comportamiento les va ofreciendo; esta sintonía entre el recién nacido y el adulto generará un funcionamiento reflexivo y sincronizado, en el que los comportamientos de ambas partes se irán regulando mutuamente y sentarán las bases para desarrollar una

respuesta de apego seguro[1, 70, 82-84]. Son las interacciones sensibles recurrentes entre los padres y los recién nacidos las que tienen un efecto más positivo sobre la salud mental del niño y su desarrollo, además de la presencia y la cercanía física, es necesaria una adecuada disponibilidad emocional, entendida como la capacidad de estar al tanto de la presencia y comportamiento del bebé, de monitorear su actividad y de estar disponibles para responder de forma empática y apropiada a sus requerimientos, aceptando el amplio rango de expresiones emocionales que puede tener, asociadas tanto a situaciones molestas como placenteras, de manera que el niño encuentre en el adulto no sólo una base segura a la cual acudir cuando se sienta en peligro, sino también un referente que le anima a ampliar sus repertorios sociales y a explorar e interactuar con el mundo adquiriendo cada vez más competencias[85-88].

Las circunstancias asociadas a la hospitalización neonatal, especialmente en los casos de prematuridad o patologías complejas en el recién nacido, que requieren tiempos largos de hospitalización, suponen una interferencia continua en el establecimiento de dichas interacciones. No sólo por darse en ambientes altamente tecnológicos diseñados en función de las necesidades de eficiencia médica, sin ser óptimos para fomentar la relación de los padres con el recién nacido, sino también porque las características de los bebés hospitalizados hacen que la relación sea más compleja de lo habitual.

En lo que se refiere a la contribución del niño a la interacción, los recién nacidos prematuros, así como los recién nacidos enfermos, ofrecen un repertorio de comportamientos difícil de interpretar. Se ha visto que los RNP en comparación con los niños a término, son más pasivos, menos atentos, responden menos a los adultos o de manera retrasada y establecen menos contacto visual con sus cuidadores principales. En cuanto a lo que se refiere a la producción de señales que modulan la respuesta emocional de los adultos, las vocalizaciones suelen ser escasas o más frecuentes de lo esperado, pero con menor contingencia; y los gestos y expresiones faciales más recurrentes con frecuencia están asociadas a emociones desagradables como el dolor[89-94].

Varios autores señalan, que si las unidades de cuidado neonatal están

diseñadas de manera tal que favorezcan y promuevan la participación de las familias en el cuidado de los recién nacidos, las dificultades para instaurar la relación parento-filial son menores, los padres tienden a adaptarse al contexto y a ejercer su rol de manera más activa[17, 78]. Se ha visto también, que en el curso del primer año de vida, los patrones de interacción entre los cuidadores y el niño, en la medida que disminuyen los factores estresantes y el ambiente se hace más complejo y demandante, se van enriqueciendo y tienden a ser más semejantes a los que se establecen con niños a término, siendo el estilo de interacción parental el que tiene más poder predictivo sobre los resultados en el desarrollo[69, 95-97].

La habilidad de los padres para adaptarse a su nuevo rol, bajo las exigencias y el desafío que supone hacerlo en una unidad de cuidado neonatal, estará sujeta a la percepción que tengan del bienestar y/o posibilidad de supervivencia de su recién nacido, a la duración e intensidad de su sensación de falta de control y posibilidad de tener un rol activo en el desarrollo de su bebé, así como a los recursos personales, familiares y sociales a los que puedan recurrir antes de recibir el alta médica.

3.2. El Impacto de la Hospitalización Neonatal en la Salud Mental

3.2.1. Salud mental perinatal

Actualmente se sabe que la salud mental de los padres, así como la capacidad que tienen para adaptarse al rol parental influyen de forma significativa en el tipo de cuidados que se imparten al recién nacido y en la calidad de la respuesta emocional a las necesidades del bebé, así mismo, estudios recientes indican que la enfermedad mental perinatal está asociada a complicaciones obstétricas, que afecta el inicio y duración de la lactancia y puede dejar una huella significativa en términos de salud y desarrollo a largo plazo[64, 98].

Los trastornos mentales se encuentran entre las morbilidades más comunes durante el periodo perinatal, aún si se habla poco de ellos y no suelen

recibir la misma atención que otras condiciones de riesgo en el mismo periodo[99]. Su aparición o agudización parece estar asociada con las fuertes transformaciones psíquicas, emocionales, físicas y sociales que conllevan la gestación, el parto y el puerperio; y aunque hay una mayor incidencia en las mujeres, también los hombres pueden presentar dificultades en dicho proceso adaptativo.

A nivel mundial, la mayor parte de estudios y datos que ofrecen información sobre salud mental perinatal están centrados en la mujer y coinciden en señalar que supone un problema de salud pública con altos costos para la sociedad. Se ha visto que el periodo perinatal se amplifica el riesgo de aparición o reactivación de problemas asociados con la salud mental y se estima que entre un 15-25 % de mujeres van a desarrollar un desorden mental durante dicha etapa. Los dos desórdenes más frecuentes, y que pueden además presentar comorbilidad, son la depresión y la ansiedad; alrededor de un 15 % de mujeres puede presentar un cuadro depresivo durante el embarazo y entre un 15-20 % hacerlo en el primer año posparto, los trastornos de ansiedad asociados a la perinatalidad han sido menos estudiados, pero podrían afectar desde un 25 hasta un 45 % de mujeres [100-103].

Se sabe también que pueden aparecer otros desórdenes, que aún si parecen ser menos frecuentes, pueden llegar a ser incluso más graves, tales como trastornos obsesivos compulsivos, trastornos de estrés post-traumático, trastornos alimentarios e incluso psicosis puerperal, siendo en algunos casos, causa indirecta de enfermedad o muerte materno-infantil en fases tempranas del desarrollo [99, 101, 102, 104, 105].

3.2.2. El afrontamiento emocional de la hospitalización neonatal

A lo largo de la gestación, los padres van construyendo unas representaciones mentales acerca del hijo que está por nacer que van aumentando en la medida en que progresa el embarazo, los movimientos fetales y las ecografías que confirman la presencia del nuevo miembro de la familia hacen que éstas sean cada vez más específicas y ricas llegando a un punto

culminante alrededor del séptimo mes de gestación, cuando empiezan a empobrecerse y desdibujarse gradualmente dando lugar a un estado de espera en el que van encontrando un espacio de conciliación entre el hijo fantaseado y el hijo real que está por nacer[106].

En el momento de dar a luz, se realiza un proceso de ajuste entre el bebé imaginario y el bebé real, no obstante, en el caso de un parto prematuro o con el nacimiento de un hijo en situación de riesgo dicho proceso no sólo se rompe de forma drástica, sino que genera un choque entre las representaciones que se estaban construyendo y el recién nacido que no encaja en ninguna de las fantasías que los padres habían construido. En algunos casos, el tiempo para generar dichas representaciones ha sido tan breve que la distancia entre lo esperado y lo que sucede es muy grande y no sólo ha faltado tiempo para construir un espacio mental sino que no ha sido tampoco suficiente para hacerlo físicamente, a través de comportamientos y experiencias que confirmen el proceso en el que se encuentran, como la asistencia a cursos pre-parto o la preparación de un espacio y objetos para recibirlo.

El nacimiento prematuro y la hospitalización del recién nacido, suponen por un lado la ruptura de una fantasía tejida por los padres en relación al inicio de esa nueva etapa vital y por el otro, la aparición rápida y encadenada de situaciones nuevas, en un espacio hostil y sobre el que no tienen ningún control; los niveles de angustia, miedo y aflicción pueden llegar a ser tan elevados como para desencadenar un desajuste emocional significativo, activando procesos de duelo y episodios de estrés agudo.

Estrés parental en la UCIN

El estrés es un proceso dinámico y adaptativo que se caracteriza por una reacción emocional intensa que activa respuestas fisiológicas y psicológicas; suele manifestarse de maneras distintas de acuerdo a las características individuales y a los recursos que tiene cada persona para gestionar tanto los estímulos del entorno a los que se debe enfrentar, como las respuestas que dichos factores ambientales le suscitan. Cuando la percepción de que las demandas percibidas superan los propios recursos y ponen en riesgo el

propio bienestar personal de forma momentánea o sostenida en el tiempo, el individuo puede sentirse exhausto, desbordado e incluso colapsar, siendo mucho más vulnerable a la aparición de enfermedades psíquicas, somáticas o ambas [107-110].

Frente a situaciones agudas de estrés, a nivel cerebral se activa el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (sistema HHS), el cual desencadena y estimula la producción y liberación de cortico-esteroides, entre ellos el cortisol, los cuales unifican la activación de los distintos sistemas fisiológicos para hacer frente a la amenaza percibida, una vez activado este proceso el eje HHS inicia la liberación de catecolaminas (dopamina, noradrenalina y adrenalina) para modular la respuesta emocional asociada. Durante el tiempo que la persona se siente amenazada, las catecolaminas inhiben la actividad cerebral y algunas funciones cognitivas como son la memoria a corto plazo, el pensamiento racional, la asimilación de información nueva o el manejo de situaciones sociales complejas pueden verse afectadas. Como mecanismo de defensa, la capacidad de atención focalizada se activa y comportamientos que podrían interferir con la capacidad de respuesta rápida, como son el sueño o la alimentación se ven alterados[111, 112].

A los nuevos padres la apariencia y vulnerabilidad del recién nacido, que no encaja con el bebé que esperaban, rodeado de gente y aparatos, les asusta y genera un elevado nivel de estrés, que interfiere con su capacidad para conectar con él, así como interfiere en su capacidad de respuesta y comprensión de la información que reciben. Dadas las dificultades para establecer una relación directa con su hijo, suelen especializarse en otros aspectos que les ofrecen seguridad, como pueden ser el funcionamiento del equipo médico, los procedimientos y las rutinas diarias a las que es sometido el bebé; cualquier cambio, por pequeño que sea, en el funcionamiento fisiológico del recién nacido o en las rutinas a las que se han acostumbrado (ej. ganancia de peso, cambios en la alimentación, cambios del personal, movimientos de la cuna, etc...) suele ser recibido con desconcierto o preocupación y puede llegar a generar en ellos crisis y nuevos repuntes en la respuesta de estrés.

Los primeros estudios que identificaban el ingreso neonatal como una

fuente importante de estrés para los padres, señalaban que había un pico inicial al ingreso que tendía a disminuir gradualmente, pero que la falta de espacio físico y de privacidad, los ruidos ambientales, el constante movimiento y tránsito de personas, asociados a tiempos restringidos o muy controlados de visita, así como ser testigos de la situación de gravedad de otros niños eran estímulos que lo mantenían en un nivel elevado o lo reactivaban[113, 114].

Más recientemente se han revisado y analizado las principales fuentes de estrés para los padres en las unidades neonatales, los estudios de Miles y col.[109] y del POPPY Steering Group[19] recogen los más frecuentes y coinciden en que el aspecto que suele tener más impacto es la propia percepción del rol parental y la capacidad de hacerse cargo del cuidado del recién nacido. Los factores señalados por ambos estudios se resumen en la Tabla 3.1.

Tabla 3.1: Fuentes de estrés Parental en la UCIN

Documento	Fuentes de estrés	Ejemplos
Parental Stressor Scale:NICU ¹	Apariencia del RN	<ul style="list-style-type: none"> • Tamaño • Color • Tubos, agujas y otros aparatos a los que pueda estar conectado • Reacciones al dolor
	Aspecto general del espacio	<ul style="list-style-type: none"> • Monitores • Alarmas y otros ruidos • Otros bebés enfermos • Poco espacio • Falta de comodidad para permanecer en la UCIN
	Percepción del propio rol parental	<ul style="list-style-type: none"> • Sentirse poco útiles • Dificultad para conectar con RN
	Relación con el personal sanitario	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades de comunicación • Desconfianza
FCC:NICU POPPY Project ²	Antes de la hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> • Recibir noticia del ingreso • Falta de información previa a ingreso

Continúa en la página siguiente

Tabla 3.1 Fuentes de estrés Parental en la UCIN (cont.)

Documento	Fuentes de estrés	Ejemplos
	Momento de la hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> • Temor frente a estado de salud del RN • Cantidad de información • Reglas de acceso a UCIN • Trámites de ingreso
	Primeros tres días de hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad y claridad de la información • Incerteza sobre estado de salud del RN • Dificultad para ser parte del proceso de cuidado
	Desarrollo del RN	<ul style="list-style-type: none"> • Temor frente a evolución del RN • Desconocimiento sobre hitos del desarrollo • Temor a secuelas
	Transferencia entre unidades y niveles de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Desplazamiento de un hospital a otro • Cambio de cuidados intensivos a intermedios en la misma UCIN
	Preparación al alta	<ul style="list-style-type: none"> • Poca anticipación • Falta preparación para hacer la transición
	Primeros días en casa	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación al cuidado del RN sin apoyo profesional ni equipos médicos

¹ PSS:NICU= Parental Sressor Scale: Neonatal Intensive Unit[109]

² FCC:NICU- POPPY Project= Family Centred Care in neonatal units. A summary of research results and reccomendations from the POPPY Project[19]

El estrés parental influye en la percepción que tienen los padres de sí mismos como padres, así como en la que tienen de lo fácil o difícil que es su hijo y de la calidad de la relación que comparten, por lo tanto, se convierte en un predictor/detonante de dificultades posteriores, tanto en madres como en padres [115, 116]. Los estudios más recientes, centrados en el impacto de la hospitalización neonatal en las familias, objetivan niveles elevados de estrés parental, que se mantienen incluso después del alta y

que están asociados con la aparición de otras dificultades relacionadas con la salud mental [117-120]. Entre un 20 % y un 30 % de los padres pueden presentar un trastorno mental diagnosticable en el primer año de vida del niño, siendo los más frecuentes la depresión posparto (DPP) y el desorden de estrés postraumático (TEPT), y padres que no presentan síntomas clínicos pueden presentarlos a nivel subclínico, agudizados por situaciones específicas asociadas a la hospitalización como son: los desplazamientos diarios, la ruptura de la rutina cotidiana, la dificultad para gestionar sus relaciones con otros hijos, las dificultades para establecer una relación con el bebé, temores relativos al futuro desarrollo y crecimiento del niño, etc.[118, 121].

Depresión y Ansiedad parental en la UCIN

Los trastornos más frecuentes en el periodo perinatal son la depresión y la ansiedad, que aún si mantienen las características generales de dichos trastornos en la población general, también se ha visto que tienen unas características particulares, asociadas al momento vital en el que aparecen, la manera en que se manifiestan puede variar de persona a persona, y se considera que requieren atención profesional, cuando las señales de alarma perduran por más de dos semanas (Ver Tabla 3.2).

Tabla 3.2: Señales de riesgo para ansiedad y depresión perinatal

Trastorno	Señales de alarma
Depresión perinatal¹	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de tristeza, depresión o desesperanza • Pérdida de interés o placer por actividades que solían serlo, incluyendo el sexo • Aumento o pérdida del apetito • Ataques de pánico • Episodios de ansiedad • Sentimientos de culpa o auto-culparse • Cambios drásticos del estado de ánimo • Irritabilidad y malestar • Tristeza y llanto frecuente • Preocupación por no ser buena madre/padre

Continúa en la página siguiente

Tabla 3.2 Señales de riesgo para ansiedad y depresión perinatal (cont.)

Trastorno	Señales de alarma
	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo a estar a solas con el bebé • Trastornos del sueño (insomnio-hipersomnias) • Pérdida de interés en el bebé, la familia o los amigos • Pérdida de memoria, falta de concentración y dificultad para tomar decisiones • Pensar en hacer daño a sí misma/o o al bebé
Ansiedad Perinatal²	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos recurrentes de preocupación, nerviosismo o ansiedad • Evitar lugares, personas o actividades • Síntomas físicos propios de un ataque de pánico: Aumento de la frecuencia cardíaca, opresión en el pecho y la garganta, respiración superficial, hormigueo en extremidades, sudoración excesiva. • Cambios en el apetito • Pensamientos recurrentes y negativos sobre el futuro • Preocupación constante sobre capacidades maternas/paternales • Pensamientos intrusivos y miedo de hacer daño al RN • Perfeccionismo y búsqueda elevada de control en lo que se refiere al RN y su cuidado • Despersonalización y/o desrealización (sentirse observador/a de sí mismo/a o como que vive en una película) • Temor a morir o que muera el RN • Cansancio continuo y dificultad para conciliar el sueño

¹[122, 123]

²[102, 124]

Se ha visto que la presencia de ansiedad en el periodo perinatal es un factor de riesgo para la aparición de depresión perinatal y que en mujeres,

la prevalencia de comorbilidad oscila entre el 2 y el 13 %[\[125\]](#), entre los factores de riesgo más frecuentes se encuentran el estrés prenatal, ser fumadoras, ser madres primíparas, experiencias traumáticas asociadas a la gestación o el parto, tener un recién nacido con menos de 27 semanas de gestación y la hospitalización neonatal[\[105, 126-128\]](#).

En el caso de los hombres, tanto la ansiedad como la depresión perinatal han sido menos estudiadas, sin embargo, cada vez más autores destacan que aún si la incidencia es menor que en las madres, es lo suficientemente alta como para dedicarle atención, señalan también que al igual que en las mujeres la hospitalización neonatal representa un factor de riesgo adicional para su aparición[\[100, 129-131\]](#).

Las señales de riesgo que permiten anticipar o detectar tempranamente la aparición de una depresión o de ansiedad en el posparto, en el caso de padres y madres que tienen a sus hijos hospitalizados son mucho más difíciles de observar, puesto que pueden confundirse con las respuestas esperadas tras la situación de riesgo vital del recién nacido y con las interferencias que la hospitalización impone a la rutina cotidiana elevando el estrés y alterando patrones de sueño y alimentación entre otras cosas. Se ha visto sin embargo, que en los casos en los que alguno de los padres presenta un desorden de ansiedad o depresión, los síntomas no sólo no desaparecen sino que por el contrario pueden llegar a incrementarse, con preocupaciones, obsesiones y pensamientos intrusivos asociados al temor persistente de que el bebé vuelva a estar en peligro y requiera nuevas hospitalizaciones o de que ellos no estén a la altura de sus necesidades. Se ha visto también que el riesgo de que los síntomas no aparezcan durante el periodo de hospitalización sino tras el alta, es más elevado y está asociado a la adaptación a la nueva situación familiar, a las características de la red social y de apoyo, así como a la necesidad de cuidados especiales que pueda requerir el niño tras el alta, puesto que la visita constante a profesionales de la salud para garantizar el correcto desarrollo, puede llegar a ser desgastante para las familias en términos de tiempo, energía y recursos económicos[\[132-134\]](#).

Varias revisiones y meta análisis han documentado la eficacia de la

intervención temprana y el cribado sistemático en padres y madres, tanto durante la estancia en la unidad neonatal, como en el seguimiento del recién nacido una vez es dado de alta. No obstante, el cribado, sin acompañamiento adecuado y específico tanto en el periodo de hospitalización como en el año siguiente no es suficiente y cada vez más, se recomienda realizar un acompañamiento transversal en el que se incluyan tanto profesionales de la medicina y la enfermería, como psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y grupos de padres que hayan vivido una experiencia semejante, de manera que el sostén sea integral y responda desde distintos frentes a las necesidades específicas de la familia[119, 135-137].

3.2.3. Impacto sobre el desarrollo del Recién nacido

Aún si los estudios sobre el impacto que la hospitalización neonatal tiene sobre los niños son muy heterogéneos, debido a la multitud de causas que pueden llevar a que esta suceda, los hallazgos en relación a la prematuridad y condiciones de salud asociadas a periodos de ingreso más prolongados, coinciden en señalar que su proceso de desarrollo suele ser más complejo y no sólo como consecuencia de su estado de salud, sino también por el impacto que factores ambientales, sociales y familiares tienen sobre éste y el estilo de crianza[76, 81, 138].

Se ha visto que los prematuros sin lesiones neurológicas o secuelas importantes que puedan influir directamente sobre su desarrollo, al llegar a la edad escolar y comparados con niños nacidos a término, tienen un mayor riesgo de presentar dificultades a nivel cognitivo, problemas de comportamiento y más dificultades en la socialización; así mismo a la edad de 11 años tienen mayor riesgo de haber sido diagnosticados con un trastorno por déficit de atención e hiperactividad y de presentar síntomas de depresión y ansiedad. Dificultades que no desaparecen con la adolescencia, sino que en ocasiones pueden arrastrarse hasta la edad adulta, generando dificultades en el aprendizaje, la socialización y la calidad de vida en general[74, 139, 140].

Aún si la edad gestacional y el peso al nacer están relacionados de forma

significativa con los resultados a nivel de neuro-desarrollo, evidenciando la vulnerabilidad de un cerebro inmaduro, también hay estudios que ponen de manifiesto que las complicaciones medicas asociadas a la prematuridad tienen menos impacto en los resultados académicos y de auto-regulación emocional que las características de la familia, destacando que los niños de familias estables en las que ambos padres tienen un nivel educativo más elevado y participan en la crianza, no tienen antecedentes de salud mental y cuentan con una red de apoyo social adecuada, obtienen mejores resultados, siendo incluso comparables con niños nacidos a término [93, 139, 141, 142].

Actualmente se sabe que la exposición prolongada al estrés, especialmente cuando éste alcanza picos muy elevados, tiene un impacto nocivo sobre el desarrollo y el funcionamiento cerebral. Los recién nacidos hospitalizados, desde el momento en que ingresan en la unidad, están expuestos a que esto suceda, siendo las principales fuentes de angustia: la separación temprana y repetida de sus padres; el ser sometidos continuamente a intervenciones que interrumpen sus procesos de sueño, alimentación y autorregulación; la intensidad de los estímulos ambientales propios de la UCIN y el dolor que acompaña muchos de los procedimientos que se realizan sobre ellos[143]. Se ha visto sin embargo, que la calidad de la relación entre los padres y el bebé, puede moderar dicho riesgo, siempre que ellos mismos puedan estar disponibles para ésta[74] y que se promueva su participación y el contacto físico con los recién nacidos tan pronto sea posible.

4 |

El Padre

A lo largo de las últimas décadas las estructuras familiares se han ido modificando, no sólo en la manera en la que están constituidas, sino también en las dinámicas que las caracterizan. Cada vez es más frecuente encontrar composiciones mixtas en las que no necesariamente son las madres y padres biológicos los que se hacen cargo de los niños y en las que el género no es el que define las funciones de atención y cuidado, como tal vez podía afirmarse hasta hace algunos años[144-147].

Estas nuevas configuraciones familiares, dejan en evidencia que el rol paterno y las expectativas sobre éste, se han ido transformando también, dejando atrás la idea de que las funciones que dan valor a los padres son las de proveer e impartir disciplina, para abrir paso a una idea de que pueden y deben tener una participación más equitativa, no sólo desde el punto de vista económico, sino también en lo que se refiere a las tareas de cuidado y crianza. Esta demanda social, que cada día trasciende más a lo privado ha impulsado en distintos países la creación de políticas públicas en pro de una conciliación e implicación paternal factible[144, 148, 149].

Actualmente, la mirada sobre el impacto de la crianza y las relaciones tempranas sigue posándose la mayor parte de las veces sobre la díada madre-bebé, dejando a los padres un lugar secundario en el que su participación parece accesoria y no determinante. La evidencia, sin embargo, apunta a que la presencia del padre y la manera en que participa y se implica en las dinámicas familiares influye no sólo en la posibilidad que tienen sus

parejas de acceder a mejores oportunidades en la vida, sino también en la manera en la que los niños se desarrollarán y se desenvolverán socialmente.

Aún si estudios antropológicos y de sociología, los primeros en aparecer dedicados a las funciones paternas, dejan en evidencia que siempre ha habido padres involucrados en la crianza de sus hijos, señalan también, que a lo largo de los últimos 40 años las tasas de participación se han elevado, y la implicación como cuidadores principales, ya sea por ausencia de la madre o como elección de la pareja, es cada vez más frecuente. A la par que la participación masculina en la crianza se ha ido haciendo evidente, la necesidad de investigar y teorizar la paternidad ha ido en aumento, lo que como afirman Suárez-Delucchi y Herrera:

“representa un cambio a nivel paradigmático, ya que anteriormente la preocupación se centraba primordialmente en el vínculo madre-hijo(a) y la figura del padre quedaba invisibilizada de los escenarios académicos y políticos.”([150], p.91)

A pesar del aumento en la publicación de artículos y libros relacionados con el tema, el padre y la paternidad siguen siendo campos poco explorados y a los que se han dedicado grupos de trabajo provenientes en su mayoría de países occidentales y considerados ricos. Entre la evidencia recogida, se resalta que las maneras en que los padres se implican en la crianza son muy variadas y dependen en gran medida del contexto socio-cultural del que provienen, no obstante, en muchos lugares alrededor del mundo los padres participan y tienen un papel importante en el cuidado y desarrollo de los niños; así mismo, se señala que actualmente los hombres no solo expresan el deseo y la intención de implicarse en la vida de sus hijos, sino que se muestran sensibles y capaces de responder a sus niños pequeños; afirman que disfrutan teniendo relaciones cercanas con ellos, y dicen sentirse profundamente tocados por la experiencia del parto y ofreciendo apoyo práctico durante el período cercano al nacimiento[144, 148, 151, 152].

De manera paralela los estudios reflejan que a pesar del deseo y las expectativas que tienen los hombres respecto a su rol de padres, parecen seguir fallando en el compromiso con la crianza, no por el hecho de ser hombres, sino por factores que están asociados a las percepciones e imaginarios

tejidos alrededor de la masculinidad, evidenciando que en contextos en los que el ser “un buen hombre” está asociado aún a la no expresión de vulnerabilidad, a la fuerza y la capacidad de producción económica, la implicación paterna en la crianza y en las tareas de cuidado es menor[153-156].

Señalan Oláh, Bernhardt y Goldscheider[157] que debido a estos modelos cambiantes de familia, la paternidad hoy día es uno de los aspectos más fluctuantes en la vida de un hombre. Se ha visto que el hecho de que las relaciones de pareja cada vez estén menos asociadas al ser padres y que la estabilidad económica de las familias cada vez dependa menos de la fuerza de trabajo masculina, elementos que hasta hace un par de décadas podían influir sobre el hecho de que se cohabitara y el padre estuviera presente en el día a día de los hijos, hace que ni la presencia, ni la calidad de la implicación, estén determinadas por la parentalidad biológica, por lo que no es raro encontrar hombres que ejercen el rol paterno por turnos, solos, o que pasan más tiempo con los hijos de sus nuevas parejas que con hijos biológicos de relaciones previas.

La manera en que los hombres asumen el rol paterno está vinculada, sin duda, con los imaginarios, expectativas y percepciones que existen sobre la masculinidad, el cómo debe comportarse un hombre una vez que tiene un hijo, parece responder a un código social que dicta la manera en que se puede o se debe ser padre y no al hecho mismo de serlo:

“Está claro que ningún padre crea su paternidad en aislamiento: todo lo que hace se compara con las imágenes que de manera simultánea amplifican y empujeñecen el proceso de la paternidad humana.”.[158], p. 8)

Es evidente que el mundo actual, ofrece mensajes contradictorios sobre los hombres haciendo que sea difícil conciliar las expectativas sociales sobre masculinidad y las expectativas sociales sobre paternidad como si una cosa excluyera a la otra; el ser masculino parece seguir oponiéndose a lo que se espera de los padres. Tradicionalmente, que un hombre ejerciera roles asociados a la feminidad o dejase en evidencia que lo hacía, era sinónimo de fragilidad, del mismo modo que lo era expresar emociones; ahora se sabe que la base de un buen ejercicio parental está en la vinculación afectiva, por lo que ser buen padre implicaría vincularse emocionalmente y hacerlo

implica ir contra el paradigma tradicional de masculinidad. Este tipo de contradicciones se ven acentuadas cuando el hombre efectivamente se convierte en padre y la mayor parte de mensajes que recibe y que circulan en los medios, apuntan a señalar sus incapacidades y debilidades, sugiriendo que aunque su presencia e implicación es determinante para el desarrollo de sus hijos, su manera de hacerlo no es nunca lo suficientemente buena y por lo tanto sus competencias no son las adecuada[144, 149, 159].

La transición a la paternidad, tal como sucede en la transición a la maternidad, tiene que ver con la redefinición de la propia identidad adquiriendo un nuevo rol, además del de hombre y pareja, el de padre, transformación psicológica que lleva de manera implícita tanto la convicción de que es posible hacerse cargo de una criatura, como de construir un vínculo con ésta. De la misma manera que sucede en el caso de las mujeres, dicho proceso no puede hacerse en solitario. Herzog y Lebovici[160] sostienen que la transición a la paternidad es más fluida cuando el hombre se siente partícipe de la decisión de tener un hijo, puede participar en la preparación para la llegada de éste y estar presente durante el parto. La calidad y estabilidad de la relación con la pareja, tiene por lo tanto un peso importante en el proceso de convertirse en padre y en la manera en que se asumirá el rol.

4.1. La Implicación Paterna y su Impacto en el Desarrollo Infantil

Psiquiatras y psicoanalistas como Freud, Lacan o Lebovici plantearon modelos clínicos sobre el impacto que la figura paterna tenía en los primeros años de vida, recalcando la importancia del padre como apoyo a la madre; como figura encargada de ayudar al niño en su transición del universo materno al mundo externo; y como determinante en la aceptación posterior de la autoridad[161]. Esta mirada sobre el rol paterno empezó a ampliarse a partir de los años cuarenta y cincuenta del siglo pasado, tras la publicación de los trabajos de Spitz[9] y de Bowlby[1] sobre la importancia vital que tenían para los niños los cuidados parentales y que proponían que el padre

no era un contribuyente “secundario” con respecto a la madre.

Bowlby[1] fue el primero en plantear que el cuidador primario para el niño, no es necesariamente la madre, sino cualquier persona que pueda ofrecer al recién nacido vínculos afectivos constantes y de calidad. Dentro de estas figuras referentes, el padre puede ser tan importante como la madre misma, siempre que pueda satisfacer de manera consistente la necesidad constitucional del bebé, de tocar y aferrarse a otro, sintiéndose protegido y cuidado, con respuestas sensibles acordes a sus necesidades en las distintas etapas del desarrollo.

A partir de los años 70, principalmente en Estados Unidos y en Reino Unido, la importancia del rol paterno empezó a estudiarse de manera más consistente. Nuevas maneras de evaluar el desarrollo infantil y los resultados académicos, ponían en evidencia que los niños cuyos padres estaban implicados en la crianza, incluso en casos de familias divorciadas, tenían mejores resultados académicos que aquellos que no tenían al padre cerca o que convivían con padres maltratadores o con un nivel bajo de implicación en la crianza[162].

Los nuevos modelos de co-parentalidad en los que el padre empezaba a hacerse presente en escenarios de los que había estado ausente, como la escuela o las visitas médicas, abrían una ventana para explorar la manera y las motivaciones que llevaban a los hombres a ampliar su participación e implicación en la crianza.

Aún si en los humanos los comportamientos parentales no están exclusivamente asociados a cambios fisiológicos, pues el entorno socio-cultural y los sistemas de creencias en los que se está inmerso, impactan fuertemente sobre estos, estudios realizados en el curso de los últimos 20 años, indican que los nuevos padres en el periodo cercano al nacimiento de sus recién nacidos, presentan cambios hormonales asociados con comportamientos de cuidado y protección (nurturing); señalan además, que el cuidado paterno varía tanto fenotípicamente como a nivel biológico, y que las adaptaciones neurológicas, aún si están presentes, están menos canalizadas, son menos uniformes y no dependen tanto de las hormonas como sucede en las madres. Al parecer, las transformaciones que llevan a la activación del rol paterno

están moldeadas en gran medida por el cuidado y la participación activa en este, por la exposición a la mujer gestante y lactante y la presencia de estímulos específicos provocados por el recién nacido[163].

En los hombres es posible observar una disminución en la testosterona y el estradiol y niveles más elevados de prolactina y oxitocina, así como variaciones en los niveles de cortisol asociados a las distintas fases del embarazo, el parto y el puerperio, tal como sucede en las mujeres, aunque en una proporción más baja y con picos que varían respecto a los de ellas. Estas variaciones, parecen estar asociadas en gran medida con la calidad de la relación de pareja y la manera en la que el hombre es incluido en el proceso de la mujer de preparación a la parentalidad; estudios transculturales sugieren que la cercanía de la pareja en el periodo perinatal está relacionada con la reacción paterna, a mayor cercanía mayor es la posibilidad de que el padre presente el síndrome de couvade, entendido como la presencia de dos o más síntomas asociados al embarazo semejantes a los de la mujer, demuestre una mayor sensibilidad y capacidad de respuesta a señales del recién nacido (ej. llanto, hambre, sueño) y muestre mayores niveles de implicación paterna[164].

Los bajos niveles de testosterona parecen facilitar el cuidado paternal, ampliando la tolerancia a la frustración, favoreciendo una mayor empatía con el recién nacido y haciendo que la motivación sexual, que podría significar una competencia energética con la crianza, disminuya. Estas respuestas favorecen a su vez el incremento de los niveles de oxitocina, hormona que favorece la aparición y duración de comportamientos de cuidado amoroso en pro del establecimiento del vínculo, disminuye la hostilidad paterna en las interacciones con los niños los primeros tres años y la frustración frente al llanto difícil de consolar[61, 165, 166].

El estilo de relación que establecen los padres con sus hijos, aún si sigue un patrón semejante al de las madres, presenta ciertas particularidades: los padres suelen ser más impredecibles y más estimulantes físicamente, y en comparación con las madres pueden parecer menos sensibles a las señales de sus hijos, sin que ello interfiera con la capacidad que tienen de ser figuras de apego seguro. Del mismo modo, los estudios señalan que

los padres al parecer prefieren usar el juego, el contacto físico y el humor para interactuar con los niños, incluso cuando son muy pequeños. A través del juego parece resultar más sencilla la comunicación, la manipulación y la vinculación con el bebé, además de favorecer mecanismos de autorregulación que difieren de los que activa la madre. Experimentos realizados con madres y padres, muestran que las madres utilizan un patrón de relación en la que suavemente excitan al bebé a través de interacciones que empiezan siendo verbales y que pueden paulatinamente hacerse más físicas y las intercalan con momentos de contención y calma, mientras que los padres tienden a acelerar el nivel de activación rápidamente y a esperar que el bebé realice una señal que lleve a la moderación de la excitación. Así mismo, las madres tienden a consolar y contener a sus hijos durante periodos más prolongados, tras una situación de estrés, mientras que los padres suelen hacerlo por un tiempo más corto invitando rápidamente a iniciar de nuevo la exploración[162, 167, 168].

Los niños, responden también de manera diferente a las madres y a los padres, se ha visto que por lo general, las señales de los recién nacidos son más claras e intensas con sus padres, así como que el periodo de latencia entre la respuesta paterna y la nueva respuesta del niño en el intercambio comunicativo con este es más corta. Se ha observado también que la invitación al juego físico que realiza el padre amplía los tiempos en los que el niño fija la mirada en el padre y mantiene el contacto visual, así como mantiene periodos más largos de manipulación y presentación de objetos[162, 167]. El impacto del padre en el desarrollo del niño, está ligado al nivel de implicación paterna, que hace referencia más que a la cantidad, a la calidad y el tipo de participación en el cuidado y crianza de los hijos. En la literatura, la descripción de implicación paterna puede variar desde la participación en las tareas de cuidado, hasta la definición compartida de la crianza. A mayor participación del padre, no solo en tareas referidas a la atención directa de los hijos, sino también en referencia a la participación en toma de decisiones relativas a la crianza, mayor implicación[146, 147, 169, 170]. (Lewis and Lamb, 2007) En este trabajo nos quedaremos con la definición de implicación paterna que sugiere que esta es una variable que puede evaluarse en función de la cantidad de tiempo que transcurre un

padre con su hijo y la naturaleza de las actividades que comparten durante ese tiempo. La implicación paterna incluye tres componentes principales (1) actividades con un compromiso positivo, (2) calidez y receptividad y (3) control/monitoreo de la situación; adicionalmente puede clasificarse en tres dimensiones[161, 171, 172], las cuales se resumen en la tabla 4.1.

Tabla 4.1: Dimensiones de implicación paterna

Dimensión	Definición	Ejemplo
Disponibilidad y Accesibilidad	Tiempo acumulado de interacción indirecta: el padre no interactúa con el niño pero está disponible físicamente y emocionalmente accesible.	<ul style="list-style-type: none"> • El niño juega en el parque y el padre le acompaña • Comparten un espacio aún si realizan actividades diferentes y hay supervisión paterna • Le consuela si llora
Compromiso	Tiempo acumulado de interacción directa con el niño	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación • Juego • Deberes • Baño
Responsabilidad	Cuidado material y social indirecto que los padres realizan por el niño, pero no necesariamente con el niño	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas al pediatra • Compra de ropa • Planificación de la jornada o actividades diarias • Elección conjunta de escuela

Michael Lamb y col.[171] y Joseph Pleck[172], señalan que los niveles y estilos de implicación paterna están relacionados con 4 factores principalmente: (1) la motivación para ser padre e implicarse, (2) las habilidades y auto-confianza que el padre tiene al hacerlo, (3) el reconocimiento social, especialmente por parte de la madre del niño y (4) la ausencia de barreras institucionales y facilidades de conciliación laboral-familiar.

De acuerdo a los planteamientos de Stoleru[173] en relación con los cambios en la identidad del padre con la llegada del primer hijo, la transformación puede vivirse ya sea como una experiencia gratificante y de entrega total al hijo que permite una sensación de auto-trascendencia, o como una pérdida de libertad asociada a sentimientos de tristeza e inadecuación. Estas percepciones, están relacionadas a su vez con la percepción

que tienen los padres de sus recién nacidos y el estilo de relación que con ellos establecen. Las percepciones positivas neonatales paternas, parecen tener un valor predictor importante sobre la calidad del desarrollo infantil posterior, básicamente porque actúa también como predictor del nivel y calidad de implicación paterna desde los primeros momentos[174].

Cada vez se cuenta con mayor información acerca de las funciones complejas y multidimensionales que tienen los padres en el desarrollo de los niños y que inician incluso a nivel gestacional con el establecimiento de un vínculo prenatal. Aún si la mayor parte de estudios se centran en los primeros 6 años de vida del niño, aquellos realizados con adolescentes e incluso con adultos, confirman el impacto positivo de una alta implicación paterna a lo largo de la vida. La evidencia recogida a lo largo de los últimos 20 años, permite concluir que la implicación paterna apunta a varios componentes ejes del desarrollo y que el impacto puede verse reflejado no sólo en la vida misma del hijo, sino en las generaciones posteriores y en la calidad de vida del padre mismo[161, 163, 175-180]. Los resultados más observados y estudiados en cuanto a implicación paterna se encuentran resumidos en la tabla 4.2

Tabla 4.2: Impacto de la implicación paterna en el desarrollo

Nivel	Logros
Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Mejor capacidad de análisis • Puntuaciones globales de cociente intelectual (IQ) más elevados • Lenguaje más amplio • Mejor capacidad de solucionar problemas • Mejores habilidades matemáticas
Psico-emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Estilos de apego más seguros • Mayor resiliencia • Mayor aceptación y autoestima • Mayores niveles de tolerancia al estrés y a la frustración • Menores índices de depresión y ansiedad a lo largo de la vida • Mejor auto-regulación emocional
Social	<ul style="list-style-type: none"> • Mejor establecimiento de redes sociales • Mejores relaciones con pares • Mayor empatía, menos matoneo (bullying) • Mayor conformidad con normas sociales • Menor delincuencia • Mayor madurez moral, asociada al comportamiento pro-social y comportamiento moral positivo
Académico	<ul style="list-style-type: none"> • Menores tasas de abandono escolar • Menor ausencia a clase • Más participación en actividades extra-curriculares • Logros académicos más altos • Mayor probabilidad de graduarse y realizar estudios superiores
Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Menor tasa de mortalidad en el primer año de vida • Mejor establecimiento de lactancia materna • Mejor salud a lo largo de la vida • Mayor adherencia a tratamientos en enfermedades crónicas durante la adolescencia • Mejor salud mental a lo largo de la vida • Menor consumo de sustancias y conductas adictivas • Menor tasa de embarazo adolescente

4.2. La Salud Mental Paterna en el Periodo Perinatal

Los estudios, cada vez más numerosos, sobre el padre y la implicación paterna, han empezado a señalar la importancia de la salud mental paterna como factor determinante en el tipo, la cantidad y la calidad de implicación, así como en el impacto que tiene sobre el desarrollo de los niños. A pesar de ello, aún se tiende a estudiar más el impacto de la salud mental materna en el desarrollo que aquel que tiene la salud mental del padre, a pesar de la evidencia suficiente explicando que el estado emocional de ambos progenitores influye en la calidad de las respuestas que se dan a las señales del recién nacido y en el estilo de crianza[181, 182].

La distribución de los trastornos mentales es diferente entre hombres y mujeres, entre hombres los más comunes y también más graves son: depresión, ansiedad, abuso de sustancias y alcohol, trastorno bipolar y esquizofrenia. Por lo general se manifiestan entre los 18 y los 35 años, un rango de edad que suele coincidir con el inicio de la paternidad.

Los cambios que surgen con la neo-paternidad generan una crisis adaptativa que se caracteriza, según Chin, Daiches y Hall[183] por tres fases: (1) reacciones emocionales, en la que pueden aparecer sentimientos de desapego, sorpresa y confusión; (2) identificación del rol como padre, en la que se inician procesos orientados a la apropiación de nuevas rutinas y responsabilidades y (3) redefinición del sí mismo y del propio lugar en la relación de pareja, la nueva familia y las estructuras sociales.

Al igual que en las mujeres, este proceso de transición, suele resolverse sin mayores dificultades, no obstante, la emoción de convertirse en padres va acompañada por una serie de eventos y exigencias tanto sociales, como familiares y personales, para las cuales muchos hombres dicen no sentirse preparados, llegando a sentirse desbordados y sin recursos para afrontarlas y con dificultades para saber cómo conciliar sus propias expectativas con aquellas de los demás, así como con las ideas de masculinidad que con frecuencia refuerzan ideas anticuadas sobre paternidad. Esta sensación de incapacidad y soledad suele estar asociada a un incremento de la ansiedad, disminución de la autoestima y una baja percepción de eficacia y valía

[154, 182, 184-186].

Un estudio realizado por Tohotoa y col.[186] señala al respecto, que para la mayoría de los hombres, ni la gestación ni el nacimiento en sí suelen ser detonantes de distrés psicológico, mientras que sí lo son el estado de la relación de pareja, el estilo emocional y la personalidad de la pareja, también las condiciones socio-económicas de la familia, especialmente el propio desempleo y antecedentes a nivel personal o familiar de trastornos mentales. No obstante, hay experiencias propias y únicas asociadas a esperar/tener un hijo, que pueden estar relacionadas con niveles elevados de estrés y que pueden ser desencadenantes de dificultades más complejas como son el cansancio extremo, problemas de salud en la pareja o en el recién nacido, traumas relacionados con partos difíciles y descalificación continua del padre por parte de su entorno[187-189].

Estudios realizados sobre percepciones paternas en el periodo perinatal recogen testimonios en los que la mayoría de los padres se sienten confundidos respecto a lo que se espera de ellos durante el embarazo, muestran desconcierto por los cambios en la relación con su pareja y sienten también que sus roles respecto del bebé son poco claros; dicen con frecuencia que la percepción de sí mismos (self) se siente amenazada y perciben negativamente los cambios experimentados, en especial el distanciamiento de su pareja. Sienten, con frecuencia, que los servicios clínicos y educativos los dejan de lado, sintiendo incluso que en contextos sociales dedicados a la preparación y formación parental, como pueden ser las clases de preparación al parto, las visitas de seguimiento al embarazo y los primeros días posparto, son presionados a descuidar su propio soporte personal a favor de su compañera[150, 156, 185].

De manera semejante a las mujeres, los hombres tienen un riesgo aumentado de desarrollar un trastorno mental durante el periodo de la gestación y en el primer año de vida de un hijo, no obstante la manera en la que los padres y las madres perciben y externalizan el malestar emocional es diferente y las oportunidades para detectar dichas dificultades e intervenir son menores en los hombres, puesto que no sólo hay prejuicios sobre la salud mental en general, sino también porque la atención en el periodo

perinatal suele centrarse en la madre y el niño antes que en los futuros o nuevos padres[131, 155, 181, 190, 191].

Algunos de los síntomas que presentan los hombres, al igual que sucede en la depresión perinatal materna, suelen normalizarse como parte de la nueva situación familiar, como pueden ser las alteraciones del sueño, los cambios en el apetito y la falta de atención, así mismo pueden presentar síntomas semejantes a los de ellas como aislamiento y tristeza, sin embargo también hay estudios que señalan que en los hombres hay algunas manifestaciones de la depresión y la ansiedad, que rara vez se observan en las mujeres como son el distanciamiento de la pareja y evitación en la participación de tareas de cuidado del recién nacido, exceso de actividades fuera del hogar (ej. trabajo compulsivo, prácticas deportivas, etc.), así como tasas más elevadas en el abuso de sustancias (tabaco, alcohol, drogas), niveles más elevados de agresión paterna, violencia de género y abandono del hogar[192].

A lo largo de las últimas dos décadas, ha aparecido cada vez más evidencia del riesgo paterno de presentar sintomatología asociada especialmente a ansiedad y depresión perinatal. Datos de los últimos 15 años, indican que entre un 8% y un 12% de hombres tanto a nivel prenatal, como posnatal pueden presentar cuadros depresivos asociados a la paternidad y la depresión posparto paterna empieza a estar cada vez mejor descrita y tipificada, observándose que el periodo de mayor riesgo para su aparición está entre el tercer y sexto mes de vida del recién nacido[191-196].

La no detección y atención adecuada de la depresión paterna tiene impacto sobre el desarrollo, incluso desde etapas muy tempranas y hasta la edad adulta. La depresión paterna detectada en la 8 semana posparto, puede ser equivalente a duplicar el riesgo de problemas emocionales y comportamentales en los niños a los 3 años y medio, independientemente del estado de ánimo de la madre; en los primeros años, la depresión paterna parece estar asociada con un incremento en el llanto del bebé y una mayor dificultad para consolarlo, así como con hiperactividad y retrasos en el lenguaje antes de los 6 años; en los años siguientes, los estudios sugieren que existe una asociación entre problemas de conducta, dificultades

escolares, pobres habilidades sociales y en la resolución de conflictos, así como dificultades a nivel psicológico especialmente en lo que se refiere a procesos de internalización y externalización. Algunos autores señalan, que los trastornos mentales paternos, especialmente la depresión, están relacionados también con un riesgo más elevado de presentar trastornos psiquiátricos específicos en la infancia y la adolescencia, y en las hijas el riesgo se incrementa en la edad adulta[154, 197-201].

La asociación entre síntomas depresivos en uno de los miembros de la pareja y resultados adversos en el desarrollo infantil, puede potenciarse cuando también el otro miembro presenta sintomatología del mismo u otro trastorno mental, amplificando las dificultades propias de la crianza y eliminando el efecto barrera que podría haber ejercido un padre o una madre no deprimidos. Se ha observado que en casos de depresión posparto materna, los padres no sólo tienen un mayor riesgo de presentar también ellos una depresión, sino que además tienen niveles elevados de estrés parental que se reflejan en interacciones menos adecuadas con el recién nacido, demostrando que no necesariamente, los padres son capaces de compensar los efectos negativos de la depresión materna en el niño[191, 198, 202].

Así como la implicación paterna está asociada a la calidad de la relación de pareja, algunas investigaciones señalan que los padres parecen crear una sintonía con los estados emocionales de sus parejas, por lo que el riesgo de depresión perinatal en ellos puede ser mayor cuando la mujer presenta síntomas, observándose tasas significativas de depresión (hasta 50 % en algunos estudios) entre esposos de mujeres que presentaban una depresión posparto. Hallazgos de Matthey y col.[131] sugieren que si el hombre cumple los criterios diagnósticos para un trastorno de ansiedad en el periodo perinatal, es probable que sus parejas tengan el doble de posibilidades de cumplir también con los criterios para el diagnóstico de un trastorno de ansiedad o depresión.

La ansiedad perinatal, especialmente en los padres, ha sido menos estudiada que la depresión. En comparación con las madres, los padres parecen presentar niveles de ansiedad menos elevados, pero la correlación

con la depresión está presente y al igual que en las mujeres los dos trastornos pueden presentarse de forma co-mórbida, evidenciándose que en el periodo posnatal niveles elevados de ansiedad y de estrés son los predictores más fuertes de síntomas elevados de depresión en los hombres. En relación con el impacto que la ansiedad paterna tiene sobre los niños, los estudios señalan que ésta tiene más peso que la ansiedad materna en el comportamiento ansioso infantil y que en situaciones en las que esta alcanza picos muy elevados o cuando está asociada al síndrome de estrés postraumático, el riesgo de que los hijos desarrollen trastornos de ansiedad en la adolescencia y la edad adulta, se duplica[116, 186, 197, 201, 203].

Actualmente una de las dificultades más grandes en el abordaje de la salud mental paterna sigue estando asociada a la forma en que socialmente se mira a los hombres y la forma en que ellos mismos funcionan. Por lo general, sus redes sociales son más dispersas y suelen apoyarse en sus parejas, especialmente en la etapa perinatal, no sólo por los aspectos mencionados anteriormente, sino también por la falta de roles de referencia para ejercer una paternidad positiva y la dificultad para acceder a ellos, pues justamente en los primeros años, suelen asumir la carga laboral y económica de la familia, por lo que su participación en otros ámbitos, que ofrecen apoyo a la crianza es escasa. Los hombres jóvenes, probablemente debido a la falta de modelos, suelen tener una visión más idealizada de la gestación, el parto y la paternidad en comparación con las mujeres de su misma edad, por lo que el choque con la realidad, en el momento de convertirse en padres tiende a desestabilizarles también más y suelen mostrarse más resistentes a buscar ayuda para resolver dificultades emocionales recurriendo con frecuencia a estrategias poco adaptativas[181].

4.3. El padre en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal

El ajuste a la paternidad, como se ha señalado previamente, está asociado a distintas variables en distintos momentos del proceso, no obstante, la experiencia puede ser radicalmente distinta para padres con niños sanos

y nacidos a término que para padres cuyos hijos nacen prematuros o en condiciones de salud adversas y requieren una hospitalización neonatal[204].

La hospitalización de un recién nacido, como se señaló en el capítulo tres, representa una fuente importante de angustia para los nuevos padres. Aún si también en este ámbito, la mayor parte de los estudios se han centrado en la madre y durante varios años se observaba una tendencia a igualar o creer que las reacciones paternas eran semejantes a las maternas, en los estudios más recientes, que intentan incluir muestras pares o que se hacen únicamente con padres, se empieza a hacer evidente que son diferentes, y que contrario a las madres, los padres tienden a ignorar sus propias necesidades, ocultar su estrés y a activar sistemas de bloqueo de sus propias emociones, en el intento de proteger a sus parejas y estar más disponibles para el recién nacido[184, 205, 206].

Los padres, especialmente en las primeras horas y los primeros días de ingreso, se convierten en la figura de referencia, son ellos quienes reciben la primera información médica, tanto sobre el estado del recién nacido, como de la madre, tienen la responsabilidad de realizar trámites administrativos relacionados con la hospitalización, son los encargados de transmitir la información sobre la salud del recién nacido a sus parejas y en ocasiones a otros familiares, suelen ser los primeros a los que el equipo de neonatología informa sobre el funcionamiento y normativa de la unidad, así como suelen ser los primeros en ver y estar con el recién nacido hospitalizado. La inesperada situación y la cantidad de roles y responsabilidades que recaen sobre el padre en esos primeros momentos suelen estar acompañados de un nivel elevado de estrés, que pocas veces es tenido en consideración[189].

Para el padre, las visitas a la UCIN, donde el recién nacido suele estar en riesgo y puede permanecer por un largo periodo de tiempo, así como la percepción de que la mujer está en una situación de extrema vulnerabilidad, en ocasiones agravada por una condición de mala salud, generan una sensación de ambivalencia entre la necesidad de ser fuertes y sostener la situación y el miedo asociado una sensación de impotencia frente a las circunstancias que debe afrontar. Estudios realizados sobre el padre en la UCIN, muestran que para ellos, las principales fuentes de

estrés, además de las demandas prácticas como son resolver procedimientos administrativos o hacerse cargo de otros hijos, son las dificultades en entender y gestionar sus propias emociones mientras intentan ser un apoyo para sus parejas y el desafío que les supone establecer una relación con su recién nacido mientras se reconocen en el rol paterno[129, 207, 208].

Aún si en muchas unidades de cuidado neonatal, se sigue dando a los padres un lugar secundario, y en algunos países incluso, su acceso está aún restringido, estudios centrados en los factores que favorecen un mejor neuro-desarrollo, ponen de manifiesto, que el padre es una figura clave para los bebés hospitalizados, especialmente en situaciones en las que la madre no puede estar presente. Se ha observado, que entre más pronto los padres sostienen en brazos a sus hijos prematuros y hacen canguro con ellos, más rápidamente son capaces de expresar emociones asociadas a la paternidad y distanciarse de las funciones mecánicas e instrumentales en las que suelen moverse en los primeros momentos tras la hospitalización. Cuando los padres tienen la posibilidad de participar de los cuidados de sus recién nacidos hospitalizados en la misma medida que las madres, la frecuencia de las visitas y el tiempo que permanecen en la UCIN se alargan, siendo estos dos elementos, predictores del nivel de implicación paterna posterior, del tipo de relación que se establecerá con el niño y de la calidad del desarrollo infantil[209].

Un estudio realizado por Gross y col.[142] en Estados Unidos, pone en evidencia la importancia de la presencia paterna en el desarrollo del recién nacido prematuro, señalando que en su muestra, el 52 % de los niños prematuros cuyos padres estaban casados tuvieron resultados óptimos a nivel escolar a los 10 años, y solo el 9 % necesito educación especial, mientras que entre los niños cuyo padre estaba ausente o eran hijos de madres solteras, solo el 18 % tuvo resultados escolares óptimos y el 26 % requirió educación especial. Entre los niños nacidos a término no había relación alguna entre estos factores parentales y los resultados académicos a los 10 años. Observó también, que los niños prematuros que mantuvieron un contacto consistente con ambos padres biológicos, incluso en aquellos casos en los que éstos vivían separados, tenían tres veces más posibilidades

de estar en el grado escolar que por edad les correspondía, que aquellos que tenían contacto regular con uno solo de los progenitores.

Las estrategias de afrontamiento que usan los padres durante el tiempo que sus hijos están hospitalizados en la UCIN, están relacionadas principalmente con la percepción de control/no control de la situación. Cuando las emociones que prevalecen son preocupación, estrés e impotencia y las sensaciones de apoyo, seguridad y felicidad son bajas, el resultado es una percepción de no control que por lo general se traduce en una baja implicación, mayor desconfianza hacia el equipo sanitario y poca presencia en la unidad[210].

En los padres con recién nacidos hospitalizados, esa sensación de no control parece estar asociada con la aparición de síntomas depresivos y de ansiedad, que en comparación con padres de niños sanos puede llegar a ser incluso el doble, dependiendo de la cantidad y calidad de apoyo y contención que recibe del sistema sanitario y de su red social para gestionar la experiencia[184, 211].

Trabajos relacionados con la importancia de los Cuidados Centrados en la Familia, coinciden en señalar que el estilo y la cantidad de información que se ofrece a los padres puede ser un factor protector que disminuye el estrés asociado a la percepción de no control. A diferencia de las madres, los padres parecen necesitar un sostén más explícito en el que se les invite y anime a visitar al recién nacido, a tocarle, a participar en los cuidados con el fin de favorecer el establecimiento del vínculo y del rol paterno[212].

II |

HIPÓTESIS y OBJETIVOS

5 |

Hipótesis y Objetivos

5.1. Hipótesis

- H1. Los padres de recién nacidos hospitalizados presentan un riesgo mayor de ansiedad y depresión que los padres de niños sanos nacidos a término.
- H2. Al comparar a padres y madres en la UCIN, las madres tienen un riesgo mayor de presentar síntomas de depresión y los padres tienen un riesgo igual o mayor de presentar síntomas de ansiedad, en el curso de las primeras tres semanas posparto.
- H3. En padres y en madres, el estrés asociado a la hospitalización de un recién nacido supone un riesgo elevado de presentar síntomas de ansiedad y depresión independientemente de la edad gestacional y el motivo de ingreso.
- H4. Los padres con recién nacidos hospitalizados perciben que el apoyo que reciben por parte del equipo sanitario y las oportunidades de participar en el cuidado de sus hijos, son menores con respecto a sus parejas.

5.2. Objetivos del Estudio

5.2.1. Objetivo principal

El objetivo principal de este estudio es explorar la respuesta emocional del padre cuando su recién nacido debe ser ingresado y permanecer hospitalizado en la Unidad de Cuidado Neonatal, inmediatamente después de su nacimiento.

5.2.2. Objetivos secundarios

1. Comparar la presencia de síntomas de ansiedad y de depresión en padres de recién nacidos hospitalizados con padres de niños sanos nacidos a término, durante los primeros tres días después del nacimiento y al cabo de tres semanas.
2. Determinar si hay una diferencia significativa en las respuestas de ansiedad y depresión entre padres y madres con recién nacidos ingresados en la unidad neonatal durante los tres primeros días de ingreso hospitalario y al cabo de tres semanas.
3. Explorar la asociación entre el estrés parental en la UCIN, las variables sociales, demográficas, los antecedentes de salud y las variables obstétricas, con la presencia de síntomas de depresión y ansiedad en padres y madres cuyos recién nacidos son hospitalizados al nacer.
4. Describir la percepción de apoyo y posibilidad de participar activamente en el cuidado del recién dentro de la unidad neonatal que tienen los padres que han tenido a sus recién nacidos ingresados en la unidad neonatal.

III |

MÉTODO

6 |

Metodología

6.1. Diseño

Para responder a los objetivos planteados, se llevó a cabo un estudio con diseño prospectivo y longitudinal, utilizando una combinación de métodos cualitativos y cuantitativos, por lo que se realizó una entrevista semi-estructurada para recoger percepciones paternas y se utilizaron escalas de cribado estandarizadas, que permitieron identificar el riesgo de ansiedad y depresión paterna en el curso del primer mes posparto. En el estudio se compara el riesgo de ansiedad y depresión entre un grupo de estudio y un grupo control, con una muestra recogida de forma consecutiva en el Hospital Clinic de Barcelona entre enero de 2016 y abril de 2017.

La Maternitat del Hospital Clínic de Barcelona es un centro público de III nivel, que atiende población de toda la provincia a través del Servei Català de la Salut, además de su área geográfica de influencia, actualmente es considerado un referente en salud materno fetal a nivel nacional. En el año 2016, cuando se inició la recolección de datos para este estudio, el hospital contaba con una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de nivel IIIB, que no realizaba cirugía neonatal y que contaba con 27 incubadoras, de las cuales 7 estaban destinadas a Cuidados Intensivos.

Durante el año 2016 el número de partos atendidos en la Maternitat fue 3120 con un total de 3235 recién nacidos vivos y en el 2017 se atendieron 3036 partos con un total de 3168 recién nacidos vivos. En 2016 el número

de recién nacidos ingresados en la unidad de cuidados neonatales fue 455 y en el 2017 el total de ingresos neonatales fue 463, con una estancia media de 14.4 días en el 2016 y de 15.3 días en el 2017[42, 213, 214].(Figura 6.1)

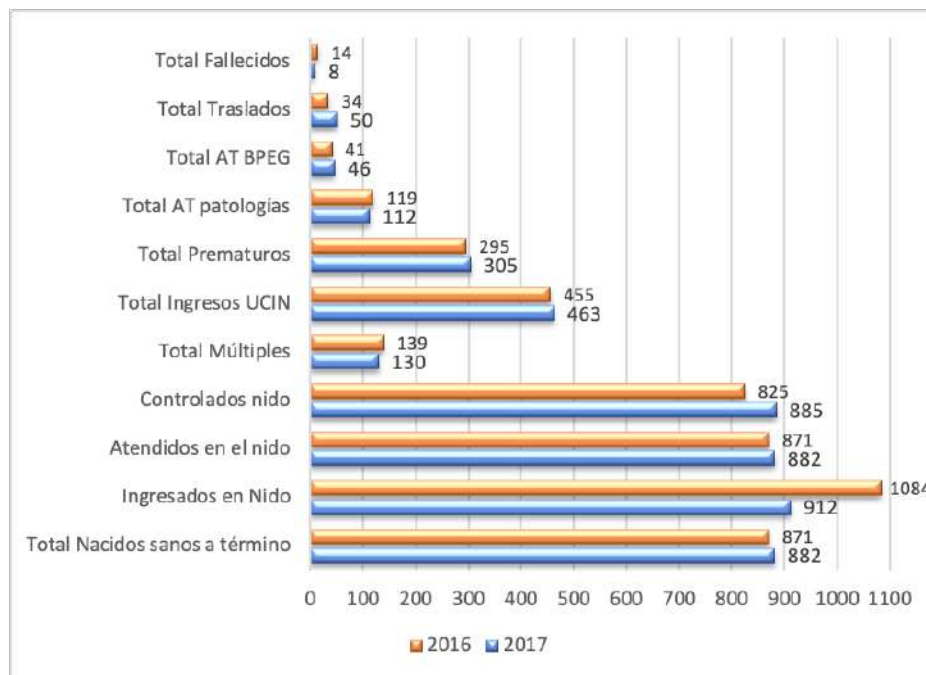


Figura 6.1: Atención al Recién Nacido en el H. Clinic durante el periodo del estudio

6.2. Participantes

Los padres y madres fueron contactados en los primeros tres días después del parto y se les invitó a participar en el estudio. El primer contacto con los padres del grupo control se realizaba en la habitación de la planta de maternidad en la que estaban ingresadas las mujeres tras dar a luz. Los padres del grupo estudio, eran invitados a participar cuando visitaban a sus hijos en la unidad neonatal y una vez que el equipo médico y de enfermería les había informado sobre el estado del recién nacido.

Como criterios de inclusión en el estudio, los participantes, independientemente del grupo (estudio o control):

- Tenían un nivel de comprensión y expresión adecuado en idioma castellano.
- Eran mayores de 18 años.
- Firmaron un consentimiento informado para participar en el estudio.

El criterio de inclusión específico para el grupo de estudio era:

- Ser padres de un recién nacido (o recién nacidos en caso de parto múltiple) ingresado en la unidad de cuidado neonatal inmediatamente después del parto.
- Que el equipo médico previera un ingreso mínimo de 15 días.

El criterio de inclusión específico para el grupo Control era:

- Ser padres de un recién nacido sano y a término (37-42 semanas de gestación) que no requiriera hospitalización.

Los criterios de exclusión para ambos grupos eran:

- Ausencia del padre.
- Padres de niños nacidos en otro centro hospitalario.
- Traslado a otro centro hospitalario.
- Fallecimiento del recién nacido o de uno de los recién nacidos en caso de múltiples.

Un total de 119 parejas aceptó participar en el estudio. La muestra final estaba conformada por 51 parejas de padre y madre en el grupo estudio y 33 parejas de padre y madre en el grupo control. El siguiente diagrama de flujo, resume el proceso de reclutamiento y pérdida de muestra durante el estudio. (Figura 6.2)

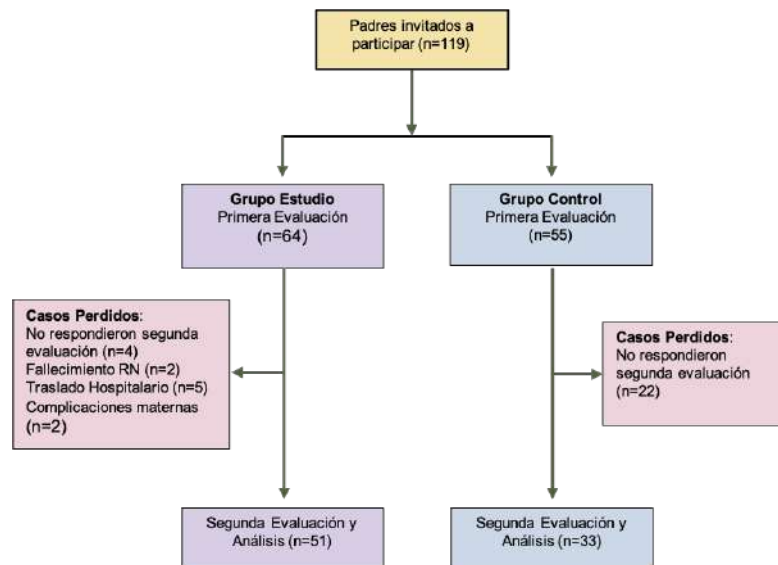


Figura 6.2: Diagrama de flujo sobre reclutamiento de la muestra

6.3. Procedimiento

El estudio fue realizado siguiendo la normativa establecida en la declaración de Helsinki, fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital y se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes, quienes fueron informados sobre el objetivo, el contexto y el procedimiento de la investigación. (Anexos B)

Tanto a los padres como a las madres, se les pedía que completaran de manera independiente las escalas de auto-informe, que una vez hechas eran entregadas en sobre cerrado a las enfermeras, que las hacían llegar a la investigadora o las depositaban en un buzón destinado únicamente a ese fin, tanto en la planta de maternidad como en la unidad de neonatología. En los primeros tres días y antes de que dieran el alta a la madre, la investigadora acordaba con las parejas un horario y realizaba una entrevista semi-estructurada para recoger información social y demográfica, sobre la relación de pareja y antecedentes de salud. En el grupo control, dicha entrevista se realizaba en la habitación asignada a la madre en la planta de maternidad, mientras que en el grupo de estudio se acordaba el espacio

y el momento ajustándose a los horarios de cuidado del recién nacido en la unidad.

Los participantes debían completar las escalas una segunda vez al cabo de 15-20 días (2-3 semanas). A los padres del grupo control, en el momento de la entrevista y antes de dejar el hospital, se les entregaban las copias de las escalas, se les explicaba una vez más cómo y cuándo debían completarlas y se les entregaba un sobre franqueado, para que las devolvieran por correo. A las dos semanas tras el alta eran contactados telefónicamente para recordarles que completaran y enviaran los cuestionarios.

Los padres del grupo estudio, eran contactados en la unidad mientras estaban con sus bebés y se les entregaban los cuestionarios en un sobre para que los contestaran. Una vez completos podían entregar el sobre sellado a las enfermeras o depositarlo en un buzón instalado para tal fin.

Para el estudio cualitativo, se realizó una entrevista a los padres de los bebés hospitalizados en la unidad neonatal a lo largo del ingreso, la cual se llevaba a cabo tras acordar con ellos un día y un horario en el que pudieran disponer de tiempo para ésta.

Al cabo de 10 días tras el alta, los padres y madres del grupo estudio, completaban on-line un cuestionario sobre la percepción que tenían de su experiencia y el apoyo recibido en la unidad neonatal. Para tal fin, a cada miembro de la pareja se le enviaba por correo electrónico un enlace único y específico que le redirigía a las encuestas y que quedaba asociado al código del participante al sistematizar los datos. La Figura 6.3 resume el procedimiento.

6.4. Instrumentos

Depresión

El riesgo de depresión posparto fue evaluado con la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo–EPDS[215, 216] en la versión validada para población española[217]. El EPDS es un cuestionario de auto-informe, que consta de 10 preguntas y se administra como herramienta de cribado para



Figura 6.3: Procedimiento para la recolección de datos

identificar síntomas de depresión en el periodo perinatal. Cada una de las afirmaciones que lo componen se puntúa en una escala de Likert de 4 puntos y se obtienen puntuaciones totales que van de los 0 a los 30 puntos. La escala EPDS, tiene una alta fiabilidad (Cronbach $\alpha=.87$) y sensibilidad (95 %)[218] y aunque fue diseñada para población femenina, ha sido validada en padres con población de habla inglesa[203, 219, 220]. Puesto que no hay una puntuación de corte establecida para hombres de habla hispana y no hay un consenso en los estudios en los que hasta el momento ha sido utilizada con dicha población, en este trabajo los análisis se han llevado a cabo con puntuaciones totales. La fiabilidad de la escala en este estudio tanto para padres como para madres en los dos momentos de evaluación fue de .75 (α de Cronbach).

Ansiedad

El riesgo de ansiedad fue medido con el Inventario Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)[221]. El STAI es un cuestionario de auto-informe que cuenta con 40 preguntas, 20 de ellas evalúan el nivel de ansiedad asociado a una condición temporal (Estado) y los otros 20 el asociado a rasgos de personalidad (Rasgo), cada uno de los ítems se puntúa en una escala de Likert que va de 1=casi nunca a 4=casi siempre, en la que puntuaciones más altas indican niveles más elevados de ansiedad. El STAI fue adaptado al castellano en 1982 y sus cualidades psicométricas se revisaron en el 2011 mostrando una buena consistencia interna obteniendo un α de Cronbach=.90 para la ansiedad Estado y α =.94 para la ansiedad Rasgo [221, 222].

Para este trabajo se utilizaron las puntuaciones correspondientes a la Ansiedad-Estado, puesto que interesaba conocer la respuesta a una situación específica, que era el nacimiento y el ingreso neonatal. La fiabilidad de la escala en este estudio, fue de α de Cronbach=.75 para las madres en los dos momentos de evaluación y α de Cronbach=.73 para los padres en la primera evaluación y .75 en la segunda. *Estrés*

Para evaluar el nivel de estrés percibido por los padres con recién nacidos ingresados en la unidad neonatal, se utilizó la Escala de Estrés Parental en Unidades de Cuidados Neonatales (PSS:NICU)[109]. El instrumento consta de 4 sub-escalas y una puntuación general, las sub-escalas o dimensiones son:(i) 'Imágenes y Sonidos'; (ii)'Aspecto y comportamiento del recién nacido';(iii) 'Rol parental' y (iv)'Comportamiento y comunicación con el personal sanitario'.¹

Cada una de ellas cuenta con una serie de afirmaciones en que se plantean o describen situaciones habituales para los padres con un hijo ingresado en la unidad neonatal y que deben calificarse de 1 a 5, indicando el nivel de estrés que generan, siendo 1=no ha sido estresante en absoluto

¹En el proceso de revisión del instrumento, los autores eliminaron esta última sub-escala dado que al menos dos tercios de los padres a quienes les había sido administrada la escala no habían experimentado lo que se planteaba en los ítems. Para este estudio decidimos conservarla, considerando que la información que podía ofrecer respecto a la experiencia paterna en la unidad podía verse enriquecida.

y 5=ha sido extremadamente estresante. En los casos en que la afirmación describa una situación que los padres no han vivido o que en su caso no se aplica, como puede ser “Ver tubos o aparatos puestos a mi bebé o cerca de él/ella”, los padres deben marcar la opción NA, correspondiente a No Aplica.

En cuanto a la puntuación, la PSS:NICU puede puntuarse de tres modos diferentes obteniendo tres métricas diferentes y que dependiendo de los análisis que quieran realizarse se toman en consideración. La métrica 1 se utiliza para analizar el nivel de ocurrencia del estrés y corresponde al nivel de estrés experimentado en relación a una situación particular, únicamente quienes han tenido la experiencia que describe el ítem reciben una puntuación; aquellos que no la han experimentado y marcan NA, se consideran como “perdidos”. La puntuación se calcula sacando el promedio para los ítems que fueron experimentados en cada sub-escala y para la escala total. En esta métrica, el denominador para obtener el promedio de cada sub-escala corresponde al total de ítems experimentados en ella.

La métrica 2 se utiliza para analizar el nivel total de estrés generado por el ambiente de la UCIN. A diferencia de la métrica anterior, en este caso a quienes no han tenido la experiencia que se propone en un determinado ítem se les asigna un “1”, equivalente a que no han tenido estrés. La puntuación se calcula promediando estas puntuaciones para cada sub-escala y para la escala en total. El denominador para obtener el promedio para cada sub-escala es el número total de ítems de ésta.

La métrica 3, corresponde al número de ítems experimentados por el progenitor en cada sub-escala y en la escala en total. Es la métrica menos utilizada para realizar análisis psicométricos, pero permite valorar la frecuencia con la que los padres experimentan unos u otros aspectos, entre los señalados por los distintos ítems, en la unidad de neonatología.

Los autores, han establecido que las distintas métricas pueden usarse a conveniencia, dependiendo de lo que se busca explorar. En este estudio se utilizan la métrica 1, de manera descriptiva buscando identificar qué aspectos de cada dimensión son los más importantes y la métrica 2 para identificar el nivel de estrés percibido por los padres en los distintos

momentos de evaluación.

Los coeficientes de fiabilidad para todas las sub-escalas han demostrado ser buenos (Cronbach $\alpha > .70$) y la consistencia interna de la escala total es de 124 (.94 y .89 para las métricas 1 y 2, respectivamente). Los resultados obtenidos por diversos estudios corroboran su fiabilidad, validez y consistencia interna, así como su utilidad como instrumento tanto en el ámbito clínico como en la investigación con madres y padres[208, 223, 224].
Información social, demográfica y complementaria

Para la recolección de los datos demográficos se realizó a todas las parejas participantes una entrevista semi-estructurada en la que se utilizaba como guía un cuestionario desarrollado por los autores, dicho cuestionario incluía además, preguntas orientadas a explorar la presencia de factores psicosociales estresantes que podrían estar asociados con los síntomas de depresión o de ansiedad como por ejemplo, la percepción de la relación de pareja, dificultades durante el embarazo, eventos significativos (enfermedades o accidentes), la percepción de presencia y calidad de la red de apoyo y expectativas parentales. (Anexo C)

La información relativa a salud materna y neonatal se recogió de la historia médica de los pacientes.

Adicionalmente, a los padres del grupo de estudio se les realizó una entrevista orientada a explorar la percepción que tenían de su experiencia como padres y al cabo de 10 días tras el alta, se les pidió que completaran un cuestionario orientado a describir sus experiencias y necesidades específicas. El cuestionario utilizado fue diseñado y aplicado en un estudio piloto en Alemania, con 111 padres, y con el permiso del autor fue traducido para este estudio [225]. Los ítems del cuestionario abordan aspectos relativos a la auto-percepción, actitudes parentales, confianza, presión emocional, satisfacción y auto-eficacia. La información está organizada en seis dimensiones: (i) fuentes de información; (ii) contacto con el recién nacido; (iii) percepción del rol parental como padre de un bebé hospitalizado en la UCIN; (iv) afrontamiento de la presión emocional, el miedo y las preocupaciones en la UCIN; (v) percepción y aceptación del apoyo ofrecido en la UCIN y (vi)

necesidades específicas de apoyo dirigidas al padre durante el periodo de hospitalización del recién nacido.

El cuestionario está estructurado en preguntas de cuatro tipos: (1) de respuesta cerrada tipo sí o no; (2) de selección múltiple, que le permiten a los participantes seleccionar una o más respuestas; (3) preguntas en las que se puntúa la respuesta según una escala Likert de cuatro puntos, con opciones que van desde “en total desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo” en los dos extremos y por último (4) preguntas abiertas (Anexo D).

6.5. Análisis de los Datos

Para realizar el tratamiento estadístico de los datos, se utilizaron el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences-IBM), versión 25 y el programa R studio, versión 3.

Tras comprobar que los datos seguían una distribución normal, las diferencias en las variables sociales, demográficas y clínicas entre el grupo de estudio y el grupo control, fueron analizadas mediante la prueba de Chi cuadrado.

Para analizar las diferencias entre los grupos de padres (estudio y control), se realizaron análisis de varianza multivariantes (MANOVA), para las variables dependientes ansiedad y depresión, usando el momento de evaluación como variable intra-sujetos y el grupo y las variables con diferencias estadísticamente significativas entre grupos, como variables inter-sujetos. Las variables significativas que se incluyeron eran aquellas que no estaban vinculadas de manera predecible con la prematuridad y el ingreso neonatal, y fueron introducidas en el modelo de MANOVA para controlar los factores de confusión.

Para comparar las respuestas de ansiedad y depresión entre padres y madres con recién nacidos hospitalizados, en primer lugar se analizó la normalidad de las variables mediante pruebas de Kolmogorov-Smirnov y se realizaron análisis de varianza multivariantes (MANOVA) con la variable

sexo de los padres como variable inter-sujetos y el momento de evaluación como variable intra-sujetos.

En el grupo de estudio, con una intención explicativa y descriptiva, se analizó la posible relación entre el estrés parental en la UCIN, las variables potencialmente asociadas (variables sociales, demográficas y de salud) y la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en los padres y en las madres, para ello se utilizaron la prueba T de Student, ANOVA unidireccional o correlación de Pearson (r), según el tipo de datos.

A continuación, se construyeron modelos lineares mixtos para evaluar si las variables sociales y demográficas, de salud y el estrés parental en la UCIN podían predecir de manera significativa los síntomas de ansiedad y depresión en padres y madres a los 3 y a los 15-20 días de ingreso neonatal y comparar si los síntomas de padres y madres respondían a las mismas variables de manera semejante. Los modelos mixtos se ajustaron para incluir como co-variables, sólo aquellas que fueron estadísticamente significativas ($<.05$) en los análisis bivariados realizados previamente (T de Student, ANOVA o correlación (r) de Pearson). Para el análisis de datos, se estudiaron los efectos principales y los efectos de interacción como efectos fijos, los sujetos se consideraron efectos aleatorios.

En el caso de gemelos, los datos utilizados para realizar los análisis fueron los del bebé con una condición clínica más grave o que había permanecido más tiempo hospitalizado en la UCIN. Se utilizó un error alfa de $p<.05$.

Para analizar la información obtenida tras el alta, referente a la percepción que los padres y las madres tenían sobre su experiencia en la Unidad Neonatal y el apoyo recibido, se realizó la prueba de Chi cuadrado y se describe con base a frecuencias y diferencias significativas entre padres y madres.

IV |

RESULTADOS

7 |

Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos en el presente estudio. En primer lugar se hará una descripción de las características sociales, demográficas y de antecedentes de salud de los participantes, y a continuación se describirán los resultados respondiendo a los objetivos planteados.

7.1. Descripción de la muestra

Todas las parejas participantes residían en Cataluña en el momento en que sus hijos nacieron y todos los partos fueron atendidos en el Hospital Clínic-Maternitat de Barcelona. A excepción de una, las parejas convivían, el 23.5 % con otros hijos y el 13.8 % compartía la vivienda con otros familiares. El 64.7 % de las parejas tenía mascota. El 76.5 % de los padres participantes era de nacionalidad española, para el 74.5 % este nacimiento era el primero y del 25.5 % que tenían más hijos un 5.9 % tenía hijos de relaciones previas a la actual.

El 77.5 % de las parejas señaló que el embarazo había sido buscado y en el 97.1 % de los casos el recién nacido había sido deseado, aún si el embarazo no había sido planificado.

El 43.1 % de las parejas había tenido gemelos y en caso de hospitalización, ambos habían sido ingresados en la unidad de cuidados neonatales.

De los participantes, el 6.9%(7) había tenido un hijo prematuro antes del nacimiento actual. Una de las parejas participantes había tenido previamente una pérdida gestacional posterior a la semana 20, y una había tenido una pérdida neonatal en el pasado. De las mujeres participantes el 12.7% tuvo alguna complicación en el parto y el 16.7% en el posparto.

De los participantes sólo el 11.8% había tenido algún tipo de contacto previo con una unidad neonatal.

En el grupo de estudio, comparando con el grupo control, el número de madres provenientes de Latinoamérica era más elevado [19.6% (10), $p=.02$], había un mayor número de partos gemelares [43.1% (22), $p=.01$], la patología materna gestacional era más frecuente [70.6% (36), $p=0.003$], más nacimientos fueron por cesárea [56.9% (29), $p=.04$] y la duración de la hospitalización materna fue significativamente más alta, con un 58.8% de madres hospitalizadas más de 6 días, en comparación con el 3.0% [$p<.001$] en el grupo control. De los sesenta y nueve recién nacidos ingresados en la UCIN, el 63.8% nació entre la semana 32 y 36 de edad gestacional, un 63.9% pesaba entre 1000g y 2000g y el 71% de ellos estuvo más de 3 semanas en la unidad neonatal, con una media de 31.2 días de ingreso hospitalario.

Como era de esperar, las variables significativamente distintas entre los dos grupos, eran aquellas relacionadas con factores obstétricos y neonatales, no se encontraron diferencias significativas para el resto de variables sociales, demográficas o médicas.

La información relativa a las características de los participantes, tanto en el grupo de estudio, como en el grupo control, así como los antecedentes obstétricos y perinatales se describen en las Tablas 7.1, 7.2 y 7.3, 7.4, 7.5.

Tabla 7.1: Descripción de los padres

Variable	Categoría	Estudio		Control		$X^2 (gl)$
		N=51		N=33		
		n	%	n	%	
Origen	España	41	80.4%	30	90.9%	3.53(3)
	Latinoamérica	7	13.7%	1	3.0%	

Continúa en la página siguiente

Tabla 7.1 Descripción de los padres (cont.)

Variable	Categoría	Estudio		Control		X^2 (gl)
		N=51		N=33		
		n	%	n	%	
Edad	Europa	2	3.9 %	2	6.1 %	6.98(5)
	Asia	1	2.0 %	0	0.0 %	
	20-25	1	2.0 %	0	0.0 %	
	25-30	4	7.8 %	3	9.1 %	
	30-35	12	23.5 %	15	45.5 %	
	35-40	19	37.3 %	10	30.3 %	
	40-45	11	21.6 %	5	15.2 %	
> 45	4	7.8 %	0	0.0 %		
Educación	Primaria	0	0.0 %	1	3.0 %	2.57(5)
	Secundaria	6	11.8 %	4	12.1 %	
	Profesional	19	37.3 %	10	30.3 %	
	Superior	26	51.0 %	18	54.5 %	
Ocupación	Hogar	1	2.0 %	0	0.0 %	5.14(4)
	Tiempo parcial	3	5.9 %	4	12.1 %	
	Tiempo completo	36	70.6 %	27	81.8 %	
	Autónomo	10	19.6 %	2	6.1 %	
	Desempleado	1	2.0 %	0	0.0 %	
Antecedentes Salud	Ninguno	22	43.1 %	19	57.6 %	2.20(2)
	Personales	20	39.2 %	8	24.2 %	
	Familiares	9	17.6 %	6	18.2 %	
Antecedentes Salud mental	Ninguno	35	68.6 %	29	87.9 %	4.63(2)
	Personales	8	15.7 %	1	3.0 %	
	Familiares	8	15.7 %	3	9.1 %	
Diagnóstico Infertilidad	No	44	86.3 %	31	93.3 %	1.23(1)
	Sí	7	13.7 %	2	6.1 %	
Paridad	Primer hijo	38	74,5 %	21	63.3 %	1.13(1)
	Hijos anteriores	13	25,5 %	12	36.4 %	
Relación Pareja	Estable	30	58.8 %	28	84.8 %	7.60(3)
	Altibajos	18	35.3 %	3	9.1 %	
	Peleas Frecuentes	2	3.9 %	2	3.0 %	
	Riesgo ruptura	1	2.0 %	1	3.0 %	
Red Apoyo	No	5	9.8 %	8	24.2 %	3.19(1)
	Sí	46	90.2 %	25	75.8 %	

Tabla 7.2: Descripción de las madres

Variable	Categoría	Estudio N=51		Control N=33		$X^2 (gl)$
		n	%	n	%	
Origen	España	37	72.5 %	29	87.9 %	10.80 (4)*
	Latinoamérica	10	19.6 %	0	0.0 %	
	Africa	1	2.0 %	0	0.0 %	
	Europa	3	5.9 %	2	6.1 %	
	Asia	0	0.0 %	2	6.1 %	
Edad	20-25	1	2.0 %	0	0.0 %	7.80 (4)
	25-30	7	13.7 %	4	12.1 %	
	30-35	16	31.4 %	20	60.6 %	
	35-40	20	39.2 %	7	21.2 %	
	40-45	7	13.7 %	2	6.1 %	
Educación	Secundaria	6	11.8 %	2	6.1 %	0.76 (2)
	Profesional	9	17.6 %	6	18.2 %	
	Superior	36	70.6 %	25	75.8 %	
Ocupación	Hogar	4	7.8 %	2	6.1 %	9.06 (4)
	Tiempo parcial	8	15.7 %	4	12.1 %	
	Tiempo completo	28	54.9 %	25	75.8 %	
	Autónoma	1	2.0 %	2	6.1 %	
	Sin empleo	10	19.6 %	0	0.0 %	
Antecedentes Salud	Ninguno	16	31.4 %	17	51.5 %	4.90 (2)
	Personales	26	51.0 %	9	27.3 %	
	Familiares	9	17.6 %	7	21.2 %	
Antecedentes Salud Mental	Ninguno	34	66.7 %	21	63.6 %	0.20 (2)
	Personales	6	11.8 %	5	15.2 %	
	Familiares	11	21.6 %	7	21.2 %	
Diagnóstico Infertilidad	No	35	68.6 %	28	84.8 %	2.81 (1)
	Sí	16	31.4 %	5	15.2 %	
Relación Pareja	Estable	33	64.7 %	23	69.7 %	1.11 (3)
	Altibajos	15	29.4 %	8	24.2 %	
	Peleas frecuentes	2	3.9 %	2	6.1 %	
	Riesgo ruptura	1	2.0 %	0	0.0 %	
Paridad	Primer hijo	38	74.5 %	20	60.6 %	1.81 (1)
	Más hijos	13	25.5 %	13	39.4 %	
Red Apoyo	No	4	7.8 %	6	18.2 %	2.04 (1)

Continúa en la página siguiente

Tabla 7.2 Descripción de las madres (cont.)

Variable	Categoría	Estudio		Control		$X^2 (gl)$
		N=51		N=33		
		n	%	n	%	
	Sí	47	92.2 %	27	81.8 %	

* $p < 0.05$

Tabla 7.3: Caracterización familias

Variable	Categoría	Estudio		Control		$X^2 (gl)$
		N=51		N=33		
		n	%	n	%	
Duración de la pareja	<5 años	9	17.6 %	4	12.1 %	0.50(2)
	5-10 años	15	29.4 %	11	33.3 %	
	>10 años	27	52.9 %	18	54.5 %	
Conviven	Solo ellos	32	62.7 %	18	54.5 %	4.95(4)
	Otros hijos	12	23.5 %	12	36.4 %	
	Familia extensa	4	7.8 %	0	0.0 %	
	Familia+Hijos	2	3.9 %	1	3.0 %	
	Otros	1	2.0 %	2	6.1 %	
Ingreso familiar	Desempleados	2	3.9 %	0	0.0 %	7.07(3)
	Trabaja padre	11	21.6 %	2	6.1 %	
	Trabaja madre	2	3.9 %	0	0.0 %	
	Ambos trabajan	36	70.6 %	31	93.9 %	

* $p < 0.05$

Tabla 7.4: Antecedentes Obstétricos

Variable	Categoría	Estudio		Control		$X^2(gl)$
		N=51		Control N=33		
		n	%	n	%	
GRA	No	32	62.7 %	27	81.8 %	3.48(1)
	Sí	19	37.3 %	6	18.2 %	
GM	No	29	56.9 %	30	90.9 %	11.11(1)**
	Sí	22	43.1 %	3	9.1 %	
PMG	No	15	29.4 %	21	63.6 %	9.58(1)**
	Sí	36	70.6 %	12	36.4 %	
DP	No	13	25.5 %	21	63.6 %	12.10(1)**
	Si	38	74.5 %	12	36.4 %	
IP	Espontáneo	29	56.9 %	18	54.5 %	4.97(2)
	Programado	14	27.5 %	4	12.1 %	
	Urgente	8	15.7 %	11	33.3 %	
TP	Vaginal	23	45.1 %	22	66.7 %	4.44 (1)*
	Cesárea	28	54.9 %	11	33.3 %	
HM	<48h	8	15.7 %	14	42.4 %	27.11(3)***
	3-5 días	13	25.5 %	18	54.5 %	
	6-10 días	13	25.5 %	1	3.0 %	
	>10 días	17	33.3 %	0	0 %	

Nota: GRA=Gestación por reproducción asistida; GM=Gestación múltiple; PMG=Patología materna gestacional; DP=Diagnóstico prenatal; CG=Control gestacional; IP=Inicio del parto; TP=Tipo de parto; SG=Semanas de gestación;HM=Hospitalización materna

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Tabla 7.5: Descripción de los Recién Nacidos

Variable	Categoría	Estudio		Control		$X^2 (gl)$
		N=69		N=36		
		n	%	n	%	
Sexo	Hombre	39	56.5 %	21	58.3 %	0.03(1)
	Mujer	30	43.5 %	15	41.7 %	
Peso al nacer	<800g	3	4.3 %	0	0.0 %	83.72(7)***
	801-1000g	7	10.1 %	0	0.0 %	
	1001-1500g	23	33.3 %	0	0.0 %	
	1501-2000g	28	40.6 %	0	0.0 %	
	2001-2500g	4	5.8 %	2	5.6 %	
	2501-3000g	1	1.4 %	10	27.8 %	
	3001-3500g	3	4.3 %	17	47.2 %	
	>3500g	0	0.0 %	7	19.4 %	
Edad Gestacional	<28sg	6	8.7 %	0	0.0 %	98.34(5)***
28-32sg	17	24.6 %	0	0.0 %		
32-36sg	44	63.8 %	0	0.0 %		
36-38sg	2	2.9 %	6	16.7 %		
38-40sg	0	0.0 %	17	47.2 %		
40-42sg	0	0.0 %	13	36.1 %		
Ingreso neonatal en	UCIN	41	80.4 %	0	0.0 %	84.00(3)***
	Semi UCI	7	13.7 %	0	0.0 %	
	Intermedios	3	5.9 %	0	0.0 %	
	No ingreso	0	0.0 %	33	100.0 %	
Tiempo Ingreso	No requiere	0	0.00 %	36	100.0 %	105.00(5)***
	15 días	13	18.8 %	0	0.0 %	
	2-3 semanas	6	8.7 %	0	0.0 %	
	3-4 semanas	19	27.5 %	0	0.0 %	
	1-2 meses	25	36,2 %	0	0.0 %	
	>2 meses	6	8,7 %	0	0.0 %	

*p<0.05; **p<0.01;***p<0.001

7.2. Presencia de síntomas de ansiedad y depresión en padres del grupo estudio y padres del grupo control

Al comparar los síntomas de ansiedad y depresión entre los padres con recién nacidos en la Unidad Neonatal y los padres con niños sanos que no requirieron hospitalización, se observó que las puntuaciones en los síntomas de depresión disminuyeron significativamente entre el primer y segundo momento de evaluación en el grupo de estudio, mientras que se elevaron ligeramente en el grupo control y que las puntuaciones en los síntomas de ansiedad disminuyeron significativamente en los dos grupos, manteniéndose siempre más elevados en los padres con recién nacidos hospitalizados.

El análisis multivariante MANOVA, que se realizó con las dos variables dependientes (EPDS y STAI-Estado) y que incluía las siguientes variables de confusión: tipo de parto, patología materna en la gestación, duración de la hospitalización materna, gestación múltiple y diagnóstico prenatal relativo al bienestar del recién nacido, reveló un efecto principal significativo para la variable grupo -control o estudio- [$F(2, 78)=7.10, p=.001; \eta^2$ parcial=.15] y para momento de evaluación [$F(2, 78)=5.85, p=.004; \eta^2$ parcial=.13] y para grupo x momento de evaluación [$F(1, 78)=3.38, p=.03; \eta^2$ parcial=.08]. Dichos resultados sugieren que las puntuaciones globales para ansiedad y para depresión son más elevadas en el grupo estudio que en el grupo control, y que incluso si tienden a disminuir en ambos grupos al cabo de tres semanas, la forma en que lo hacen es diferente.

Para las puntuaciones en la EPDS, el análisis de varianza ANOVA reveló un efecto principal significativo para grupo [$F(1, 79)=4.02, p=.04$] y para tipo de parto -vaginal o cesárea- [$F(1, 79)=5.79, p=.01$], sugiriendo que en los padres, el riesgo de presentar síntomas de depresión es más elevado si sus recién nacidos nacen por cesárea o si son ingresados en la Unidad Neonatal. Se encontró también un efecto de interacción para momento de evaluación x grupo [$F(1, 79)=6.58, p=.01$], que reflejó una diferencia entre las puntuaciones de ambos grupos, en los dos momentos de evaluación. La prueba de T-student reveló diferencias significativas en

las puntuaciones del EPDS entre los dos grupos en el primer momento de evaluación [$p=.006$], pero no en el segundo [$p=.60$], observándose que las puntuaciones en el grupo estudio tendían a disminuir mientras que las del grupo control al cabo de tres semanas, se elevaban ligeramente. La Gráfica 7.1 representa las medias marginales para el EPDS en los dos momentos de evaluación, controladas por variables de confusión.

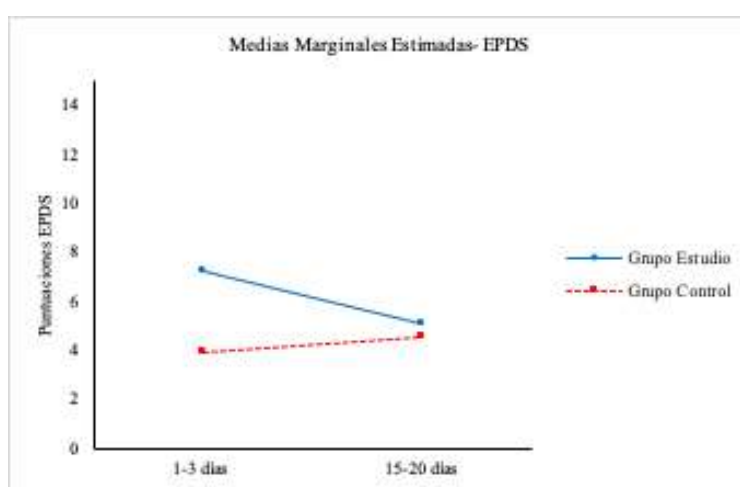


Figura 7.1: Trayectorias longitudinales de los síntomas de depresión en los dos grupos de padres.

Los análisis de varianza ANOVA para el STAI, revelaron un efecto estadísticamente significativo para grupo [$F(1, 79)=13.81, p< .001$] y para el momento de evaluación [$F(1, 79)=11.83, p<.001$], evidenciando en ambos grupos puntuaciones de ansiedad más elevadas durante los tres primeros días de paternidad que al cabo de 15-20 días. La prueba T de Student evidenció diferencias significativas en los resultados del STAI entre los dos grupos tanto en el primer momento de evaluación [$p<.003$] como en el segundo [$p=.002$], que pueden apreciarse mejor en la gráfica 7.2, donde se ve que los padres con recién nacidos hospitalizados mantenían puntuaciones más elevadas que los padres con niños sanos en los dos momentos de evaluación.

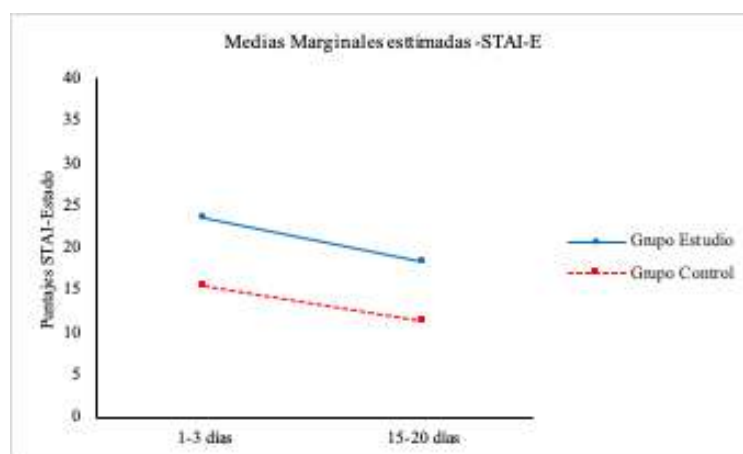


Figura 7.2: Trayectorias longitudinales de los síntomas de ansiedad estado en el grupo de padres con recién nacidos hospitalizados y en el grupo de padres con recién nacidos a término.

7.3. Presencia de síntomas de ansiedad y depresión en padres y en madres de la UCIN

Al comparar los síntomas de ansiedad y depresión entre los padres y en las madres que tenían a sus recién nacidos hospitalizados, se pudo observar que las puntuaciones en las dos escalas de cribado disminuyeron significativamente entre el primer y segundo momento de evaluación y que no había un efecto de interacción con el sexo del progenitor, lo que significa que disminuyeron tanto en padres como en madres, no obstante, en ambos momentos de evaluación las puntuaciones de las madres, tanto en ansiedad como en depresión, se mantuvieron más elevadas que las de los padres.

El análisis multivariante MANOVA, que se realizó con las dos variables dependientes (EPDS y STAI-Estado) reveló un efecto principal significativo para la variable parentesco – padre o madre – [$F(2, 99)=5.57, p=.005; \eta^2_{\text{parcial}}=.10$] y un efecto de interacción para momento de evaluación [$F(2, 99)=28.10, p<.001; \eta^2_{\text{parcial}}=.36$]. Resultados que ponen en evidencia unos niveles de ansiedad y depresión más elevados en las madres que en los padres en ambos momentos de evaluación, aún si en el caso de ambos progenitores las puntuaciones tienden a bajar al cabo de tres semanas.

En el análisis de varianza ANOVA para el EPDS al ingreso y a los 15-20 días en padres y madres, se pudo observar un efecto principal significativo para grupo -padre o madre- [$F(1,100)=11.08$; $p=.001$], y un efecto de interacción con el momento de evaluación [$F(1, 100)=28.54$; $p<.001$]. La prueba de T-student reveló diferencias significativas en las puntuaciones del EPDS entre padres y madres en el primer momento de evaluación [$p=.007$] y el segundo [$p<.001$] poniendo en evidencia que en ambos momentos de evaluación, los síntomas de depresión en las madres eran más elevados que en los padres, en la gráfica 7.3 se pueden observar de manera más clara dichos resultados.

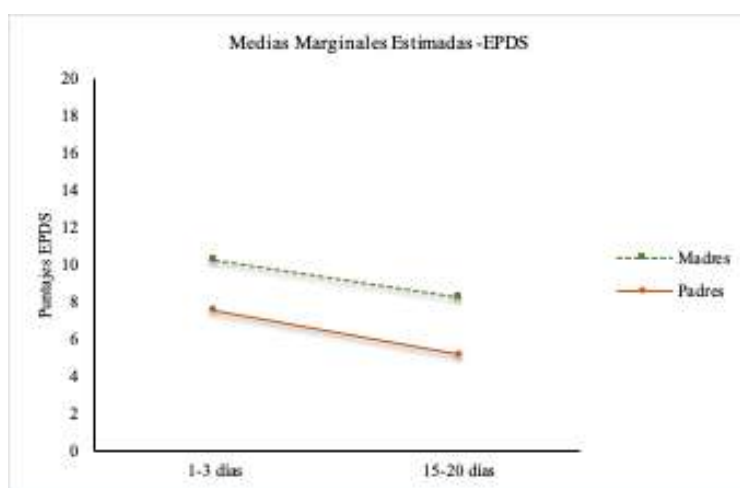


Figura 7.3: Trayectorias longitudinales de los síntomas de depresión en padres y en madres de la UCIN.

Para las puntuaciones del STAI-Estado al ingreso y a los 15-20 días en padres y madres, el análisis de varianza ANOVA reveló un efecto principal significativo para el grupo -padre o madre- [$F(1, 100)=5.02$; $p=.02$] y un efecto de interacción significativo con el momento de evaluación [$F(1,100)=50.34$; $p<.001$]. En la gráfica 7.4 se observa que las madres, al igual que en depresión, obtuvieron puntuaciones más altas que los padres en ansiedad-estado en los dos momentos de evaluación, no obstante, la prueba T-student, revela que hay una diferencia significativa en las puntuaciones de ansiedad entre los dos grupos en el primer momento de evaluación [$p=.01$], pero no al cabo de 15-20 días [$p=.13$].

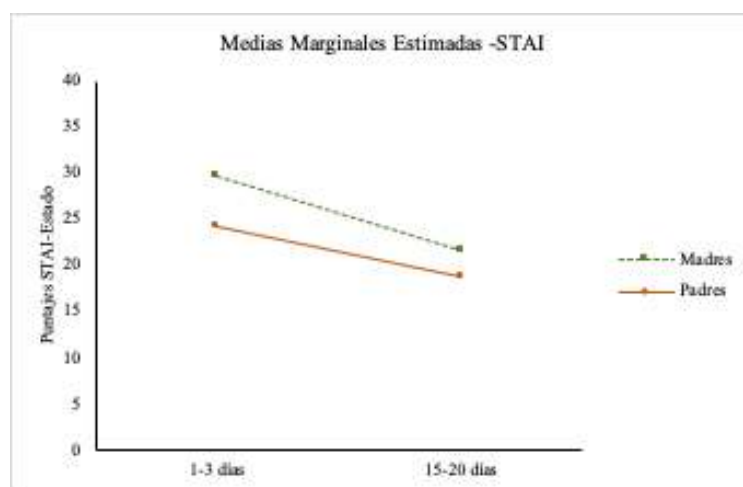


Figura 7.4: Trayectorias longitudinales de los síntomas de ansiedad en padres y en madres de la UCIN.

Se pudo observar también, que al correlacionar los síntomas de depresión y ansiedad entre padres y madres en cada momento de evaluación, las puntuaciones maternas y paternas estaban correlacionadas de forma significativa en el primer momento de evaluación [EPDS: $p=.01$; STAI: $p=.01$], pero no en el segundo momento de evaluación [EPDS: $p=.10$; STAI: $p=.75$].

7.4. Correlación entre el estrés parental en la UCIN y la presencia de síntomas en padres y madres

Se pudo observar que en los primeros tres días de hospitalización del recién nacido, existía una correlación significativa entre el estrés global causado por la Unidad neonatal y los niveles de depresión, tanto en los padres ($p=.002$), como en las madres ($p<.001$).

Al analizar las puntuaciones obtenidas por los padres y las madres en la primera evaluación se pudo observar que los niveles de depresión estaban correlacionados positivamente con el nivel de ocurrencia del estrés y el nivel total de estrés (métrica 1 y 2) en las siguientes dimensiones evaluadas

por la escala: Aspecto y comportamiento del recién nacido [Padres: métrica 1 ($p=.002$), métrica 2 ($p=.001$); Madres: métrica 1 ($p=.001$), métrica 2 ($p=.004$)] y Alteraciones en el rol parental [Padres: métrica 1 ($p=.003$), métrica 2 ($p=.004$); Madres: métrica 1 ($p<.001$), métrica 2 ($p<.001$)].

Tras dos semanas de hospitalización las puntuaciones paternas del EPDS mantenían una correlación positiva únicamente con el nivel total de estrés (métrica 2) de la dimensión Aspecto y comportamiento del recién nacido ($p=.03$), mientras que en las madres el estrés global seguía estando correlacionado de forma positiva con las puntuaciones del EPDS ($p<.001$) así como con el nivel de ocurrencia de estrés en la dimensión Aspecto y comportamiento del recién nacido [métrica 1 ($p=.02$)] y con la ocurrencia y el nivel total de estrés en la dimensión Alteraciones del rol parental [métrica 1 ($p<.001$), métrica 2 ($p<.001$)]. Tabla 7.6

Tabla 7.6: Correlación entre el Estrés en la UCIN y los síntomas de depresión en padres y madres

PSS:NICU Dimensión	Métrica	Padres		Madres	
		EPDS T1	EPDS T2	EPDS T1	EPDS T2
Imágenes y	1	0.20	0.04	0.18	0.26
Sonidos	2	0.15	0.09	0.16	0.27
A y C del RN	1	0.42**	0.26	0.44**	0.30*
	2	0.45**	0.30*	0.40**	0.27
Rol Parental	1	0.40**	0.21	0.61***	0.49***
	2	0.39**	0.25	0.61***	0.53***
Relación con profesionales	1	0.05	0.03	0.16	0.26
	2	0.16	0.01	0.25	0.26
Estrés global		0.43**	0.10	0.48***	0.51***

Nota: A y C del RN= Aspecto y comportamiento del recién nacido; EPDS T1=Puntuaciones Escala de Edinburgo en los primeros tres días post-parto; EPDS T2=Puntuaciones Escala de Edinburgo 15-20 días post-parto.

** $p<0.01$; * $p<0.05$

Durante los tres primeros días posparto, las puntuaciones globales de estrés parental en la UCIN revelaban una correlación positiva con las respuestas de ansiedad tanto en padres ($p=.001$) como en madres ($p=.02$). Como se puede apreciar en la tabla 7.7, en el caso de las madres había una

correlación positiva entre ansiedad y todas las dimensiones de la escala PSS:NICU en las dos métricas, mientras que en el caso de los padres, la correlación positiva se observaba con tres de las dimensiones: Imágenes y sonidos [métrica 1 ($p=.04$)], Aspecto y comportamiento del recién nacido [métrica 1 ($p=.009$), métrica 2 ($p=.003$)] y Alteraciones del rol parental [métrica 1 ($p=.008$), métrica 2 ($p=.008$)].

Al cabo de 15-20 días, las puntuaciones maternas del STAI mantenían una correlación positiva con el estrés global causado por la UCIN ($p<.001$), el nivel de ocurrencia en la dimensión Comportamiento y comunicación con los profesionales [métrica 1 ($p=.04$)] y la dimensión Alteraciones del rol parental en sus dos métricas [ocurrencia ($p<.001$); estrés total ($p<.004$)]. En los padres, las puntuaciones obtenidas en el STAI en la segunda evaluación, al cabo de 15-20 días, mantenían una correlación positiva con las mismas dimensiones que habían mostrado ser significativas en los primeros 3 días, tanto en nivel de ocurrencia, como en nivel total de estrés. No obstante, a diferencia de las madres, el estrés global generado por la unidad neonatal, no estaba correlacionado con las respuestas de ansiedad paterna en el segundo momento de evaluación ($p=.20$). (Tabla 7.7)

Tabla 7.7: Correlación entre el estrés en la UCIN y los síntomas de ansiedad estado en padres y madres

PSS:NICU Dimension	Métrica	Padres		Madres	
		STAI-E T1	STAI-E T2	STAI-E T1	STAI-E T2
Imágenes y	1	0.27*	0.33*	0.41**	0.18
Sonidos	2	0.25	0.38**	0.41**	0.21
A y c del RN	1	0.36**	0.45**	0.49***	0.27
	2	0.40**	0.48***	0.52***	0.26
Rol Parental	1	0.36**	0.29*	0.66***	0.51***
	2	0.36**	0.33*	0.65***	0.40**
Relación con profesionales	1	0.13	0.15	0.39**	0.28*
	2	0.17	0.21	0.43**	0.22
Estrés global		0.45**	0.19	0.32*	0.64***

Nota: A y C del RN= Aspecto y comportamiento del recién nacido; STAI-E T1=Puntuaciones Escala STAI-estado en los primeros tres días post-parto; STAI-E T2=Puntuaciones Escala STAI-estado 15-20 días post-parto.

** $p<0.01$; * $p<0.05$

7.5. Impacto de las variables sociales, demográficas y los antecedentes de salud en padres y madres con recién nacidos en la UCIN

El análisis de las variables sociodemográficas y los antecedentes de salud, comparando a padres y madres, evidenció que en los primeros días tras el parto ninguna de las variables tenía una asociación significativa con los síntomas de depresión en las madres, mientras que en los padres se observó una asociación significativa entre el puntaje obtenido en el EPDS y el tener o no más hijos [$t(49)=-1.73$, $p=.04$]. (Tabla 7.8)

Con respecto a las puntuaciones obtenidas en las escalas de ansiedad, se pudo observar que en las madres el tipo de parto, si era vaginal o por cesárea, [$t(49)=.84$, $p=.02$], el peso del recién nacido al nacer [$t(49)=1.25$, $p=.03$] y el tener un diagnóstico previo de infertilidad [$t(49)=1.24$, $p=.04$] estaban asociados con puntuaciones elevadas en el STAI. En los padres, se pudo observar que había una asociación significativa entre las puntuaciones del STAI y el tener o no más hijos [$t(49)=-2.12$, $p=.005$], la percepción de tener o no red de apoyo [$t(49)=-.22$, $p=.04$] y la situación laboral [$F(3,47)=2.81$, $p=.04$]. (Tabla 7.9)

En la segunda aplicación, al cabo de 15-20 días, no se observó ninguna asociación entre las variables sociodemográficas y médicas y las respuestas de depresión y ansiedad en las madres. En los padres en cambio, se observó que haber recibido un diagnóstico prenatal relacionado con el parto prematuro o la salud del recién nacido estaba asociado con los niveles de depresión [$t(49)=.77$, $p=.02$] y ansiedad [$t(49)=.45$, $p=.01$], al igual que la duración de la relación de pareja [EPDS $t(49)=-.49$, $p=.02$; STAI-E: $t(49)=.63$, $p=.01$] y la percepción que tenían sobre la calidad de ésta [EPDS: $t(49)=-2.85$, $p<.001$; STAI-E: $t(49)=-1.80$, $p=.004$]. Se observó también que tener antecedentes de salud mental a nivel familiar estaba asociado significativamente con las puntuaciones del de depresión en el EPDS en el segundo momento de aplicación [$t(49)=-2.16$, $p=.01$]. (Tablas 7.10, 7.11)

Tabla 7.8: Asociación de las variables sociales, demográficas y antecedentes de salud con síntomas de depresión en padres y madres de la UCIN- Primera evaluación

EPDS T1					
Variable	Categoría	Padres		Madres	
		M(n)	T(gl)	M(n)	T(gl)
Antecedentes salud mental personales	Si	10.63(8)	-2.05(49)	11.67(6)	-0.65 (49)
	No	6.91(43)		10.11(45)	
Antecedentes salud mental familia	Si	9.38(8)	-1.20(49)	11.36(11)	-0.73(49)
	No	7.14(43)		10.00(40)	
Calidad relación con pareja	Buena	7.29(48)	-1.17(49)	10.19(48)	-0.55(49)
	Mala	10.67(3)		12.00(3)	
Duración relación pareja	<10 años	7.42 (24)	-0.10	10.96(24)	0.82 (49)
	>10 años	7.56 (27)		9.70(27)	
Semanas gestación	≤ 28sem.	10.67(6)	1.74(49)	12.83(6)	1.22 (49)
	> 28sem.	7.07(45)		9.96(45)	
Peso nacimiento	≤ 1500g.	7.40(25)	-0.12(49)	11.44(25)	1.55 (49)
	> 1500g.	7.58(26)		9.19(26)	
Múltiple	Si	7.05(22)	0.56(49)	8.36(22)	2.31 (49)
	No	7.83(29)		11.76(29)	
Reproducción asistida	Si	5.74(19)	2.05(49)	8.74(19)	1.60 (49)
	No	8.53(32)		11.22(32)	
Tipo de parto	Cesárea	6.28(29)	2.12(49)	9.96(29)	0.47 (49)
	Vaginal	9.09(22)		10.70(22)	
Percepción red de apoyo	Buena	7.59(46)	-0.42(49)	10.70(47)	-1.89 (49)
	Mala	6.60(5)		5.50(4)	
Número hijos	Primer hijo	6.82(38)	-1.73(49)*	10.03(38)	-0.600 (49)
	Más hijos	9.46(13)		11.08(13)	
Diagnóstico prenatal	Si	7.26(38)	0,56(49)	11.05(38)	-1.74 (49)
	No	8.15(13)		8.08(13)	

Nota: EPDS=Puntajes Escala de Edimburgo en los primeros tres días post-parto.

* $p<0.05$; ** $p<0.01$; *** $p<0.001$

Tabla 7.9: Asociación de las variables sociales, demográficas y antecedentes de salud con síntomas de ansiedad en padres y madres de la UCIN-Primera evaluación

STAI-E T1					
Variable	Categoría	Padres		Madres	
		M(n)	T(gl)	M(n)	T(gl)
Antecedentes salud mental personal	Si	25.00(8)	-0.20(49)	30.33(6)	-0.16(49)
	No	24.12(43)		29.51(45)	
Antecedentes salud mental familiar	Si	29.13(8)	-1.38(49)	30.09(11)	-0.15 (49)
	No	23.35(43)		29.48(40)	
Calidad relación con pareja	Buena	23.85(48)	-1.05(49)	29.52(48)	-0.21(49)
	Mala	30.67(3)		31.00(3)	
Duración relación con pareja	<10 años	24.25(24)	-0.00(49)	28.63(24)	-0.56(49)
	>10 años	24.26(27)		30.48(27)	
Semanas gestación	≤ 28sem.	34.00(6)	2.44(49)	37.67(6)	1.84(49)
	> 28sem.	22.96(45)		28.53(45)	
Peso nacimiento	≤ 1500g.	23.92(25)	-0.21(49)	31.68(25)	1.25(49)*
	> 1500g.	24.58(26)		27.62(26)	
Múltiple	Si	22.77(22)	0.84(49)	27.55(22)	1.10(49)
	No	25.38(29)		31.17(29)	
Diagnóstico previo infertilidad	Si	21.14(7)	0.81	26.63(16)	1.24(49)*
	No	24.75(44)		30.97(35)	
Reproducción asistida	Si	20.00(19)	2.22(49)	28.16(19)	0.68(49)
	No	26.78(32)		30.47(32)	
Tipo de parto	Cesárea	21.14(29)	2.45(49)	28.36(29)	0.84(49)*
	Vaginal	28.36(22)		31.13(22)	
Percepción red de apoyo	Buena	24.37(46)	-0.22(49)*	30.28(47)	-1.41(49)
	Mala	23.20(5)		21.75(4)	
Número de hijos	Primer hijo	22.42(38)	-2.12(49)**	29.74(38)	0.13(49)
	Más hijos	29.62(13)		29.23(13)	
Diagnóstico prenatal	Si	24.13(38)	0.13(49)	30.34(38)	-0.76(49)
	No	24.62(13)		27.46(13)	

Nota: STAI-E =Puntajes Escala STAI-estado en los primeros tres días post-parto
 * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Tabla 7.10: Asociación de las variables sociales, demográficas y antecedentes de salud con síntomas de depresión en padres y madres de la UCIN-Segunda evaluación

EPDS T2					
Variable	Categoría	Padres		Madres	
		M(n)	T(g)	M(n)	T(g)
Antecedentes salud mental personales	Si	6.38(8)	-0.83 (49)	10.00(6)	-0.95 (49)
	No	4.98(43)		7.98(45)	
Antecedentes salud mental familia	Si	8.13(8)	-2.16(49)*	9.55(11)	-1.02(49)
	No	4.65(43)		7.85(43)	
Calidad relación con pareja	Buena	4.79(48)	-2.85(49)***	8.00(48)	-1.27(49)
	Mala	11.67(3)		11.67(3)	
Duración relación con pareja	<10 años	4.88(24)	-0.49(49)*	8.17(24)	-0.06 (49)
	>10 años	5.48(27)		8.26(27)	
Semana gestación	≤ 28sem.	6.67(6)	0.88 (49)	9.83(6)	0.86 (49)
	> 28sem.	5.00(45)		8.00(45)	
Peso nacimiento	≤ 1500g.	5.36(25)	0.26 (49)	8.60(25)	0.54 (49)
	> 1500g.	5.04(26)		7.85(26)	
Múltiple	Si	5.00(22)	0.28 (49)	6.64(22)	2.08 (49)
	No	5.34(29)		9.41(29)	
Reproducción asistida	Si	3.63(19)	2.05 (49)	7.26(19)	1.08 (49)
	No	6.13(32)		8.78(32)	
Tipo de parto	Cesárea	4.48(29)	1.36 (49)	8.07(29)	0.23 (49)
	Vaginal	6.14(22)		8.39(22)	
Percepción red de apoyo	Buena	5.17(46)	0.11 (49)	8.34(47)	-0.62 (49)
	Mala	5.40(5)		6.75(4)	
Número de hijos	Primer hijo	4.76(38)	-1.22 (49)	8.32(38)	0.24 (49)
	Más hijos	6.46(13)		7.92(13)	
Diagnóstico prenatal	Si	4.92(38)	0.77(49)*	8.37(38)	-0.38(49)
	No	6.00(13)		7.77(13)	

Nota:EPDS=Puntajes en la Escala de Edimburgo 15-20 días post-parto.

* $p<0.05$; ** $p<0.01$; *** $p<0.001$

Tabla 7.11: Asociación de las variables sociales, demográficas y antecedentes de salud con síntomas de ansiedad en padres y madres de la UCIN-Segunda evaluación

STAI-E T2					
Variable	Categoría	Padres		Madres	
		M(n)	T(gl)	M(n)	T(gl)
Antecedentes salud mental personales	Si	20.50(8)	-0.57(49)	24.83(6)	-0.88(49)
	No	18.42(43)		21.16(45)	
Antecedentes salud mental familiares	Si	24.88(8)	-2.08(49)	21.27(11)	0.12(49)
	No	17.60(43)		21.68(40)	
Calidad relación con pareja	Buena	18.17(48)	-1.80(49)**	21.25(48)	-0.01(49)
	Mala	28.00(3)		27.00(3)	
Duración relación con pareja	<10 años	18.83(24)	0.63(49)*	22.38(24)	0.55(49)
	>10 años	18.67(27)		20.89(27)	
Semana gestación	≤ 28sem.	22.33(6)	0.99(49)	27.33(6)	1.59(49)
	> 28sem.	18.27(45)		20.82(45)	
Peso nacimiento	≤ 1500g.	19.24(25)	-0.36(49)	23.44(25)	1.37(49)
	> 1500g.	18.27(26)		19.81(26)	
Múltiple	Si	17.64(22)	0.73(49)	19.14(22)	1.62(49)
	No	19.59(29)		23.45(29)	
Diagnóstico previo infertilidad	Si	19.43(7)	-0.20(49)	18.94(16)	1.35(49)
	No	18.64(44)		22.80(35)	
Reproducción asistida	Si	16.26(19)	1.47(49)	20.16(19)	0.82(49)
	No	20.22(32)		22.44(32)	
Tipo de parto	Cesárea	17.72(29)	0.89(49)	22.04(29)	-0.36(49)
	Vaginal	20.09(22)		21.04(22)	
Percepción red de apoyo	Buena	18.80(46)	-0.13(49)	22.09(47)	-1.28(49)
	Mala	18.20(5)		15.75(4)	
Número de hijos	Primer hijo	18.05(38)	-0.90(49)	22.32(38)	0.93(49)
	Más hijos	20.77(13)		19.46(13)	
Diagnóstico prenatal	Si	18.39(38)	0.45(49)*	22.32(38)	-0.93(49)
	No	19.77(13)		19.46(13)	

Nota: STAI-E= Escala de ansiedad STAI-estado 15-20 días post-parto
 * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

7.6. Factores predictivos de los síntomas de depresión y ansiedad en padres y madres de la UCIN

Los resultados obtenidos a través de la aplicación de modelos lineales mixtos evidenciaron que en el grupo de padres la media de puntuaciones obtenidos en el EPDS disminuía 1.88 puntos ($\beta=-1.88$, 95 % CI(-2.81,-0.96), $p<.001$) entre el primer y el segundo momento de evaluación, y la del STAI disminuía 4.45 puntos ($\beta=-4.45$, 95 % CI(-6.82, -2.08), $p<.001$) lo que indica que tanto los niveles de ansiedad como los de depresión tendían a disminuir en el curso de las tres primeras semanas posnatales. De las variables sociodemográficas y de salud incluidas en el modelo: paridad, antecedentes familiares de salud mental, calidad y duración de la relación de pareja, diagnóstico prenatal, apoyo social e ingresos familiares, únicamente la calidad de la relación de pareja, la cual los participantes describían como buena o mala, resultó ser predictiva de depresión ($\beta=4.69$, 95 % CI(0.26, 9.12), $p=.04$), evidenciando que en los padres a mayor satisfacción marital menos riesgo de presentar síntomas de depresión. El estrés causado por el aspecto y el comportamiento del recién nacido, ajustado por momento de evaluación, tuvo un efecto principal significativo tanto en las puntuaciones depresión como en las de ansiedad [EPDS: $\beta=2.14$, 95 % CI(1.20, 3.08), $p<.001$; STAI: $\beta=5.27$, 95 % CI(3.00, 7.54), $p<.001$].(Tablas 7.12 y 7.13)

En el caso de las madres, los resultados arrojados por los modelos lineales mixtos, que también tenían como variables dependientes las puntuaciones de depresión y ansiedad, revelaron que el estrés general causado por la unidad neonatal era predictivo de síntomas de depresión [$\beta=1.34$, 95 % CI(.67, 2.02), $p<.001$] del mismo modo que las alteraciones en el rol parental [$\beta=2.26$, 95 % CI(1.15, 3.36), $p<.001$] independientemente del momento de evaluación. En cuanto a la ansiedad se pudo observar que entre el primer y segundo momento de evaluación había una disminución significativa en las puntuaciones maternas [$\beta=-5.37$, 95 % CI(-8.24, -2.51), $p<.001$] y que al igual que para la depresión, las alteraciones en el rol parental [$\beta=5.37$, 95 % CI(2.99, 7.75), $p<.001$] y el estrés global [$\beta=1.80$, 95 % CI(0.34, 3.27), $p=.02$] eran predictivas de las puntuaciones del STAI. (Tablas 7.14 y 7.15)

Tabla 7.12: Resultados modelo lineal mixto en padres, usando EPDS como variable dependiente.

Factor fijo	β	E.típico	IC95 %		T	gl	p
			Inf.	Sup.			
Momento de evaluación	-1.88	0.47	-2.81	-0.95	-3.96	48	0.000
A y C del RN	2.14	0.48	1.19	3.08	4.44	48	0.000
Relación de pareja	4.69	2.27	0.24	9.14	2.07	49	0.04

Nota: A y C del RN= Aspecto y comportamiento del Recién nacido; Inf.=Inferior; Sup.=Superior

Tabla 7.13: Resultados modelo lineal mixto en padres, usando el STAI como variable dependiente.

Factor fijo	β	E.típico	IC95 %		T	gl	p
			Inf.	Sup.			
Momento de evaluación	-4.45	1.21	-6.82	-2.08	-3.66	48	0.000
A y C del RN	5.27	1.16	3.00	7.54	4.54	48	0.000

Nota: A y C del RN= Aspecto y comportamiento del Recién nacido; Inf.=Inferior; Sup.=Superior

Tabla 7.14: Resultados modelo lineal mixto en madres, usando EPDS como variable dependiente.

Factor fijo	β	E.típico	IC95 %		T	gl	p
			Inf.	Sup.			
Momento de evaluación	-0.63	0.63	-1.88	-0.62	-0.98	44	0.33
Alteraciones Rol parental	2.26	0.56	1.15	3.36	4.00	44	0.000
Estrés global	1.35	0.34	0.67	2.02	3.90	44	0.000

Nota: Inf.=Inferior; Sup.=Superior

Tabla 7.15: Resultados modelo lineal mixto en madres, usando el STAI como variable dependiente.

Factor fijo	β	E.típico	IC95 %		T	gl	p
			Inf.	Sup.			
Momento de evaluación	-5.38	1.46	-8.24	-2.50	-3.67	44	0.000
Alteraciones Rol parental	5.37	1.21	2.99	7.75	4.42	44	0.000
Estrés global	1.80	0.74	0.34	3.27	2.41	44	0.02

Nota: Inf.=Inferior; Sup.=Superior

7.7. Percepción parental sobre la experiencia en la Unidad neonatal y el apoyo recibido

El cuestionario enviado a las parejas participantes del grupo estudio (51), una vez recibían el alta y que apuntaba a explorar la percepción que tenían de su experiencia parental en la unidad neonatal, fue respondido

por 34 (67 %) padres y 37 (73 %) madres.

De los padres que respondieron el cuestionario, la mayoría (21 %) no estaba trabajando durante el periodo de hospitalización de sus hijos y no tuvo que reincorporarse al trabajo antes de tres semanas tras el nacimiento. Aquellos que regresaron al trabajo antes de alta de sus recién nacidos, tenían jornadas laborales que oscilaban entre las 35 y 45 horas semanales.(Tabla 7.16)

El 85 % de los padres señaló no haber estado nunca antes en contacto con una unidad de cuidado neonatal en contraste con el 65 % de las madres.

Tabla 7.16: Situación Laboral padres UCIN

		Padres	
		N=34	
		n	%
Reincorporación laboral	No trabajaba	7	21
	>3 semanas	11	32
	2-3 semanas	4	12
	1-2 semanas	4	12
	<1 semana	6	18
	No baja	2	6
Intensidad laboral	No trabajaba	19	56
	>60 h/s	1	3
	45-60 h/s	1	3
	30-45 h/s	10	29
	<30 h/s	3	9

7.7.1. Percepción parental de su presencia en la Unidad neonatal

Durante el tiempo que duró la hospitalización de los recién nacidos en la Unidad neonatal, la mayoría de los padres (78 %) y de las madres (73 %)

se sintieron bienvenidos en ésta, señalando también de forma mayoritaria que el personal de la unidad era amable [padres(76.5 %); madres (62.2 %)] y profesional [padres(97.3 %);madres (88.2 %)], no obstante, se observó que las madres tenían una percepción más favorable respecto al apoyo recibido por parte del personal sanitario que la que tenían los padres [madres (73.0 %); padres (47.1 %), $p=.03$].

A la hora de pedir información sobre la salud del recién nacido, las madres preferían dirigirse al equipo de enfermería (91.9 %) mientras que los padres, lo hacía dirigiéndose al equipo médico (94.6 %; $p=.005$). Aún si la mayoría de los padres (79.4 %) y de las madres (64.9 %) sentía que no molestaba mientras estaba en la UCIN, se observó que había una diferencia significativa entre la percepción que tenían las madres de sentir que molestaban si solicitaban atención, cuidados o un trato diferente hacia su recién nacido que la que tenían los padres [Madres (18.9 %); Padres (0.0 %), $p=.01$]. Padres (91 %) y madres (100 %) afirmaron que su tarea principal durante el periodo de hospitalización del recién nacido era mantener un contacto físico con este y participar en sus cuidados. Los padres señalaron tener otras tareas prioritarias que las madres no tenían, tales como ocuparse de las tareas domésticas y cuidado de otros hijos (38.2 %, $p=.01$); garantizar el sostenimiento de la familia (17.6 %, $p=.04$); dar apoyo emocional y ayudar a la pareja (76.5 %, $p<0.001$) y protegerla de las malas noticias (11.8 %, $p=.04$). (Tabla 7.17)

Tabla 7.17: Percepción que tenían los padres al estar en la UCIN

Pregunta	Respuesta	Padres	Madres	X^2 (gl)
		N=34 % (n)	N=37 % (n)	
Me sentí bienvenido/a en la UCIN	Total acuerdo	73.5 (25)	78.4 (29)	2.22 (1)
	Acuerdo	26.5 (9)	21.6 (8)	
	Desacuerdo	0.0 (0)	0.0 (0)	
	Total desacuerdo	0.0 (0)	0.0 (0)	
El personal de la UCIN era:	Amable	76.5 (26)	62.2 (23)	1.69 (1)
	Distante	2.9 (1)	5.4 (2)	0.26 (1)
	Abierto	44.1 (15)	29.7 (11)	1.58 (1)
	Profesional	88.2 (30)	97.3 (36)	2.22 (1)

Continúa en la página siguiente

Tabla 7.17 Percepción que tenían los padres al estar en la UCIN (cont.)

Pregunta	Respuesta	Padres	Madres	X^2 (gl)
		N=34 % (n)	N=37 % (n)	
	Compasivo	11.8 (4)	18.9 (7)	0.69 (1)
	Seco	0.0 (0)	2.7 (1)	0.93 (1)
	Ofrecía apoyo	47.1 (16)	73.0 (27)	4.98 (1)*
Obtenía información sobre RN a través de:	Mi pareja	23.5 (8)	27.0 (10)	0.11 (1)
	Enfermería	73.5 (25)	91.9 (34)	4.25 (1)
	Equipo médico	67.6 (23)	94.6 (35)	8.60 (1)**
	Otros padres	20.6 (7)	29.7 (11)	0.78 (1)
	Otras fuentes	11.8 (4)	5.4 (2)	0.92 (1)
Sentí que molestaba cuando:	Preguntaba a los médicos	2.9 (1)	8.1 (3)	0.89 (1)
	Preguntaba a las enfermeras	2.9 (1)	8.1 (3)	0.89 (1)
	Pedía cuidado RN	0.0 (0)	18.9 (3)	7.13 (1)*
	Llamaba por teléfono	5.9 (2)	5.4 (2)	0.00 (1)
	Iba en horarios inusuales	8.8 (3)	0.31 (1)	0.66
	Nunca	79.4 (27)	64.9 (24)	1.85 (1)
Mi tarea principal en la UCIN era:	Apoyar a mi pareja	76.5 (26)	27.0 (10)	17.33 (1)***
	Asumir tareas domésticas	38.2 (13)	10.8 (4)	7.31 (1)**
	Hablar con los médicos	41.2 (14)	62.2 (23)	3.12 (1)
	Hacer canguro	100.0 (37)	91.1 (31)	3.40 (1)
	Proveer a la familia	17.6 (6)	2.7 (1)	4.45 (1)*
	Proteger de malas noticias	11.8 (4)	0.0 (0)	4.61 (1)*
	Mediar entre pareja y UCIN	0.0 (0)	5.4 (2)	1.89 (1)

Nota: Para las variables dicotómicas se ha indicado el resultado de la prueba exacta de Fisher

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

7.7.2. Contacto con recién nacido

EL 70.6%(24) de los padres y el 59.5% (22) de las madres pudo ver asu bebé en el momento de su nacimiento y el 88%(30) de los padres y el 73%de las madres consideró que había sido una experiencia hermosa. Mientras que el 43.2%(16) de las madres no pudo tocar a su recién nacido en las primeras 24 horas de vida, el 85.2%(29) de los padres sí pudo hacerlo ($p=.02$),señalando el 94.1% de los padres y el 89.2% de las madres que ese primer contacto había sido hermoso. Se observó sin embargo, que había una diferencia significativa en la sensación que esa primera experiencia de contacto físico había tenido para las madres y la que había tenido para los padres, el 52.9% de las madres en comparación con el 24.3% de los padres señalaba que tocar el bebé por primera vez había sido agradable ($p=.01$).

En cuanto a la presencia de los padres y de las madres en la Unidad, se observó una diferencia significativa entre los padres (67.6%) y las madres (94.6%) que iban a ver al bebé al menos una vez al día ($p=.01$). La totalidad de los padres y de las madres afirmó que el motivo principal para ir a la unidad era estar con el recién nacido y participar de su cuidado, un 64.7% de los padres y un 51.4% de las madres los hacía también para obtener información sobre su estado de salud y un 35.3% ($p<.001$) de los padres dijo hacerlo para ofrecer apoyo emocional y ayuda a su pareja mientras permanecían en la UCIN. (Tabla 7.18)

Tabla 7.18: Contacto con Recién Nacido

Pregunta	Respuesta	Padres	Madres	X^2 (gl)
		N=34 %(n)	N=37 %(n)	
Vi a mi bebé por primera vez	En el parto	70.6 (24)	59.5 (22)	2.62 (3)
	1h de vida	17.6 (6)	13.5 (5)	
	2-24h de vida	5.9 (2)	13.5 (5)	
	>24h tras parto	5.9 (2)	13.5 (5)	
Ver a mi bebé por primera vez fue	Hermoso	88.2 (30)	73.0 (27)	2.60 (1)
	Agradable	32.4 (11)	24.3 (9)	0.56 (1)
	Incómodo	5.9 (2)	5.4 (2)	0.00 (1)
	Perturbador	5.9 (2)	18.9 (7)	2.72 (1)

Continúa en la página siguiente

Tabla 7.18 Contacto con Recién Nacido (cont.)

Pregunta	Respuesta	Padres	Madres	X^2 (gl)
		N=34 % (n)	N=37 % (n)	
	Sobrecogedor	32.4 (11)	37.8 (14)	0.23 (1)
Toqué a mi bebé por primera vez	Poco después parto	38.2 (13)	24.3 (9)	9.41 (3)*
	1h de vida	8.8 (3)	0.0 (0)	
	2-24h de vida	38.2 (13)	32.4 (12)	
	>24h tras parto	14.7 (5)	43.2 (16)	
Tocar a mi bebé por primera vez fue:	Hermoso	94.1 (32)	89.2 (33)	0.55 (1)
	Agradable	52.9 (18)	24.3 (9)	6.15 (1)*
	Incómodo	0.0 (0)	2.7 (1)	0.93(1)
	Perturbador	2.9 (1)	5.4 (2)	0.26(1)
	Sobrecogedor	14.7 (5)	32.4 (12)	3.05(1)
¿Con qué frecuencia iba a la UCIN?	Al menos 1v/d	67.6 (23)	94.6 (35)	8.70 (1)*
	Cada 2-3 días	29.4 (10)	5.4 (2)	
	<1v por semana	2.9 (1)	0.0 (0)	
Permanecía en la UCIN	Entre 1 y 2 h	32.4 (11)	13.5 (5)	4.49 (2)
	Entre 3 y 4 h	17.6 (6)	13.5 (5)	
	>4 h	50.0 (17)	73.0 (27)	
Casi siempre iba	Solo/a	11.8 (4)	32.4 (12)	4.33 (1)*
	Con pareja	88.2 (30)	67.6 (25)	
Iba a la UCIN por/para:	Obtener información	64.7 (22)	51.4 (19)	1.29 (1)
	Apoyar a mi pareja	35.3 (12)	0.0 (0)	15.71 (1)**
	Sugerencia sanitarios	8.8 (3)	2.7 (1)	1.24 (1)

Nota: Para las variables dicotómicas se ha indicado el resultado de la prueba exacta de Fisher

* $p < .05$; ** $p < .01$

7.7.3. Afrontamiento de la presión emocional, el miedo y las preocupaciones en la UCIN

La mayoría de madres (91.9%) y de padres (88.2%) dijo haber hablado de sus miedos y preocupaciones, siendo la pareja el principal interlocutor en ambos casos, no obstante se pudo observar que había una diferencia significativa ($p=.003$) a la hora de buscar apoyo psicológico para la gestión del estrés: mientras que sólo el 5.9% de los padres utilizó este recurso, el

35.1 % de las madres recibió este apoyo.

El 78.4 % de las madres señaló que con frecuencia se había sentido impotente dentro de la unidad neonatal, en contraste con el 61.7 % de los padres que no tuvo esta percepción durante el periodo de hospitalización de sus hijos ($p=.002$) y el 79.4 % sintió que la experiencia había fortalecido la relación de pareja. De los padres participantes el 20.6 % ($p=.004$) señaló que la hospitalización neonatal había tenido un impacto negativo en su trabajo. Ver Tabla 7.19

Tabla 7.19: Afrontamiento de la presión emocional, el miedo y las preocupaciones en la UCIN

Pregunta	Respuesta	Padres	Madres	X^2 (gl)
		N= 34 % (n)	N= 37 % (n)	
Tener un bebé en la UCIN tuvo impacto negativo en:	Trabajo	20.6 (7)	0.0 (0)	8.45 (1)**
	Salud	29.4 (10)	48.6 (18)	2.74 (1)
	Relación de pareja	8.8 (3)	21.6 (8)	2.21 (1)
	Relación con otros hijos	14.7 (5)	10.8 (4)	0.24 (1)
	Relación con amigos	11.8 (4)	13.5 (5)	0.04 (1)
Durante la hospitalización la relación de pareja	Nada	44.1 (15)	40.5 (15)	0.09 (1)
	Se fortaleció	79.4 (27)	54.1 (20)	5.09 (2)
	No se vio afectada	14.7 (5)	32.4 (12)	
Manejé el estrés adicional por el ingreso del RN	Se afectó negativamente	5.9 (2)	13.5 (4)	
	Hablando con pareja	73.5 (25)	81.1 (30)	0.57 (1)
	Hablando con familiares	47.1 (16)	43.2 (16)	0.10 (1)
	Hablando con amigos	44.1 (15)	32.4 (12)	1.02 (1)
	Hablando con otros padres	29.4 (10)	40.5 (15)	0.96 (1)
	Haciendo deporte	5.9 (2)	2.7 (1)	0.44 (1)
	Ayuda psicológica	5.9 (2)	35.1 (13)	9.09 (1)**
	Ignorando/bloqueando	20.6 (7)	8.1 (3)	2.28 (1)
Con frecuencia me sentí impotente	Total desacuerdo	23.5 (8)	5.4 (2)	14.47 (3)**
	Desacuerdo	38.2 (13)	16.2 (6)	
	De acuerdo	35.3 (12)	54.1 (20)	

Continúa en la página siguiente

Tabla 7.19 Afrontamiento de la presión emocional, el miedo y las preocupaciones en la UCIN (cont.)

Pregunta	Respuesta	Padres	Madres	X^2 (gl)
		N= 34 % (n)	N= 37 % (n)	
	Total Acuerdo	2.9 (1)	24.3 (9)	
¿Habló de sus miedos y preocupaciones?	Sí	88.2 (30)	91.9 (34)	0.26 (1)
	No	11.8 (4)	8.1 (3)	
¿Quién era su interlocutor?	Pareja	76.5 (26)	83.8 (31)	0.59 (1)
	Enfermería	23.5 (8)	40.5 (15)	2.34 (1)
	Otros padres	26.5 (9)	29.7 (11)	0.09 (1)
	Equipo médico	20.6 (7)	29.7 (11)	0.78 (1)
	Familia y amigos	35.3 (12)	54.1 (20)	2.51 (1)
	Psicólogo/a	17.6 (6)	37.8 (14)	3.57 (1)
¿Cuál era motivo principal para no hablar de miedos y preocupaciones?	No sintió necesidad	17.6 (6)	8.1 (3)	4.04 (4)
	No hubo oportunidad	2.9 (1)	2.7 (1)	
	Falta de interlocutor	5.4 (2)	0.0 (0)	
	Falta de fuerza	2.7 (1)	0.0 (0)	
	Nadie preguntó	2.9 (1)	2.7 (0)	

Nota: Para las variables dicotómicas se ha indicado el resultado de la prueba exacta de Fisher

* $p < .05$; ** $p < .01$

7.7.4. Percepción y aceptación de apoyo ofrecido en la UCIN

En términos generales la percepción de padres y madres respecto al apoyo que recibieron en la Unidad Neonatal tanto por parte del personal sanitario vinculado directamente a la UCIN, como por parte de otros profesionales (psicóloga, asistente social), fue satisfactoria y refirieron que había sido útil y suficiente. En el único aspecto que se observó una diferencia significativa ($p=.01$) entre padres y madres fue en la frecuencia con la que entablaban conversación con otros padres y madres que se encontraban en la unidad, el 83.8% de las madres afirmó que lo hacía frecuentemente, frente al 55.9% de padres que también lo hizo. (Ver Tabla 7.20)

Tabla 7.20: Autopercepción y aceptación del apoyo ofrecido en la UCIN

Pregunta	Respuesta	Padres	Madres	X^2 (gl)
		N=34 %(n)	N=37 %(n)	
Conversaba con las enfermeras	Sí	91.2 (31)	97.3 (36)	1.24 (1)
	No	8.8 (3)	2.7 (1)	
Hablar con las enfermeras fue:	Muy útil	76.5 (26)	89.2 (33)	2.04 (4)
	Útil	23.5 (8)	10.8 (4)	
	Inútil	0.0 (0)	0.0 (0)	
	Perturbador	0.0 (0)	0.0 (0)	
	Muy perturbador	0.0 (0)	0.0 (0)	
Conversaba con los médicos	Sí	79.4 (27)	81.1 (30)	0.03 (1)
	No	20.6 (7)	18.9 (7)	
Hablar con los médicos fue:	Muy útil	70.6 (24)	89.2 (33)	4.22 (4)
	Útil	26.5 (9)	10.8 (4)	
	Inútil	0.0 (0)	0.0 (0)	
	Perturbador	0.0 (0)	0.0 (0)	
	Muy perturbador	0.0 (0)	0.0 (0)	
Conversaba con otros padres/madres	Sí	55.9 (19)	83.8 (31)	6.62(1)*
	No	44.1 (15)	16.2 (6)	
Hablar con otros padres/madres fue:	Muy útil	35.3 (12)	56.8 (21)	5.79 (4)
	Útil	50.0 (17)	40.5 (15)	
	Inútil	2.9 (1)	0.0 (0)	
	Perturbador	5.9 (2)	0.0 (0)	
	No lo hacían	5.9 (2)	2.7 (1)	
Recibí el mismo apoyo emocional que mi pareja	Siempre	64.9 (24)	55.9 (19)	1.49 (2)
	A veces	41.2 (14)	35.1 (13)	
	No	0.0 (0)	2.9 (1)	
Recibí apoyo de otros profesionales/ organizaciones	Sí	91.2 (31)	91.9 (34)	0.01 (1)
	No	8.8 (3)	8.1 (31)	
El apoyo específico para padres era:	Muy útil	67.6 (23)	78.4 (29)	3.23 (4)
	Útil	29.4 (10)	13.5 (5)	
	Inútil	2.9 (1)	8.1 (3)	
	Perturbador	0.0 (0)	0.0 (0)	
	Muy perturbador	0.0 (0)	0.0 (0)	

Continúa en la página siguiente

Tabla 7.20 Autopercepción y aceptación del apoyo ofrecido en la UCIN (cont.)

Pregunta	Respuesta	Padres	Madres	X^2 (gl)
		N=34 %(n)	N=37 %(n)	
El apoyo recibido fue suficiente	Sí	79.4 (27)	78.4 (29)	0.01(1)
	No	20.6 (7)	21.6 (8)	

Nota: Para las variables dicotómicas se ha indicado el resultado de la prueba exacta de Fisher

* $p < .05$

7.7.5. Percepción del rol paterno

El 82.4% de los padres que respondieron el cuestionario afirmaron haber sido integrados en los cuidados del recién nacido desde el primer momento y el 88.2% señaló que al igual que las madres, habían sido animados a mantener un contacto estrecho y frecuente con sus bebés. El 97% de los padres decía haber recibido comentarios positivos por parte del equipo sanitario al realizar tareas parentales, el 41.2% sentía que el vínculo establecido durante la hospitalización con el recién nacido era muy intenso y el 61.8% que su presencia influía de forma positiva en la salud del bebé. No se observaron diferencias significativas entre la percepción que tenían los padres sobre su propio rol y el que tenían las madres sobre ellos. (Tabla 7.21)

Tabla 7.21: Percepción de rol parental paterno

Pregunta	Respuesta	Padres	Madres	X^2 (gl)
		N=34 %(n)	N=37 %(n)	
El padre fue integrado en los cuidados del bebé desde el principio, igual que la madre	Total acuerdo	35.3 (12)	24.3 (9)	2.96 (3)
	Acuerdo	47.1 (16)	62.2 (23)	
	Desacuerdo	17.6 (6)	10.8 (4)	
	Total desacuerdo	0.0 (0)	2.7 (1)	
El padre fue animado a tener un contacto estrecho y frecuente con el bebé, igual que la madre	Total acuerdo	50.0 (17)	37.8 (14)	1.79 (3)
	Acuerdo	38.2 (13)	54.1 (20)	
	Desacuerdo	11.8 (4)	8.1 (3)	

Continúa en la página siguiente

Tabla 7.21 Percepción de rol parental paterno (cont.)

Pregunta	Respuesta	Padres	Madres	X^2 (gl)
		N=34 %(n)	N=37 % (n)	
	Total desacuerdo	0.0 (0)	0.0 (0)	
Sabía lo que se esperaba de mi como padre/madre en la UCIN	Total acuerdo	50.0 (17)	37.8 (14)	1.79 (3)
	Acuerdo	38.2 (13)	54.1 (20)	
	Desacuerdo	11.8 (4)	8.1 (3)	
	Total desacuerdo	0.0 (0)	0.0 (0)	
A veces, cuando estaba con mi pareja en la UCIN, me sentía inútil o prescindible	Total acuerdo	5.9 (2)	8.1 (3)	0.21 (3)
	Acuerdo	14.7 (5)	13.5 (5)	
	Desacuerdo	38.2 (13)	40.5 (15)	
	Total desacuerdo	41.2 (14)	37.8 (14)	
A veces, comparado con mi pareja, me sentí cuidador de segunda para el bebé	Total acuerdo	0.0 (0)	2.7 (1)	4.27 (3)
	Acuerdo	23.5 (8)	8.1 (3)	
	Desacuerdo	29.4 (10)	40.5 (15)	
	Total desacuerdo	47.1 (16)	48.6 (18)	
Mis competencias parentales fueron valoradas por el equipo sanitario	Total acuerdo	35.3 (12)	24.3 (9)	2.96 (3)
	Acuerdo	47.1 (16)	62.2 (23)	
	Desacuerdo	17.6 (6)	10.8 (4)	
	Total desacuerdo	0.0 (0)	2.7 (1)	
Recibí comentarios positivos, del equipo sanitario, al realizar tareas parentales	Total acuerdo	38.2 (13)	35.1 (13)	1.87 (3)
	Acuerdo	58.8 (20)	54.1 (20)	
	Desacuerdo	2.9 (1)	8.1 (3)	
	Total desacuerdo	0.0 (0)	2.7 (1)	
Describiría el vínculo con mi bebé, durante la hospitalización como:	Muy intenso	41.2 (14)	40.5 (15)	0.27 (3)
	Intenso	38.2 (13)	37.8 (14)	
	Variable	17.6 (6)	16.2 (6)	
	Moderado	2.9 (1)	5.4 (2)	
Mi presencia en la UCIN influyó de forma positiva en la salud de mi bebé	Total acuerdo	61.8 (21)	73.0 (27)	1.01 (3)
	Acuerdo	38.2 (13)	27.0 (10)	
	Desacuerdo	0.0 (0)	0.0 (0)	
	Total desacuerdo	0.0 (0)	0.0 (0)	
En la UCIN, creo que fui de gran ayuda para mi pareja	Total acuerdo	64.7 (22)	43.2 (16)	5.76 (3)
	Acuerdo	32.4 (11)	37.8 (14)	
	Desacuerdo	2.9 (1)	16.2 (6)	
	Total desacuerdo	0.0 (0)	2.7 (1)	

7.7.6. Necesidad de apoyo específico dirigido a los padres

Tal como se puede apreciar en la Tabla 7.22 el 70.6% de los padres y el 91.9% de las madres consideró que era necesario que en el servicio de neonatología se ofreciera ayuda y apoyo específico para los padres, diferenciado del que se ofrecía a las madres, observándose además una diferencia significativa entre la percepción que tenían las madres y los padres de que esto sucediera ($p=.03$). El 58.8% de los padres y el 59.5% de las madres opinaron que lo que necesitaban más los padres durante su estancia en la unidad era un curso en cuidados del recién nacido, aún si también señalaron que habrían utilizado y les habría ido bien tener acceso a otros recursos tales como tertulias abiertas y apoyo psicológico (47.1%).

Tabla 7.22: Necesidad de apoyo específico dirigido a los padres

Pregunta	Respuesta	Padres	Madres	X^2 (gl)
		N=34 % (n)	N=37 % (n)	
Es necesaria ayuda específica para el padre	Sí	70.6 (24)	91.9 (34)	5.37 (1)*
	No	29.4 (10)	8.1 (3)	
Qué recursos habría aprovechado en caso de estar disponibles	Tertulias abiertas	47.1 (16)	51.4 (19)	0.13 (1)
	Curso cuidados RN	58.8 (20)	59.5 (22)	0.00 (1)
	Apoyo psicológico	47.1 (16)	48.6 (18)	0.01 (1)
	Conferencias/talleres	44.1 (15)	48.6 (18)	0.14(1)
	Ninguno	14.7 (5)	8.1 (3)	0.77(1)
Me habría gustado tener más apoyo de:	Enfermería	0.0 (0)	2.7 (1)	0.93 (1)
	Equipo médico	8.8 (3)	10.8 (4)	0.07 (1)
	Servicios sociales	5.9 (2)	5.4 (2)	0.00 (1)
	Asociación padres	2.9 (1)	2.7 (1)	0.00 (1)
	Psicología	5.9 (2)	8.1 (3)	0.13 (1)

Nota: Para las variables dicotómicas se ha indicado el resultado de la prueba exacta de Fisher

* $p<.05$

V |

DISCUSIÓN

8

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo general explorar la respuesta emocional del padre cuando su recién nacido era ingresado en la unidad neonatal inmediatamente después del parto.

Al día de hoy, aún son pocos los estudios que se centran en investigar la salud mental paterna, menos aún los que lo hacen en la etapa perinatal y casi ninguno en países de habla hispana, por lo que se consideró que era importante no solo identificar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en los padres cuyos bebés habían sido hospitalizados en la unidad neonatal, sino también comparar la presencia de los mismos síntomas en padres con niños sanos y a término para tener un grupo control. Con un criterio semejante y dada la poca información disponible sobre la respuesta emocional del padre durante el periodo de hospitalización neonatal se comparó la respuesta paterna con la materna para identificar si las reacciones de ambos progenitores eran semejantes.

En ambos casos, dichas mediciones se realizaron en dos momentos: en los tres primeros días posparto y al cabo de 15-20 días.

A continuación se discuten y analizan los resultados obtenidos con base en las hipótesis y objetivos de investigación propuestos.

En lo que se refiere a la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en los padres, durante las tres primeras semanas de vida de sus recién nacidos, los padres con recién nacidos hospitalizados obtienen puntuaciones

más altas que los padres con niños sanos y a término tanto en la escala de depresión EPDS como en la escala de ansiedad STAI. En ambos grupos dicha diferencia en las puntuaciones es significativa en los primeros tres días tras el nacimiento pero deja de serlo al cabo de tres semanas, cuando a pesar de que la presencia de síntomas ansiosos y depresivos sigue siendo más marcada en el grupo de padres cuyos neonatos están en la UCIN que en padres con recién nacidos a término, ya no es estadísticamente significativa.

El comportamiento observado en los padres responde a una curva semejante descrita previamente por otros autores, la cual indica que por un lado, el porcentaje de padres que presenta síntomas de depresión entre el segundo y el quinto día posparto, es más elevado que los porcentajes observados en otros momentos de evaluación[226] y por el otro, que el comportamiento ansioso en hombres durante el periodo perinatal es una curva que empieza a subir durante la gestación, alcanza su pico poco después del parto y luego empieza a descender a lo largo del tiempo, para mantenerse en un nivel de estabilidad general en el curso del primer año de vida del niño[227-229].

El comportamiento de los síntomas en ambos grupos, en el curso de los 15-20 días posparto, probablemente esté relacionado con la capacidad de asumir el nuevo rol paterno, dejando en evidencia que este proceso de adaptación se da de acuerdo a las circunstancias de cada grupo y situación. En los tres primeros días tras el parto, los padres del grupo estudio tienen que lidiar con una fuente adicional e inesperada de estrés, pero al cabo de un par de semanas, las dinámicas de funcionamiento asociadas con la unidad neonatal y la hospitalización del recién nacido se hacen más claras y los patrones y estilos de relación tanto con el bebé, como con la pareja van tomando forma, por lo tanto las preocupaciones y los retos de los dos grupos se hacen cada vez más semejantes.

Una diferencia significativa entre grupos y un comportamiento parecido han sido descritos también por otros autores. Un estudio llevado a cabo por Kong y col.[230] encontró en una muestra de 400 padres con recién nacidos en la UCIN, que un 30.75 % presentaba síntomas leves o moderados

de depresión clínica, evidenciando puntuaciones considerablemente más altas que la población china general ($p < .01$). En otro estudio, llevado a cabo por Cyr-Alves y col.[231], el 41 % de los participantes cumplía criterios para decir que tenían síntomas de depresión menor (EPDS > 9) y un 16 % podía considerarse que tenía puntuaciones que se correspondían con síntomas de depresión mayor (EPDS > 13) en las dos primeras semanas tras el nacimiento de sus bebés, pero en las semanas siguientes dichas puntuaciones tendían a disminuir. Mehler y col.[232] señalan resultados semejantes, e indican que en la muestra utilizada en su investigación, un 13 % de los padres en la UCIN tenía puntuaciones elevadas (>9) en el EPDS en el momento en que nacían sus hijos y que una vez que estos llegaban a término, al compararse con padres de niños nacidos a término, se mantenían significativamente más elevadas ($p = .03$).

Observamos que en ambos grupos, la respuesta de ansiedad se ajustó a la curva descendente planteada por investigaciones previas, evidenciando que en la mayoría de los casos, los hombres consiguen hacer un ajuste adecuado en su transición a la paternidad y por lo tanto la ansiedad disminuye paulatinamente, en la medida en que van ganando confianza en su nuevo rol [100, 186]. Aún así, los padres del grupo estudio, aunque se van familiarizando con el ambiente estresante de la UCIN y reciben cada vez más sostén y acompañamiento por parte del personal sanitario, lo que de acuerdo con otros autores, reduce los niveles de estrés, de ansiedad y de depresión [186, 233, 234], los niveles de ansiedad que presentan son significativamente más altos que en los padres con niños que no requieren hospitalización, coincidiendo con otros estudios que han descrito diferencias semejantes [230, 235, 236].

En relación a la depresión, se pudo observar que contrario a lo que proponen otros autores, en el grupo de padres con niños sanos y a término, las puntuaciones en el EPDS se elevaron ligeramente entre la primera y la segunda evaluación. Las posibles causas de dicha respuesta son difíciles de establecer, no obstante, una de las más probables sea que el momento en que se llevó a cabo la segunda aplicación de las escalas, coincidía con el momento en que los padres terminaban la baja de paternidad, que en ese

entonces duraba 15 días. Investigaciones previas señalan que puede haber diferencias en la prevalencia de sintomatología depresiva entre distintos países, dependiendo de las políticas públicas y los beneficios laborales y sociales a los que las familias pueden acogerse durante la etapa perinatal, entre otras la duración de las bajas parentales y cómo se distribuyen entre padres y madres[193, 237].

La diferencia entre los resultados obtenidos en el grupo control de este estudio y otros estudios que señalan un descenso en los niveles de depresión, puede estar vinculada también al hecho de que no existe unanimidad en la manera de medir la depresión en los padres, aún si cada vez se está usando más la EPDS, escala utilizada en este estudio, su validación en hombres se ha hecho en pocos países y los puntos de corte utilizados difieren de estudio a estudio y de país a país.

Al hacer una comparación entre la respuesta materna y la respuesta paterna a la hospitalización neonatal, los resultados obtenidos en este estudio nos hacen rechazar la segunda hipótesis del estudio, la cual suponía que las madres tenían un mayor riesgo de presentar síntomas de depresión y los padres un riesgo más elevado de presentar síntomas de ansiedad. Se observa, que cuando un recién nacido es hospitalizado, las madres con respecto a los padres, tienen niveles significativamente más altos tanto de ansiedad como de depresión.

Tal como se observó ya en los padres, en las semanas siguientes al nacimiento los síntomas de ansiedad y depresión tienden a descender también en las madres, aún así, al cabo de tres semanas las puntuaciones del EPDS en ellas siguen siendo significativamente más elevadas que en ellos, y las del STAI, aún si la diferencia ya no es significativa, son también mayores. Se observa también que hay una correlación significativa entre las puntuaciones maternas y paternas tanto de ansiedad como de depresión en los primeros días de hospitalización neonatal, pero no al cabo de 15-20 días. Lo que apuntaría a que el estado de ánimo inicial de uno de los progenitores, quizás relacionado con las dificultades para asumir el nuevo rol parental como se esperaba y en una situación que en lugar de favorecer la cohesión de la nueva familia parece disgregar la, hace que el estado de

ánimo del otro miembro de la pareja también se vea afectado.

En los primeros días posparto, de acuerdo con la literatura, los trastornos de estado de ánimo de un miembro de la pareja son el principal factor de riesgo para que el otro miembro también los presente, puesto que dicho malestar amplifica los miedos e inseguridades de cara al nuevo rol y a las nuevas responsabilidades[116, 238, 239]. Con el paso del tiempo, es probable que tanto los padres como las madres lleven a cabo un proceso de adaptación al nuevo rol, algunos autores explican que los padres pueden padecer baby blues durante los primeros días tras el nacimiento de sus hijos y que dicho estado de ánimo está asociado con el estado de ánimo materno, aún si por lo general los rasgos depresivos tienden a disminuir en las semanas siguientes subsiguientes, a la vez que los niveles de ansiedad se van estabilizando[229, 240].

El ánimo depresivo materno y paterno suelen estar correlacionados y al evaluarse en distintos momentos durante el primer año posparto, es frecuente encontrar que las puntuaciones maternas elevadas, o la presencia de síntomas en ellas, influyen de manera significativa sobre la respuesta paterna ampliando el riesgo de trastornos del estado de ánimo en ellos[191, 200]. Incluso en los casos en los que la correlación no es significativa, o deja de serlo tras los primeros días, en las madres la percepción de que la pareja no se encuentra bien emocionalmente y no ofrece el sostén esperado está asociada con la depresión puerperal y una mayor necesidad de recibir acompañamiento en los primeros meses posnatales; en tanto que la depresión posparto materna incluso en los casos en los que no se detecta depresión paterna simultánea, puede influir en la aparición de trastornos del estado de ánimo paterno en etapas posteriores y repercutir sobre su habilidad para implicarse en la crianza y ofrecer apoyo [100, 219, 241].

En el caso de la hospitalización neonatal, la pareja se enfrenta a una situación inesperada que amplifica las crisis y dificultades asociadas a la transición parental, los retos que esta supone y el impacto emocional inicial pueden repercutir fuertemente sobre ambos padres y la correlación emocional hacerse más evidente, no obstante, en la medida en que pasan los días cada uno de los miembros de la pareja parece hacer un proceso

propio de adaptación, lo que explicaría no sólo los niveles descendentes, sino también que dicha correlación entre el estado de ánimo materno y paterno ya no sea significativo tras dos semanas.

Bonnano y col. [242] al explicar la manera en que se elabora el trauma identifican cuatro trayectorias principales de recuperación que podrían aplicarse al caso de los padres y las madres en la UCIN: a) de resiliencia, b) crónica, c) retrasada y d) de recuperación. La trayectoria de resiliencia se caracteriza por la aparición mínima de síntomas y un curso relativamente estable en el funcionamiento y la salud mental; la trayectoria crónica, incluye síntomas iniciales muy intensos con limitaciones importantes en las actividades cotidianas que persisten, y las dos últimas, retrasada y de recuperación, se caracterizan por tener síntomas inmediatos de moderada intensidad que con el paso del tiempo pueden amplificarse en el caso de la retrasada o disminuir hasta regresar a la normalidad en el caso de seguir la trayectoria de recuperación, que es la más frecuente y la que siguen los participantes de este estudio.

Es probable también que el tipo de preocupaciones y las fuentes de estrés que podrían actuar como detonantes o perpetuadores del malestar, sean diferentes en hombres y en mujeres, y que por lo tanto pasados los primeros días tras el parto, aún si el estado de ánimo de un miembro de la pareja puede influir sobre el otro, ya no es determinante.

En esta misma línea, hay autores que señalan la dificultad para comparar las respuestas entre padres y madres, puesto que en los hombres los síntomas de depresión son difíciles de distinguir de los de ansiedad y tienden a minimizarlos o manifestarlos de una manera diferente a como lo hacen las mujeres, se ha visto que los hombres tienden a restringir su respuesta emocional, a actuar como soporte de sus parejas y a adoptar un rol más instrumental y de respuestas prácticas frente a aspectos específicos durante el periodo de hospitalización[226, 230].

Estudios realizados en otros países, centrados en analizar la respuesta ya sea de padres y madres por separado o de manera comparativa, señalan haber observado una tendencia semejante a la que se observa en este estudio, que se explica como una estrategia de afrontamiento y recuperación al

desajuste emocional que provoca la hospitalización neonatal, la cual puede ser percibida como un evento traumático[118, 133, 232].

Una revisión sobre la salud mental parental en la UCIN realizada por Roque y col.[243] señala que los padres y madres cuyos recién nacidos deben ingresar en la unidad neonatal, reportan niveles más elevados de depresión que aquellos con recién nacidos sanos y tienen un riesgo más elevado de desarrollar un episodio de depresión mayor en el primer año de vida de sus hijos, observándose que la respuesta de los padres difiere de la de las madres quienes habitualmente tienen más síntomas, más intensos y reaccionan a los factores estresantes de una manera diferente.

Aún si la mayor parte de la literatura revisada coincide en afirmar, como ya hemos señalado, que las madres tienden a presentar más síntomas de ansiedad y depresión que los padres durante la hospitalización neonatal y que con el paso de los días los síntomas disminuyen, algunos estudios no han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos[235, 244], lo que quizás pueda atribuirse no sólo a las diferencias de género mencionadas, sino también a que los instrumentos utilizados para medir y contrastar los síntomas entre padres y madres, varían y no son siempre comparables[243].

La hospitalización por lo tanto, implica un obstáculo en el proceso de identificación del recién nacido, vinculación y filiación, especialmente en los primeros días, pero en la medida en que tanto los padres como las madres se van adaptando a la situación, que el ambiente de la UCIN y las rutinas que impone se van haciendo más cotidianas, y que se da más opciones de participar en el cuidado del bebé, los niveles de ansiedad y de depresión tienden a descender.

Los resultados obtenidos ponen en evidencia que dentro de los factores implicados en la respuesta de ansiedad y depresión de padres y madres, el estrés generado por la unidad neonatal está estrechamente relacionado con la presencia de síntomas, aún si cada uno responde de manera diferente a este. Es por ello que la relación entre las distintas dimensiones evaluadas con la escala PSS:NICU y la presencia de síntomas en los dos momentos de evaluación también es diferente entre padres y madres.

En los primeros días posparto, el estrés global causado por la nueva e inesperada situación, que incluye el ambiente de la UCIN, la condición de salud del recién nacido, la separación del núcleo familiar y el gran volumen de información, tiene una relación significativa con los síntomas de ansiedad y de depresión tanto en padres como en madres, no obstante al cabo de 15-20 días el estrés global en los padres ya no parece influir sobre la respuesta de ansiedad y depresión, mientras que en las madres no solo se mantiene la correlación, sino que puede considerarse un factor predictor en la aparición posterior de síntomas y por lo tanto un factor de riesgo a tener en consideración.

Se observa que aún si en ambos progenitores hay una curva de síntomas descendiente, en las madres las puntuaciones se mantienen más elevadas que en los padres durante todo el periodo de hospitalización, esto podría responder a distintos motivos, el principal quizás sea la exigencia emocional y física más alta que el ingreso neonatal impone a las madres en todos los niveles: disponibilidad presencial, expectativas sociales y nivel de auto-exigencia. En los padres, es probable que la respuesta de estrés y por lo tanto de ansiedad y depresión no esté tan asociada con la unidad neonatal en sí, como quizás sí lo esté con otros factores que no han sido analizados, como la exigencia a nivel laboral, la preocupación por cuidar y proteger a la pareja y otros hijos si los hay, la falta de control y la forma de gestionar las propias emociones.

Jackson y col.[245] proponen un modelo que podría explicar este proceso de adaptación y el por qué los síntomas disminuyen durante el primer mes de hospitalización neonatal y siguen disminuyendo en casa una vez se da el alta durante los primeros 18 meses. Explican que los progenitores atraviesan cuatro fases en las que los sentimientos de alienación y responsabilidad se transforman gradualmente en confianza y familiaridad y que en padres y madres tienen matices distintos, dicho modelo se sintetiza en la figura 8.1

Hay autores que señalan que esta diferencia entre las puntuaciones de estrés y la presencia de síntomas entre padres y madres pueda responder también al hecho de que los hombres tienden a expresar menos sus emociones y preocupaciones y cuando lo hacen, no lo hacen de la misma manera

Experiencias de las madres

Experiencias de los padres

ALIENACIÓN

Ambivalencia
Preocupación por el RN
Necesidad de participar y control del cuidado



Irrealidad
Preocupación por el RN
Delegación del cuidado al equipo profesional

RESPONSABILIDAD

Inseguridad
Preocupación por el RN



Inseguridad
Nuevas demandas

CONFIANZA

Ajuste
Preocupación por el RN



Ajuste
Inadecuación

FAMILIARIDAD

Conciencia existencial-
nuevas perspectivas
Relación con el RN

Vive el presente
Relación con el RN

Figura 8.1: Síntesis de las experiencias parentales durante los primeros 18 meses de un recién nacido prematuro. Adaptado y traducido de Jackson y col. 2003 [245]

que las mujeres, por lo que podría pensarse que el estrés entre padres y madres, aún si guarda relación con la hospitalización del recién nacido, esté también condicionado por las expectativas personales y sociales asociadas tradicionalmente al rol materno y paterno en la cultura occidental por lo que sería necesario también valorar si las herramientas de cribado, aún si muestran tener validez con hombres y mujeres son capaces de tener en cuenta estas diferencias y pueden ofrecen resultados comparables[226].

Un meta-análisis realizado por Schappin y col.[246] sobre estrés parental en padres de niños prematuros, señala que la diferencia en los niveles de estrés entre padres y madres no suele ser significativa, pero que coincidiendo con nuestros hallazgos, los factores estresantes para las madres suelen ser diferentes a los que refieren los padres, lo que puede observarse también entre padres y madres de niños a término.

En este estudio, las alteraciones en el rol parental y la apariencia y comportamiento del recién nacido son los aspectos más críticos dentro de la UCIN y en los dos momentos de evaluación están relacionados con la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, aún si como mencionamos anteriormente, el nivel de significancia es diferente entre madres y padres. Se observa que mientras que para las madres son más difíciles de gestionar las alteraciones en el rol parental, siendo en ellas predictivas de niveles más elevados tanto de depresión como de ansiedad en los dos momentos de evaluación, para los padres la dimensión que resulta predictiva, relacionándose con puntuaciones más altas tanto en el STAI como en el EPDS en ambos momentos de evaluación, es la apariencia y comportamiento del recién nacido.

En este estudio llama la atención la diferencia tan marcada entre padres y madres en cuanto a dimensión predictiva. Es probable que en la mayor parte de estudios existentes no se ahonde sobre este aspecto, debido a que habitualmente la mirada está puesta sobre las madres, y la mayoría de las veces cuando se incluye al padre se miran resultados globales analizando qué aspectos y dimensiones generan más estrés o síntomas en ambos progenitores sin comparar ambos grupos.

El motivo por el cual en los padres el aspecto y el comportamiento del

recién nacido resultan tan relacionados con las puntuaciones de ansiedad y depresión, podría explicarse con planteamientos de investigaciones relativamente recientes que señalan que la respuesta emocional del padre está asociada a la percepción que tiene de su bebé, dicha percepción paterna del recién nacido determina la manera en que el padre interactúa con el, así como la frecuencia y el estilo de la interacción, elementos que a su vez influyen sobre el nivel de implicación y satisfacción con el nuevo rol. Por lo general, las percepciones positivas de los padres sobre sus recién nacidos, están asociadas con la robustez y la resistencia de estos[174, 245].

Mientras que lo que causa más estrés y por lo tanto más malestar psíquico en las madres con bebés hospitalizados, es sentir que no son capaces de actuar el rol materno como habían imaginado y como creen que socialmente se espera que lo hagan, algunos estudios indican que los padres de recién nacidos ingresados en la UCIN reportan no sentirse padres hasta que tienen la posibilidad de establecer contacto físico o visual con sus bebés, pero la percepción de tener un bebé frágil y poco reactivo en las interacciones que intentan establecer con este, así como el miedo a que contraigan infecciones o puedan hacerles daño, con frecuencia interfiere con su deseo de participar en actividades de cuidado[247-249].

Las madres, contrario a los padres, tienen más sentimientos de culpa e ineptitud cuando no se sienten inmediatamente vinculadas a sus bebés, cuando no pueden hacerse cargo de su cuidado directo y cuando otros asumen tareas que ellas esperaban poder realizar tras el parto[250].

Así, en tanto que para los padres el no encontrarse con el bebé imaginado para establecer una relación puede percibirse como una barrera para asumir el rol paternal, para las madres puede serlo la percepción de tener una relación frágil y no poder ejercer el rol materno como imaginaban, independientemente del aspecto y comportamiento de su recién nacido. De cualquier manera, ambos aspectos repercuten sobre la adaptación al nuevo rol parental y pueden ser factores significativos que potencien la aparición de síntomas de ansiedad y depresión[154, 188, 246, 251].

La percepción de una relación frágil con el recién nacido y de no ser capaces de hacerse cargo del cuidado y salud de este, son aspectos

significativos que repercuten sobre la respuesta adaptativa y emocional, por lo tanto se asocian con ansiedad y depresión[154, 251, 252].

La mayor parte de la literatura disponible sobre experiencia y respuesta emocional parental en las unidades de neonatología se centra en la evaluación del estrés y los factores que podrían explicarlo, son menos los trabajos disponibles en los que también se busca establecer una relación entre las respuestas de estrés en las distintas dimensiones y síntomas de riesgo o psicopatología en padres y madres. Coinciden unos y otros en afirmar que el estrés asociado a las alteraciones en el rol parental y a la apariencia y comportamiento del recién nacido es el más frecuente y el que suele tener más impacto a nivel de salud mental[189, 253-255].

Aún si en estudios similares, las mismas dos dimensiones son señaladas como aspectos que tienen un gran impacto sobre el estado anímico de los padres y de las madres[233, 256, 257], en la literatura revisada no se encontró ningún otro estudio que tuviera en consideración este aspecto predictivo, pero un estudio realizado recientemente en Italia por Stefana y col.[258] señala que el nacimiento prematuro y la subsiguiente hospitalización del recién nacido interfiere de forma adversa con la experiencia emocional de convertirse en padre, y que especialmente cuando el nacimiento sucede antes de la semana 32 de gestación, el padre experimenta niveles elevados de miedo y estrés asociados a dañar, romper o infectar a su bebé y por lo tanto sus niveles de implicación en el cuidado disminuyen, por lo que es necesario acompañar y promover el establecimiento de contacto con el recién nacido lo más pronto posible, ofreciendo herramientas para enfrentarse a la apariencia física y a la fragilidad de este.

En el presente estudio, la mayor parte de las variables sociales y demográficas no tienen relación con la presencia de síntomas de depresión y ansiedad ni en los padres ni en las madres, durante el primer mes de hospitalización neonatal. No obstante, aún si las asociaciones entre variables sociales, demográficas y antecedentes de salud con la presencia de síntomas son difíciles de generalizar, debido al tamaño de la muestra y a características bastante homogéneas entre los participantes, se observa que las variables referentes a la situación familiar y a recursos sociales están

asociadas a las respuestas paternas, mientras que en las madres tienen más peso aspectos relacionados con su propia salud o la del bebé.

En tanto que los resultados del presente estudio indican que en las madres ninguna de las variables sociodemográficas, ni los antecedentes de salud, ni la condición del recién nacido en términos de semanas gestacionales o nivel de gravedad están asociados con los síntomas de depresión en ninguno de los dos momentos de evaluación, en los padres se observa que las puntuaciones de depresión están asociados a factores que repercuten sobre la estructura familiar y su rol dentro de esta. En un primer momento la variable que se asocia con mayores puntuaciones de depresión es tener o no más hijos, y en el segundo momento, la percepción de la calidad y solidez de la relación de pareja, así como el riesgo de que el recién nacido no evolucione positivamente si hubo algún tipo de diagnóstico prenatal que anticipaba el riesgo de parto prematuro o dificultades vinculadas a su salud y desarrollo.

Una de las revisiones más recientes sobre ansiedad perinatal materna[259] señala que entre los principales factores de riesgo que tienen las mujeres para desarrollar un trastorno de ansiedad en el posparto se encuentran las condiciones que rodean la gestación y el nacimiento, lo que seguramente explica que en nuestra muestra el tipo de parto que tuvieron las mujeres, el peso del recién nacido al nacer y un trastorno previo de infertilidad estén asociados con puntuaciones elevadas en el STAI en el primer momento de evaluación, pero que al cabo de 15-20 días, cuando lo que pasa a ser prioritario para ellas es el bienestar del recién nacido y la relación que puedan establecer con él dichas variables ya no resulten relacionadas con las puntuaciones de ansiedad.

La respuesta de las madres contrasta con la de los padres, para quienes en un primer momento las variables asociadas a la estabilidad familiar parecen ser las que más peso tienen, observándose mayores puntuaciones de ansiedad asociados a la percepción de una red de apoyo más frágil, a tener que hacerse cargo de otros hijos y a la situación laboral en la que se encuentran. Algo semejante ha sido descrito por otros autores que han investigado tanto a padres como a madres de recién nacidos prematuros

y que señalan que en los padres, mayores niveles de estrés, depresión y ansiedad están relacionados con su situación marital, el número de hijos y el temperamento de los recién nacidos y el aislamiento social, mientras que no suelen estar relacionados con variables asociadas al parto o la salud del bebé, como se observa en las mujeres [241, 246], para quienes los aspectos que más peso tienen en las respuestas de estrés y ansiedad son aquellas asociadas a la sensación de incompetencia, a las restricciones en el rol materno y a problemas de salud propios[260].

Estas respuestas podrían atribuirse a las expectativas sociales que aún existen alrededor de padres y madres, que pretenden que las madres puedan gestar, llevar a término un embarazo, dar a luz a un hijo sano y cuidar de él, mientras los padres deben poder proveer y organizar el entorno para que la nueva familia pueda prosperar y por lo tanto cuando este plan parece fallar, las respuestas de ansiedad se relacionan también con aquellas expectativas que parecen no poder cumplir.

Investigaciones publicadas en los últimos cinco años concluyen que los factores que más relación tienen con la depresión paterna posnatal, además de los propios antecedentes de salud mental o la salud mental de la madre, son la percepción de un pobre apoyo social, práctico y emocional, dificultades en la relación de pareja, estar sin empleo, y la sensación de que las expectativas que se tenían respecto a la paternidad y la realidad son incongruentes[192, 194, 246, 261-263]. Es probable que algunas de las variables que han resultado ser significativas en otros estudios, en este caso no lo sean, debido a las características de la muestra, en la que entre los participantes había una tasa muy baja de desempleo y un nivel medio - alto de estudios.

Aún si suele señalarse que tener antecedentes de dificultades en la salud mental es un factor de riesgo para que los padres presenten síntomas de depresión en el primer año de vida de sus hijos, nuestros resultados no encontraron significativa esta variable, aunque sí lo fue que en la familia los hubiera. Otros autores, han hallado una relación entre el tipo y la calidad de los vínculos entre los padres y sus propios progenitores con el impacto que los trastornos en la salud mental de algún miembro de la

familia pueden tener en el proceso de transición a la paternidad[187, 194, 264].

Llama la atención en los padres, que al cabo de 15-20 días, las variables que más relación tienen con los síntomas de ansiedad en los primeros tres días ya no son significativas, y pasan a serlo la duración y la calidad de la relación de pareja principalmente, que en este estudio resultó ser predictiva de las respuestas tanto de ansiedad como depresión independientemente del momento de evaluación.

Culturalmente los hombres tienden a tener menos redes de apoyo y más frágiles, por lo que suelen apoyarse en sus parejas, especialmente en situaciones críticas como es la transición a la paternidad; la percepción de no ser suficientemente eficaces como padres y compañeros, así como sentir que sus parejas o el entorno los ven poco capaces de hacerse cargo del cuidado del bebé y de la familia disminuye el nivel de implicación paterna y aumenta los niveles de estrés y malestar, situación que repercute sobre la calidad de la relación convirtiéndose en un factor de riesgo. Por el contrario, una percepción de mayor eficacia y sensibilidad parental, respaldada por la cohesión en la relación marital se ha visto que reduce el riesgo de presentar sintomatología ansiosa y depresiva, así como favorece la adaptación y la implicación paterna [188, 260, 265].

Varios estudios señalan que en los hombres el ajuste marital y la percepción de la calidad de pareja, es uno de los factores de riesgo más frecuente para que se desarrollen trastornos del estado de ánimo en la etapa perinatal [265-267].

Una de las hipótesis de este estudio que se ha confirmado con los resultados, es que independientemente de la edad gestacional, la duración de la hospitalización o la condición médica del recién nacido, la respuesta de ansiedad y depresión en padres y madres es semejante. Aún si no es generalizable debido al tamaño de la muestra y la dificultad para comparar a los padres de acuerdo a la condición específica de sus hijos, ni el peso, ni las semanas de gestación, ni la duración total de la hospitalización fueron significativas, coincidiendo con otros estudios que señalan que es el ingreso mismo en la unidad neonatal lo que desencadena estas respuestas, y las

barreras que impone a los nuevos padres la transición a la parentalidad y al establecimiento del vínculo con el recién nacido[243, 268]. Del mismo modo estudios que comparten este planteamiento señalan también que tal como ha sucedido en este estudio, puede esperarse una curva descendiente en la cantidad e intensidad de los síntomas, a medida que pasan los días[230, 236].

La posibilidad de ofrecer una atención óptima en la unidad neonatal a los recién nacidos, está estrechamente relacionada con la posibilidad de ofrecer unos cuidados centrados en la familia y el desarrollo que respondan a las necesidades reales de las familias, por lo que identificar las necesidades emocionales específicas de los padres y cómo pueden coincidir o no con las de las madres se hace cada vez más necesario, y es el motivo por el cual en este estudio se pidió tanto a padres como a madres, que una vez estuvieran en casa, completaran una adaptación del cuestionario elaborado por Garten y col.[225], para evaluar sus experiencias y necesidades durante la estancia de sus recién nacidos en la unidad neonatal. Se pudo observar que las respuestas de padres y madres eran semejantes en la mayoría de los ítems evaluados, incluyendo aquellos que exploraban miedos, preocupaciones y afrontamiento de la presión emocional, actitudes parentales, confianza, auto-estima y auto-eficacia en el rol parental. No obstante, hay algunos aspectos en los que las respuestas de los padres difieren significativamente de las madres, estos son: la percepción de apoyo, la expresión de las emociones, el impacto sobre la relación de pareja y la idea de las responsabilidades que deben ser asumidas durante el periodo de hospitalización.

Los padres, sienten que entre sus tareas principales durante el periodo de hospitalización del recién nacido, tanto dentro de la unidad como fuera, está asumir las tareas domésticas y proveer a la familia, pero también ofrecer sostén emocional a la pareja y protegerla de malas noticias, funciones que al parecer son parte importante de la motivación para ir a la unidad neonatal y razón por la cual, a diferencia de las mujeres, la mayor parte de las veces van con ellas, en lugar de hacerlo solos. Estos resultados encajan en las expectativas sociales existentes que aún tienden a ver, especialmente en el puerperio, a la madre como la cuidadora principal y al padre como el

ayudante, y desde las que no sólo se espera que el padre pueda garantizar el funcionamiento y bienestar de la familia a través de las tareas prácticas y el sustento económico, si no también manteniendo la entereza emocional en circunstancias en las que sus parejas podrían estar en una situación de vulnerabilidad, en ocasiones a costa de su propio bienestar emocional, por lo que no expresan sus emociones y tienen más dificultad para solicitar apoyo[249, 269].

En este estudio se puede observar que aún si ambos progenitores señalan haberse sentido bienvenidos en la unidad neonatal por el personal sanitario, al que encontraron amable y profesional, y con el que conversaban frecuentemente obteniendo información que les resultaba muy útil, la percepción de que ofrecía apoyo era significativamente distinta entre padres y madres, menos de la mitad de los padres se sintió respaldado por este y solo el 23.5% de padres con relación al 40.5% de madres, sintió que el equipo de enfermería podía ser un interlocutor para expresar miedos y preocupaciones. Es probable, que siendo una unidad abierta, en la que la mayor parte de las conversaciones y acercamientos a las familias pueden ser vistas por otros, los padres que tienden a reprimir sus emociones, para poder mantener la imagen de ser fuertes y capaces de sostener a sus familias y proteger a sus mujeres, sintieran que no tenían la posibilidad de expresar su fragilidad y sus temores, puesto que aún si no podemos observar diferencias significativas entre las motivaciones de las madres y de los padres para no hablar de sus miedos y preocupaciones, probablemente por el tamaño tan reducido de la muestra, si se puede observar que cinco padres señalaron no haberlo hecho porque no habían tenido la oportunidad, no habían encontrado interlocutor, les había faltado fuerza para hacerlo o nadie les había preguntado, con respecto a únicamente una madre que señaló no haber tenido la oportunidad para hacerlo. En referencia al señalamiento que hacen de no haber encontrado interlocutor y que no se les había preguntado si necesitaban apoyo, habría que preguntarse si el hecho que la mayor parte del personal sanitario estuviera constituido por mujeres, con quienes los hombres podrían no sentirse cómodos expresando su fragilidad, o ellas preguntando, podría constituir una barrera que explique esta percepción.

Estudios previos señalan que la mayoría de progenitores gestionan las emociones asociadas a la hospitalización neonatal comunicándose con otros y buscando apoyo social. Las relaciones en las que hay cercanía emocional y un acompañamiento empático son clave para la elaboración de los duelos asociados a la estancia en la UCIN; en la medida que tanto los padres como las madres sienten que son escuchados, pero también reconocidos y apoyados por otros, su rol parental se va afianzando y la posibilidad de establecer un vínculo con el recién nacido también, por lo que se minimizan las dificultades emocionales y trastornos de salud mental, así como se generan condiciones más apropiadas para el desarrollo del nuevo hijo[270]. En este sentido encontrar el apoyo adecuado, cercano y empático por parte del personal sanitario hace que la experiencia en la UCIN sea más manejable y que los sentimientos de aislamiento, inadecuación e impotencia que suelen acompañarles durante la hospitalización neonatal disminuyan[271, 272].

Los resultados obtenidos, no sólo coinciden con el estudio para el que se diseñó la herramienta, sino también con otros que señalan que no existen diferencias significativas entre las necesidades percibidas por padres y madres en las unidades neonatales [273]. En este estudio el 85.2% de los padres tuvo la posibilidad de tocar a sus recién nacidos en las primeras 24 horas de vida y la mayoría dijo haberse sentido integrado en el cuidado del recién nacido y reconocido en su rol de padre recibiendo comentarios positivos por parte del personal sanitario, coincidiendo con las madres en que habían recibido un trato semejante desde el primer momento, lo que se refleja en una percepción satisfactoria de sí mismos como padres, la sensación de que han podido establecer un vínculo intenso con el recién nacido y que su presencia en la UCIN influyó de forma positiva en la salud de sus bebés.

No se observan diferencias significativas entre la percepción que tienen padres y madres de ser incluidos y reconocidos en su rol dentro de la unidad neonatal, sin embargo, las madres manifiestan una sensación de impotencia significativamente más alta que los padres ($p < .01$) y señalan haber buscado y recibido mucho más apoyo, no solo por parte del equipo de base de la UCIN, sino también recurriendo a otros padres dentro de

la unidad y a apoyo psicológico para gestionar el estrés adicional que el ingreso neonatal les generaba.

La literatura revisada coincide en afirmar que comparando las experiencias maternas y paternas en la UCIN, para las madres, la barrera que supone la hospitalización y sentir que no tienen control sobre el cuidado de sus recién nacidos es la fuente principal de estrés, pues desencadena sentimientos de culpa, impotencia e inadecuación, en tanto que en los padres, lo es la dificultad para establecer un contacto físico y temprano con el recién nacido así como la percepción de fragilidad y la poca posibilidad de entrar en contacto con este. Cuando los padres tienen la opción de tener un contacto temprano con el recién nacido y se sienten incluidos en el cuidado, aún si las tareas principales siguen recayendo en la madre o los profesionales, las sensaciones de inadecuación y estrés disminuyen y aumentan la confianza[270, 274].

Es importante señalar que las características y el funcionamiento de la unidad neonatal en la que se adelantó este estudio favorecían en gran medida la participación de ambos padres, promoviendo desde el primer momento la presencia del padre y el establecimiento de una relación de cuidado y afecto con el recién nacido, ambos miembros de la pareja podían entrar libremente en la UCIN y no había horarios establecidos para hacerlo. Dicha circunstancia es interesante, pues pone en evidencia que aún si las percepciones entre padres y madres son semejantes respecto a los recursos disponibles, hay un uso de estos distinto y también las percepciones relativas a la propia idoneidad son distintas entre ellos.

Coincidiendo con estudios previos, se puede observar que las fuentes y el tipo de apoyo que buscan los padres difiere del de las madres, aún si como se observa en este estudio, tanto las mujeres como los hombres tienden a recurrir en primera instancia a sus parejas para obtener apoyo emocional o psicológico, las mujeres recurren con más frecuencia a otras madres de la unidad neonatal cuando no cuentan con otras redes de apoyo o no tienen acceso a sostén psicológico profesional, mientras que los padres tienden a hablar con los profesionales de la salud que tienen más cerca, preferiblemente el equipo médico y de enfermería de la UCIN[275].

Es interesante que aún si podría pensarse que las condiciones adversas para el establecimiento del rol parental y el asentamiento de la pareja que impone la unidad neonatal y la condición del recién nacido podrían repercutir negativamente sobre la relación marital, tal como señalan algunos estudios[276], un porcentaje alto de los padres (79.4%) y de las madres (54.1%) participantes en el estudio señala que durante el periodo de hospitalización la relación con sus parejas se fortaleció, no obstante, también se hace evidente que la percepción que tienen las madres respecto a la relación y su solidez es diferente a la que tienen los padres, puesto que frente al 45.9% de las madres que dijo que la experiencia en la UCIN había tenido un impacto negativo o que la relación no se había visto afectada, solo el 20.6% de los padres tuvo dicha impresión. Es probable que la manera en la que las mujeres valoran la presencia y el apoyo que requieren por parte de sus parejas durante el periodo de hospitalización no coincida con la manera en la que los hombres lo hacen, sin embargo es necesario profundizar en este aspecto, puesto que no ha sido posible encontrar estudios o literatura que lo hayan explorado con mayor profundidad.

Tal como proponen otros autores[225, 276-278], los resultados del cuestionario sugieren que los padres consideran que es necesario que se les ofrezcan más apoyo y herramientas específicas para ellos, que les den más recursos a la hora de cuidar al recién nacido y afrontar las dificultades emocionales y psicológicas que pueden surgir, así como para hacer más simple el proceso de ingreso hospitalario inmediatamente tras el parto, en el que las demandas sobre ellos son elevadas. Llama la atención sin embargo, que las mujeres manifiestan un interés mayor que el que ellos mismos señalan, de que se les ofrezca esta alternativa.

Limitaciones y puntos fuertes

Algunas limitaciones deben tenerse en consideración con respecto al presente estudio. Los resultados son difíciles de generalizar debido al tamaño de la muestra y que esta fue reclutada en su totalidad en un único hospital.

Fue difícil constituir la muestra para el grupo de estudio, por dos motivos fundamentalmente, el primero de ellos era el tiempo mínimo de hospitalización neonatal establecido para ser incluidos en la investigación.

El equipo médico hacía una estimación del tiempo que duraría la hospitalización y lo comunicaba a la investigadora, de manera que pudiera aproximarse a las familias en los tres primeros días, no obstante, no siempre la condición del recién nacido hacía posible realizar esta estimación y era difícil predecir el tiempo que permanecería en la UCIN o si su estado de salud podría deteriorarse en los días subsiguientes, en tal caso las familias eran excluidas. El segundo motivo por el que el tamaño de la muestra se redujo, es que aunque fuese posible contactar a los padres en los primeros tres primeros días para invitarles a participar, un número considerable de ellos, frecuentaba la unidad neonatal al salir del trabajo o al final de la tarde cuando podían encontrar quién les relevara en casa con otros hijos o responsabilidades y acudían entre las 20:00 y las 23:00 horas, o durante los fines de semana, por lo que contactarles para entregar los cuestionarios y realizar las entrevistas no siempre era posible.

La participación de los padres del grupo control, se vio restringida debido a que la permanencia en el hospital de las madres tras el parto, en algunos casos era muy breve pudiendo optar al alta temprana y por lo tanto se marchaban a casa pocas horas después del nacimiento de sus hijos.

La población migrante, que representa una tasa significativa de ingresos en el hospital de la Maternidad, está poco representada debido a la barrera idiomática que impedía incluirlos en el estudio.

Una debilidad añadida, es el escaso conocimiento que se tenía sobre los antecedentes de salud mental paterna, puesto que los hospitales y los servicios de salud no recogen este tipo de información durante el seguimiento del embarazo, en tanto que si lo hacen con las madres. La información que ofrecieron los padres participantes en algunos casos era vaga, haciendo difícil inferir si la aparición de los síntomas estaba relacionada con la hospitalización neonatal o si estaban ya presentes cuando esta se hizo necesaria. Por lo tanto, una limitación importante de este trabajo es no haber realizado y no tener disponible una evaluación de la salud mental paterna y el estado de ánimo durante la etapa prenatal, información con la que se podría haber establecido si los resultados del cribado en ansiedad

y depresión en los primeros días posparto estaban asociados a un estado emocional previo o si habían emergido tras la hospitalización neonatal.

A pesar de las limitaciones, hay que señalar que el estudio se llevó a cabo con una muestra de población muy homogénea, en un contexto que permitió hacer un seguimiento muy controlado de los casos, siguiendo unos criterios de inclusión y exclusión estrictos y en el que los cuestionarios utilizados, aún si no están validados en población hispana, son cuestionarios estandarizados que han mostrado su fiabilidad.

Futuras líneas de investigación

Sería recomendable reproducir el estudio con otras muestras españolas o de Latinoamérica para valorar hasta qué punto, las características de la Unidad neonatal en la que se recogieron los datos, así como el contexto socio-cultural influyen sobre los resultados, así como validar o incluso diseñar escalas específicas para padres, teniendo en consideración que aún en los estudios que se adelantan en este sentido utilizan escalas diseñadas pensadas para las madres, con las dificultades de generalización y comparación que esto supone.

En estudios posteriores tendría que incluirse más información sobre los antecedentes de salud mental paterna, así como contrastar las expectativas personales con las sociales, para poder determinar en qué medida unas y otras marcan las preocupaciones y las respuestas de los padres. Del mismo modo, sería interesante contrastar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, al cabo de seis meses, una vez que los padres que han tenido sus hijos hospitalizados están ya en casa con ellos, y ver si pueden observarse diferencias en implicación paterna y vinculación paterno-filial entre los dos grupos de padres.

En investigaciones futuras sería recomendable abordar la perspectiva de los profesionales vinculados a las familias en el periodo perinatal, explorando el nivel de conocimiento que tienen respecto a la prevalencia de los trastornos de salud mental en el padre, particularmente en situaciones de mayor vulnerabilidad como puede ser la hospitalización neonatal, así como los protocolos y estrategias existentes para detectar e intervenir apoyando

no sólo a la madre y al recién nacido, sino también al padre.

VI |

CONCLUSIONES

9 |

Conclusiones

De acuerdo con los resultados obtenidos es posible concluir que:

- El padre de un recién nacido que debe ser ingresado en la unidad neonatal inmediatamente después de su nacimiento, tiene un riesgo mayor de presentar síntomas de depresión y ansiedad que el padre de un recién nacido sano y a término en los primeros días posparto.
- Los síntomas tienden a disminuir al cabo de tres semanas y el riesgo en padres con recién nacidos hospitalizados no es significativo con respecto a los padres de niños sanos y a término.
- Las madres cuyos recién nacidos están hospitalizados en una unidad neonatal obtienen puntuaciones más elevadas en las escalas de ansiedad y depresión que los padres, tanto en los primeros tres días de ingreso hospitalario, como al cabo de tres semanas.
- Tanto en los padres como en las madres, con recién nacidos hospitalizados, los niveles de ansiedad y depresión tienden a descender.
- El estrés generado por la hospitalización neonatal y las condiciones de la UCIN es el predictor principal tanto en padres como en madres de la aparición de síntomas de ansiedad y depresión. No obstante, padres y madres no responden de la misma manera a las dimensiones evaluadas con la escala PSS:NICU y la relación entre dichas dimensiones con la presencia de síntomas es diferente.

- En los padres la dimensión asociada a niveles más elevados de estrés es la apariencia y el comportamiento del recién nacido, mientras que en las madres los son el estrés global que genera la unidad y las alteraciones en el rol parental.
- En los padres, puntuaciones más elevadas en depresión y ansiedad están asociadas principalmente con la percepción que tienen de la calidad de la relación de pareja, el número de hijos y la percepción de redes de apoyo débiles, en tanto que en las madres ni las variables sociales o demográficas, ni los antecedentes de salud, ni el estado del recién nacido están asociados con síntomas de depresión, y los síntomas de ansiedad, únicamente en los tres primeros días están asociados a antecedentes médicos y al peso del recién nacido, mientras que al cabo de tres semanas se asocian a la capacidad de ejercer el rol materno.
- Los padres y las madres de recién nacidos ingresados en la UCIN señalan haberse sentido bienvenidos en la unidad neonatal y reconocen que el padre fue incluido en el cuidado del recién nacido de la misma manera que la madre, sin embargo, menos de la mitad de los padres se sintió respaldado por el personal sanitario y percibió que faltaban interlocutores y espacios para expresar miedos y preocupaciones.
- Tanto padres como madres consideran que hacen falta espacios y recursos que faciliten la adaptación logística y emocional a la unidad neonatal y que respondan también a las necesidades particulares que tiene cada uno.
- Hace falta elaborar y validar en lengua castellana instrumentos específicos de cribado orientados al padre, entendiendo que la idea de paternidad, así como las expectativas sociales pueden variar notablemente incluso entre países que parecen ser semejantes.

Los resultados de la presente tesis doctoral, aportan información sobre la manera en que el padre afronta la hospitalización neonatal y ponen en evidencia la necesidad de identificar tempranamente las dificultades que

pueden surgir e interferir con la vinculación e implicación en el cuidado del recién nacido, entendiendo que las necesidades paternas y la manera en la que los padres expresan sus emociones son distintas a las maternas y que por lo tanto no pueden abordarse del mismo modo.

Referencias

1. Bowlby J. El apego. El apego y la pérdida 1. Ed. por Paidós. Barcelona: Paidós, 1998
2. Condon JT, Corkindale CJ, Boyce P y Gamble E. A longitudinal study of father-to-infant attachment: antecedents and correlates. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2013; 31:15-30
3. United Nations Children's Fund. Levels & Trends in Child Mortality: Report 2018, Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Inf. téc. United Nations Children's Fund, 2018
4. Del Moral T y Bancalari E. Evolución de la actitud frente al recién nacido prematuro. *Boletín de la sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castillay León* 2010; 50:39-42
5. Gooding JS, Cooper LG, Blaine AI, Franck LS, Howse JL y Berns SD. Family Support and Family-Centered Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Origins, Advances, Impact. *Seminars in Perinatology* 2011 Mar; 35:20-8
6. Altman L. "A Kennedy Baby's Life and Death". *New York Times* 2013 :July29
7. Rite Gracia S, Fernández Lorenzo JR, Echániz Urcelay I, Botet Mussons F, Herranz Carrillo G, Moreno Hernando J, Salguero García E y Sánchez Luna M. Niveles asistenciales y recomendaciones

de mínimos para la atención neonatal. *Anales de Pediatría* 2013; 79:51.e1-51.e11

8. Bowlby J. *Attachment: Attachment and loss (Second Edition)*. 2nd Editio. Basic Books, 1982 :430
9. Spitz RA. Hospitalism. *The Psychoanalytic Study of the Child* 1945; 1:53-74
10. Shields L, Zhou H, Pratt J, Taylor M, Hunter J y Pascoe E. Family-centred care for hospitalised children aged 0-12 years. *The Cochrane database of systematic reviews* 2012 Jan; 10:CD004811
11. American Academy of Pediatrics. Policy Statement: Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics* 2003; 112:691-7
12. Tondi MH. Family Centered Pediatric Nursing Care : State of the Science. *Journal of Pediatric nursing* 2010; 25:335-43
13. Parlamento Europeo. Carta Europea de los Derechos de los Niños y las Niñas Hospitalizados. Ajuntament de Barcelona, 1986
14. Greisen G, Mirante N, Haumont D, Pierrat V, Pallás-Alonso CR, Warren I, Smit BJ, Westrup B, Sizun J, Maraschini A y Cuttini M. Parents, siblings and grandparents in the Neonatal Intensive Care Unit A survey of policies in eight European countries. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics* 2009; 98:1744-50
15. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Unidades de Neonatología. Estándares y recomendaciones de calidad. Ed. por Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014
16. Maree C y Downes F. Trends in family-centered care in neonatal intensive care. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* 2016; 30:265-9
17. Saunders R, Abraham M, Crosby M, Thomas K y Edwards W. Evaluation and Development of Potentially Better Practices for Improving Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Units. *Pediatrics* 2003; 111:e437

18. Brett J, Staniszewska S, Newburn M, Jones N y Taylor L. A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *BMJ open* 2011; 1:e23
19. POPPY Steering Group. Family-centred care in neonatal units. A summary of research results and recommendations from the POPPY Project. London, U.K.: NCT, 2009
20. Staniszewska S, Brett J, Redshaw M, Hamilton K, Newburn M, Jones N y Taylor L. The POPPY study: developing a model of family-centred care for neonatal units. *Worldviews on evidence-based nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing* 2012 Dec; 9:243-55
21. Feldman R, Eidelman AI, Sirota L y Weller A. Comparison of Skin-to-Skin (Kangaroo) and Traditional Care: Parenting Outcomes and Preterm Infant Development. *Pediatrics Official Journal of the American Academy of Pediatrics* 2002 Jul; 110:16-26
22. Feldman R, Rosenthal Z y Eidelman AI. Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. *Biological psychiatry* 2014 Jan; 75:56-64
23. Melnyk BM, Alpert-gillis L, Feinstein NF, Crean F, Johnson J, Fairbanks E, Small L, Rubenstein J, Corbo-richert B y Slota M. Creating Opportunities for Parent Empowerment : Program Effects on the Mental Health / Coping Outcomes of Critically Ill Young Children and Their Mothers. *Pediatrics Official Journal of the American Academy of Pediatrics* 2004; 113:596-608
24. Browne JV y Talmi A. Family-based intervention to enhance infant-parent relationships in the neonatal intensive care unit. *Journal of pediatric psychology* 2005 Dec; 30:667-77
25. Cooper LG, Gooding JS, Gallagher J, Sternesky L, Ledsky R y Berns SD. Impact of a family-centered care initiative on NICU care, staff and families. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association* 2007 Dec; 27 Suppl 2:S32-7

26. Mikkelsen G y Frederiksen K. Family-centred care of children in hospital - a concept analysis. *Journal of advanced nursing* 2011 May; 67:1152-62
27. Ortenstrand A, Westrup B, Broström EB, Sarman I, Akerström S, Brune T, Lindberg L y Waldenström U. The Stockholm Neonatal Family Centered Care Study: effects on length of stay and infant morbidity. *Pediatrics* 2010 Mar; 125:e278-85
28. Warre R, O'Brien K y Lee SK. Parents as the Primary Caregivers for Their Infant in the NICU: Benefits and Challenges. *NeoReviews* 2014; 15:e472-e477
29. Als H, Duffy FH, McAnulty GB, Rivkin MJ, Vajapeyam S, Mulkern RV, Warfield SK, Huppi PS, Butler SC, Conneman N, Fischer C y Eichenwald EC. Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics* 2004; 113:846-57
30. Gorzilio DM, Garrido E, Gasparido CM, Martinez FE y Linhares MBM. Neurobehavioral development prior to term-age of preterm infants and acute stressful events during neonatal hospitalization. *Early Human Development* 2015; 91:769-75
31. Hallowell SG, Froh EB y Spatz DL. Human milk and breastfeeding: An intervention to mitigate toxic stress. *Nursing Outlook* 2017; 65:58-67
32. Hüning BM, Assing B, Weishaupt E, Dransfeld F, Felderhoff-Müser U y Zmyj N. Delay of gratification and time comprehension is impaired in very preterm children at the age of 4 years. *Early Human Development* 2017; 115:77-81
33. Wolke D. Environmental neonatology. *Archives of disease in childhood* 1987; 62:987-8
34. The Northern Neonatal Network. Guideline for Family Centred Care. March. The Northern Neonatal Network, 2014 :1-12

35. Perapoch López J, Pallás Alonso C, Linde Sillo M, Moral Pumarega M, Benito Castro F, López Maestro M, Caserío Carbonero S y Cruz-Bértolo J de la. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. *Anales de Pediatría* 2006; 64:132-9
36. Picker Institute Europe. Parents' experiences of neonatal care a report on the findings from a National Survey. *Inf. téc.* November. 2011
37. March of Dimes, PMNCH, Save the Children y WHO. *Born too Soon: the Global Action Report on Preterm Birth*. WHO Press, 2012 :126
38. Vogel JP, Chawanpaiboon S, Moller AB, Watananirun K, Bonet M y Lumbiganon P. The global epidemiology of preterm birth. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2018; 52:3-12
39. Morisaki N, Ganchimeg T, Vogel JP, Zeitlin J, Cecatti JG, Souza JP, Pileggi Castro C, Torloni MR, Ota E, Mori R, Dolan SM, Tough S, Mittal S, Bataglia V, Yadamsuren B y Kramer MS. Impact of stillbirths on international comparisons of preterm birth rates: a secondary analysis of the WHO multi-country survey of Maternal and Newborn Health. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2017; 124:1346-54
40. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD y Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet* 2008; 371:75-84
41. Purisch SE y Gyamfi-Bannerman C. Epidemiology of preterm birth. *Seminars in Perinatology* 2017; 41:387-91
42. Agència de Salut Pública. *Indicadors de salut perinatal a Catalunya. Any 2017. Informe executiu. Generalitat de Catalunya* 2018 :1-10
43. Chang H, Larson J y Blencowe H. Preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index. *lancet* 2013; 381:223-34

44. Younge N, Goldstein RF, Bann CM, Hintz SR, Patel RM, Smith PB, Bell EF, Rysavy MA, Duncan AF, Vohr BR, Das A, Goldberg RN, Higgins RD y Cotten CM. Survival and Neurodevelopmental Outcomes among Periviable Infants. *New England Journal of Medicine* 2017; 376:617-28
45. Kiechl-Kohlendorfer U, Merkle U, Deufert D, Neubauer V, Peglow UP y Griesmaier E. Effect of developmental care for very premature infants on neurodevelopmental outcome at 2 years of age. *Infant Behavior and Development* 2015; 39:166-72
46. Gerry Taylor H. Multiple risks for long-term cognitive impairments following preterm birth. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics* 2015; 104:218-20
47. Robaina Castellanos GR. Bajo peso al nacer, prematuridad y enfermedades crónicas en la adultez. *Revista Cubana de Pediatría* 2017; 89:2-5
48. Feeley N, Gottlieb L y Zelkowitz P. Infant, mother, and contextual predictors of mother-very low birth weight infant interaction at 9 months of age. *Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP* 2005 Feb; 26:24-33
49. Howe TH, Sheu CF, Hsu YW, Wang TN y Wang LW. Predicting neurodevelopmental outcomes at preschool age for children with very low birth weight. *Research in Developmental Disabilities* 2016; 48:231-41
50. Tosun A, Gürbüz-Özgür B, Aksu H y Kaynak-Türkmen M. The long-term neurodevelopmental outcomes of infants born full-term with low birth weight. *Turkish Journal of Pediatrics* 2017; 59:169-76
51. Blondel B. Augmentation des naissances gémellaires et conséquences sur la santé. *Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction* 2009; 38:S7-S17
52. Campbell D, Teijlingen ER van y Yip L. Economic and social implications of multiple birth. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2004; 18:657-68

53. Ko HS, Wie JH, Choi SK, Park IY, Park YG y Shin JC. Multiple birth rates of Korea and fetal/neonatal/infant mortality in multiple gestation. *PLoS ONE* 2018; 13:1-12
54. Briana DD y Malamitsi-Puchner A. Twins and neurodevelopmental outcomes: the effect of IVF, fetal growth restriction, and preterm birth. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 2019; 32:2256-61
55. Fisher J y Stocky A. Maternal Perinatal Mental Health and Multiple Births: Implications for Practice. *Twin Research* 2003; 6:506-13
56. Klock SC. Psychological adjustment to twins after infertility. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2004; 18:645-56
57. Meaney S, Corcoran P y O'Donoghue K. Death of One Twin during the Perinatal Period: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Journal of Palliative Medicine* 2016; 20:290-3
58. Richards J, Graham R, Embleton ND, Campbell C y Rankin J. Mothers' perspectives on the perinatal loss of a co-twin: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015; 15:1-12
59. Vasilescu C, Garel M y Caeymaex L. [Experience of parents after the loss of a newborn twin in the NICU: a qualitative study 3 years after the death]. *Archives de pédiatrie : organe officiel de la Société française de pédiatrie* 2013; 20:356-63
60. Bennett CT, Buchan JL, Letourneau N, Shanker SG, Fenwick A, Smith-Chant B y Gilmer C. A realist synthesis of social connectivity interventions during transition to parenthood: The value of relationships. *Applied Nursing Research* 2017; 34:12-23
61. Feldman R y Bakermans-Kranenburg MJ. Oxytocin: a parenting hormone. *Current Opinion in Psychology* 2017; 15:13-8
62. Gordon I, Pratt M, Bergunde K, Zagoory-Sharon O y Feldman R. Testosterone, oxytocin, and the development of human parental care. *Hormones and Behavior* 2017; 93:184-92

63. Als H y Gilkerson L. The role of relationship-based developmentally supportive newborn intensive care in strengthening outcome of preterm infants. *Seminars in Perinatology* 1997 Jun; 21:178-89
64. Dugravier R, Guedeney a, Saias T, Greacen T y Tubach F. Compétences parentales et attachement dans la petite enfance : diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et promotion de la résilience (CAPEDP) : une étude longitudinale de prévention précoce des troubles de la relation mère-enfant. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2009; 57:482-6
65. Hofer MA. Psychobiological roots of early attachment. *Current Directions in Psychological Science* 2006; 15:84-8
66. Lamas C y Guedeney N. Constitution des liens d'attachement. *Journal de Pédiatrie et de Puericulture* 2006; 19:111-4
67. Bugental DB, New M, Johnston C y Silvester J. Measuring parental attributions: Conceptual and methodological issues. *Journal of Family Psychology* 1998; 12:459-80
68. Calvo V y Bianco F. Influence of adult attachment insecurities on parenting self-esteem: The mediating role of dyadic adjustment. *Frontiers in Psychology* 2015; 6:1-14
69. Darling N y Steinberg L. Parenting Style as Context: An Integrative Model. *Psychological Bulletin* 1993; 113:487-96
70. Sameroff A. A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child Development* 2010; 81:6-22
71. Swain JE, Lorberbaum JP, Kose S y Strathearn L. Brain basis of early parent-infant interactions: psychology, physiology, and in vivo functional neuroimaging studies. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 2007; 48:262-87
72. Gerhardt S. Why love matters: How affection shapes a baby's brain. *Infant Observation* 2006
73. Marrs J, Cossar J y Wroblewska A. Keeping the family together and bonding: A father's role in a perinatal mental health unit. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2014; 32:340-54

74. Clark CA, Woodward LJ, Horwood LJ y Moor S. Development of emotional and behavioral regulation in children born extremely preterm and very preterm: biological and social influences. *Child development* 2008; 79:1444-62
75. Forcada-Guex M, Borghini A, Pierrehumbert B, Ansermet F y Muller-Nix C. Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. *Early human development* 2011 Jan; 87:21-6
76. González Serrano F. Nacer De Nuevo : La Crianza De Los Niños Prematuros : Aspectos Evolutivos. Atención y acompañamiento al bebé y a la familia. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente* 2010; 49:133-52
77. Korja R, Piha J, Otava R, Lavanchy Scaiola C, Ahlqvist-Björkroth S, Junntila N, Aromaa M y Räiha H. Parents' psychological well-being and parental self-efficacy in relation to the family's triadic interaction. *Infant mental health journal* 2015; 36:298-307
78. Lasiuk GC, Comeau T y Newburn-Cook C. Unexpected: an interpretive description of parental traumas' associated with preterm birth. *BMC pregnancy and childbirth* 2013; 13 Suppl 1:1-10
79. Neri E, Agostini F, Perricone G, Morales MR, Biasini A, Monti F y Polizzi C. Mother- and father-infant interactions at 3 months of corrected age: The effect of severity of preterm birth. *Infant Behavior and Development* 2017; 49:97-103
80. Pennestri MH, Gaudreau H, Bouvette-Turcot AA, Moss E, Lecompte V, Atkinson L, Lydon J, Steiner M y Meaney MJ. Attachment disorganization among children in Neonatal Intensive Care Unit: Preliminary results. *Early Human Development* 2015; 91:601-6
81. Fava Viziello G, Zorzi C y Bottos M. Los hijos de las máquinas. La vida de los niños internados en terapias intensivas neonatales. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión SAIC, 1993

82. Beebe B, Jaffe J, Markese S, Buck K, Chen H, Cohen P, Bahrck L, Andrews H y Feldstein S. The origins of 12-month attachment: a microanalysis of 4-month mother-infant interaction. *Attachment & human development* 2010; 12:3-141. arXiv: [NIHMS150003](#)
83. Feldman R y Eidelman AI. Maternal Postpartum Behavior and the emergence of Infant-Mother and Infant-Father Synchrony in Preterm and Full-Term Infants: The Role of Neonatal Vagal Tone. *Developmental Psychobiology* 2007; 49:290-302
84. Fonagy P, Gergely G y Target M. The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 2007; 48:288-328
85. Ainsworth MD. Attachments across the life span. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 1985 Nov; 61:792-812
86. Biringen Z y Robinson JA. Emotional availability in mother-child interactions: A Reconceptualization for Research. *American Journal of Orthopsychiatry* 1991; 61:258-71
87. Saunders H, Kraus A, Barone L y Biringen Z. Emotional availability: Theory, research, and intervention. *Frontiers in Psychology* 2015; 6:1-5
88. Sorce JF y Emde RN. Mother's presence is not enough: Effect of emotional availability on infant exploration. *Developmental Psychology* 1981; 17:737-45
89. Gatta M, Miscioscia M, Svanellini L, Brianda ME, Guerra G, Battistella PA y Simonelli A. Triadic interactions in families with preterm children: A comparative study with children born at term. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2017; 13:2375-88
90. Korja R, Maunu J, Kirjavainen J, Savonlahti E, Haataja L, Lapinleimu H, Manninen H, Piha J y Lehtonen L. Mother-infant interaction is influenced by the amount of holding in preterm infants. *Early human development* 2008 Apr; 84:257-67

91. Montirosso R, Borgatti R, Trojan S, Zanini R y Tronick E. A comparison of dyadic interactions and coping with still-face in healthy pre-term and full-term infants. *British Journal of Developmental Psychology* 2010 Jun; 28:347-68
92. Salerni N, Suttora C y D'Odorico L. A comparison of characteristics of early communication exchanges in mother-preterm and mother-full-term infant dyads. *First Language* 2007; 27:329-46
93. Sansavini A, Zavagli V, Guarini A, Savini S, Alessandroni R y Faldella G. Dyadic co-regulation, affective intensity and infant's development at 12 months: A comparison among extremely preterm and full-term dyads. *Infant Behavior and Development* 2015; 40:29-40
94. Smith VC, Steelfisher GK, Salhi C y Shen LY. Coping with the neonatal intensive care unit experience: parents' strategies and views of staff support. *The Journal of perinatal & neonatal nursing* 2012; 26:343-52
95. Feldman R. Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 2007; 48:329-54
96. Gatta M, Miscioscia M, Svanellini L, Peraro C y Simonelli A. A psychological perspective on preterm children: The influence of contextual factors on quality of family interactions. *BioMed Research International* 2017; 2017
97. Korja R, Ahlqvist-Björkroth S, Savonlahti E, Stolt S, Haataja L, Lapinleimu H, Piha J y Lehtonen L. Relations between maternal attachment representations and the quality of mother-infant interaction in preterm and full-term infants. *Infant behavior & development* 2010 Jun; 33:330-6
98. Meltzer-Brody S y Stuebe A. The long-term psychiatric and medical prognosis of perinatal mental illness. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2014; 28:49-60

99. Howard LM, Piot P y Stein A. No health without perinatal mental health. *The Lancet* 2014; 384:1723-4
100. Figueiredo B y Conde A. Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: Parity differences and effects. *Journal of Affective Disorders* 2011; 132:146-57
101. Higgins A, Tuohy T, Murphy R y Begley C. Mothers with mental health problems: Contrasting experiences of support within maternity services in the Republic of Ireland. *Midwifery* 2016; 36:28-34
102. National Institute for Health and Care Excellence-NICE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Inf. téc. National Collaborating Centre for Mental Health, 2014
103. Viveiros CJ y Darling EK. Perceptions of barriers to accessing perinatal mental health care in midwifery: A scoping review. *Midwifery* 2019; 70:106-18
104. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A y Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet* 2014; 384:1775-88
105. Meltzer-Brody S, Maegbaek ML, Medland SE, Miller WC, Sullivan P y Munk-Olsen T. Obstetrical, pregnancy and socio-economic predictors for new-onset severe postpartum psychiatric disorders in primiparous women. *Psychological Medicine* 2017; 47:1427-41
106. Stern DN. La costellazione materna. Il Trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino. Seconda Ed. Torino: Bollati Boringhieri, 1995
107. Butler G. Definitions of stress. *Occasional paper*. 61. London, UK.: Royal College of General Practitioners, 1993. Cap. 1:1-5
108. Lazarus RS y Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez-Roca, 1986
109. Miles MS, Funk SG y Carlson J. Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit. *Nursing Research* 1993; 42:148-52

110. Fink G. Stress, Definitions, Mechanisms, and Effects Outlined: Lessons from Anxiety. *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior: Handbook of Stress*. Ed. por Fink G. Victoria, Australia: Elsevier Inc., 2016. Cap. 1:3-11
111. Esch T, Stefano GB, Fricchione GL, Benson H, Street F y Ma B. The role of stress in neurodegenerative diseases and mental disorders. *Neuroendocrinology Letters* 2002; 23:199-208
112. Sternberg EM y Gold PW. The Mind-Body Interaction in Disease. *Scientific American* 2002; 12:82-9
113. Miles MS, Carter MC, Spicher C y Hassanein R. Maternal and paternal stress reactions when a child is hospitalized in a pediatric intensive care unit. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 1984 Jan; 7:333-42
114. Rothstein P. Psychological Stress in Families of Children in a Pediatric Intensive Care Unit. *Pediatric Clinics of North America* 1980 Aug; 27:613-20
115. Rollè L, Prino LE, Sechi C, Vismara L, Neri E, Polizzi C, Trovato A, Volpi B, Molgora S, Fenaroli V, Ierardi E, Ferro V, Lucarelli L, Agostini F, Tambelli R, Saita E, Crugnola CR y Brustia P. Parenting stress, mental health, dyadic adjustment: A structural equation model. *Frontiers in Psychology* 2017; 8:1-10
116. Vismara L, Rollè L, Agostini F, Sechi C, Fenaroli V, Molgora S, Neri E, Prino LE, Odorisio F, Trovato A, Polizzi C, Brustia P, Lucarelli L, Monti F, Saita E y Tambelli R. Perinatal parenting stress, anxiety, and depression outcomes in first-time mothers and fathers: A 3-to 6-months postpartum follow-up study. *Frontiers in Psychology* 2016; 7:1-10
117. Hatters Friedman S, Kessler A, Nagle Yang S, Parsons S, Friedman H y Martin RJ. Delivering perinatal psychiatric services in the neonatal intensive care unit. 2013

118. Hynan MT, Mounts KO y Vanderbilt DL. Screening parents of high-risk infants for emotional distress: rationale and recommendations. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association* 2013; 33:748-53
119. Hynan MT, Steinberg Z, Baker L, Cicco R, Geller PA, Lassen S, Milford C, Mounts KO, Patterson C, Saxton S, Segre L y Stuebe A. Recommendations for mental health professionals in the NICU. *Journal of Perinatology* 2015; 35:S14-S18
120. Penny KA, Friedman SH y Halstead GM. Psychiatric support for mothers in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association* 2015; 35:451-7
121. Discenza D. Supporting Parents with Mental Health Support in the NICU. *Neonatal Network* 2016; 35:42-4
122. American Psychological Association. Post-partum depression. 2019
123. Pareck R y American Psychiatric Association. What Is Postpartum Depression? 2019
124. Anxiety Canada. Perinatal Anxiety: Anxiety During Pregnancy and Baby's First Year. 2019
125. Falah-Hassani K, Shiri R y Dennis CL. Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. *Journal of Affective Disorders* 2016; 198:142-7
126. Holditch-Davis D, Santos H, Levy J, White-Traut R, O'Shea TM, Geraldo V y David R. Patterns of psychological distress in mothers of preterm infants. *Infant Behavior and Development* 2015; 41:154-63
127. O'Hara MW y Wisner KL. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2014; 28:3-12
128. Teixeira C, Figueiredo B, Conde A, Pacheco A y Costa R. Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders* 2009; 119:142-8

129. Candelori C, Trumello C, Babore A, Keren M y 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. *Frontiers in Psychology* 2015; 6:1-9
130. de Paula Eduardo JAF, Gonçalves de Rezende M, Rossi Menezes P y Del-Ben CM. Preterm birth as a risk factor for postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2019; 259:392-403
131. Matthey S, Barnett B, Howie P y Kavanagh DJ. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: Whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorders* 2003; 74:139-47
132. Carty CL, Soghier LM, Kritikos KI, Tuchman LK, Jiggetts M, Glass P, Streisand R y Fratantoni KR. The Giving Parents Support Study: A randomized clinical trial of a parent navigator intervention to improve outcomes after neonatal intensive care unit discharge. *Contemporary Clinical Trials* 2018; 70:117-34
133. Gönülal D, Yalaz M, Altun-köroğlu Ö y Kültürsay N. Both parents of neonatal intensive care unit patients are at risk of depression. *The Turkish Journal of Pediatrics* 2014; 56:171-6
134. Wolke D, Baumann N, Busch B y Bartmann P. Very preterm birth and parents' quality of life 27 years later. *Pediatrics* 2017; 140
135. Bakermans-Kranenburg MJ, IJzendoorn MH van y Juffer F. Less is more: Meta-Analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological bulletin* 2003; 129:195-215
136. Olza Fernández I, Palanca Maresma I, González-Villalobos Rincón I, Malalana Martínez AM y Contreras Sales A. La salud mental del recién nacido hospitalizado: psiquiatría infantil en neonatología. 2014
137. WHO. Born too soon: : the global action report on preterm birth. Vol. 25 Suppl 1. WHO Press, 2012 :133-6

138. Doherty N, McCusker CG, Molloy B, Mulholland C, Rooney N, Craig B, Sands A, Stewart M y Casey F. Predictors of psychological functioning in mothers and fathers of infants born with severe congenital heart disease. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2009 Nov; 27:390-400
139. Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH, Cradock MM y Anand KS. Cognitive and Behavioral Outcomes of School-Aged Children who were born preterm. *Jama* 2002; 288:728-37
140. Farooqi A, Hägglöf B, Sedin G y Serenius F. Impact at age 11 years of major neonatal morbidities in children born extremely preterm. *Pediatrics* 2011; 127
141. Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Borghini A, Moessinger A y Muller-Nix C. Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics* 2006; 118
142. Gross SJ, Mettelman BB, Dye TD y Slagle TA. Impact of family structure and stability on academic outcome in preterm children at 10 years of age. *Journal of Pediatrics* 2001; 138:169-75
143. Cong X, Wu J, Vittner D, Xu W, Hussain N, Galvin S, Fitzsimons M, McGrath JM y Henderson WA. The impact of cumulative pain/stress on neurobehavioral development of preterm infants in the NICU. *Early Human Development* 2017; 108:9-16
144. Hobson B y Morgan D. Making Men into Fathers. *Making Men into Fathers. Men, masculinities and the Social Politics of Fatherhood*. Ed. por Hobson B. U.K.: Cambridge University Press, 2002. Cap. Introducti:1-24
145. Lamb ME. Paternal influences and the father's role: A personal perspective. *American Psychologist* 1979; 34:938-43
146. Lewis C y Warin J. What good are dads? *Father Facts* 2001; 1
147. Nugent JK. Cultural and Psychological Influences on the Father's Role in Infant Development. *Journal of Marriage and the Family* 1991 May; 53:475

148. Bernard Van Leer Foundation. Fathers matter too. Ed. por Smale J. 97. The Hague, The Netherlands: Bernard van Leer Foundation, 2001
149. Gray PB y Anderson KG. Fatherhood: Evolution and Human Paternal Behavior. N.Y.: Harvard University Press, 2012
150. Suárez-Delucchi N y Herrera P. La Relación del Hombre con su Primer (a) Hijo (a) Durante los Primeros Seis Meses de Vida : Experiencia Vincular del Padre. *Psyche* 2010; 19:91-104
151. Mcallister F, Burgees A, Kato J y Barker G. Fatherhood : Parenting Programmes and Policy- a Critical Review of Best Practice. August. London/Washington D.C.: Fatherhood Institute/ Promundo/MenCare, 2012 :89
152. Pleck JH y Stueve JL. A narrative approach to to paternal identity: The importance of parental identity "conjointness". *Conceptualizing and measuring father involvement*. Ed. por Day RD y Lamb ME. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.Publishers, 2004. Cap. 5:72-92
153. Day RD y Lamb ME. Conceptualizing and measuring father involvement: Pathways, problems and progress. *Conceptualizing and measuring father involvement*. Ed. por Day RD y Lamb ME. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.Publishers, 2004. Cap. 1:1-14
154. Gutierrez-Galve L, Stein A, Hanington L, Heron J y Ramchandani P. Paternal Depression in the Postnatal Period and Child Development: Mediators and Moderators. *Pediatrics* 2015; 135:e339-e347
155. Hanington L, Ramchandani P y Stein A. Parental depression and child temperament: Assessing child to parent effects in a longitudinal population study. *Infant Behavior and Development* 2010; 33:88-95
156. O'Neil M y Luján M. An assessment paradigm for fathers and men in therapy using gender role conflict theory. *Counseling Fathers*. Ed. por Oren C y Oren D. New York, U.S.A.: Routledge, 2010. Cap. 3:49-71

157. Oláh LS, Bernhardt E y Goldscheider F. Coresidential paternal roles in Industrialized countries: Sweden, Hungary and the United States. *Making Men into Fathers. Men, masculinities and the Social Politics of Fatherhood*. Ed. por Hobson B. U.K.: Cambridge University Press., 2002. Cap. 1:25-57
158. Monasso W. The changing roles of fathers. *Early Childhood Matters* 2001 :7-14
159. Oren CZ y Oren DC, eds. *Counseling Fathers*. Routledge. New York, U.S.A.: Taylor & Francis Group, 2010
160. Herzog JM y Lebovici S. El padre. *La psicopatología del bebé*. Ed. por Lebovici S y Weil-Halpern F. 2.^a ed. Mexico: Siglo Veintiuno editores, 2006. Cap. 8:70-8
161. Camus JL y Frascarolo F. Introduction of the special issue on fatherhood. *European journal of psychology of education* 2003; XVIII:95-9
162. Lewis C y Lamb ME. Fathers' influences on children's development: The evidence from two-parent families. 2003
163. Feldman R, Braun K y Champagne FA. The neural mechanisms and consequences of paternal caregiving. *Nature Reviews Neuroscience* 2019; 20:205-24
164. Storey AE, Walsh CJ, Quinton RL y Wynne-Edwards KE. Hormonal correlates of paternal responsiveness in men. *Evolution and Human Behavior* 2000; 21:79-95
165. Cohen-Bendahan CCC, Beijers R, Doornen LJP van y Weerth C de. Explicit and implicit caregiving interests in expectant fathers: Do endogenous and exogenous oxytocin and vasopressin matter? *Infant behavior & development* 2015; 41:26-37
166. Rilling JK y Young LJ. The biology of mammalian parenting and its effect on offspring social development. *Science* 2014; 345:771-6
167. Fletcher R. *The Dad Factor. How father-baby bonding helps a child for life*. Ed. por Doyle S y Drinan M. 2011.^a ed. Warriewood, Australia: Finch Publishing Pty Limited, 2011

168. Maldonado M y Lecannelier F. El padre en la etapa perinatal. *Medigraphic* 2008; 22:145-54
169. West AF, Lewis S, Ram B, Barnes J, Leach P, Sylva K, Stein A y team F project. Why do some fathers become primary caregivers for their infants? A qualitative study. *Child: care, health and development* 2009 Mar; 35:208-16
170. Lewis CE y Lamb ME. Understanding fatherhood. Joseph Rowntree Foundation 2007
171. Lamb ME, Pleck JH, Charnov EL y Levine JA. Paternal Behavior in Humans. *American Zoologist* 1985; 25:883-94
172. Pleck JH. Integrating Father Involvement in Parenting Research. *Parenting* 2012; 12:243-53
173. Stoleru S. La parentificación y sus problemas. *La psicopatología del bebé*. Ed. por Lebovici S y Weil-Halpern F. 2.^a ed. México D.F.: Siglo Veintiuno editores, 2006. Cap. 12:92-111
174. Hernández-Martínez C, Canals Sans J y Fernández-Ballart J. Parents' perceptions of their neonates and their relation to infant development. *Child: care, health and development* 2011 Jul; 37:484-92
175. Allen S y Daly K. The effects of father involvement: A summary of the research evidence. *Newsletter of the Father Involvement Initiative – Ontario Network* 2002; 1:1-11
176. Allport BS, Johnson S, Aqil A, Labrique AB, Nelson T, KC A, Carabas Y y Marcell AV. Promoting Father Involvement for Child and Family Health. *Academic Pediatrics* 2018; 18:746-53
177. Boyce WT, Essex MJ, Alkon A, Goldsmith HH, Kraemer HC y Kupper DJ. Early father involvement moderates biobehavioral susceptibility to mental health problems in middle childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2006; 45:1510-20

178. Dubowitz H, Black MM, Cox CE, Kerr MA, Litrownik AJ, Radhakrishna A, English DJ, Schneider MW y Runyan DK. Father Involvement and Children ' s Functioning at Age 6 Years : A Multisite Study. *Child Maltreatment* 2001; 6:300-9
179. Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F y Bremberg S. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics* 2008; 97:153-8
180. Pleck JH. Why could father involvement benefit children? Theoretical perspectives. *Applied Developmental Science* 2007; 11:196-202
181. Condon JT, Boyce P y Corkindale CJ. The First-Time Fathers Study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2004; 38:56-64
182. Premberg Å, Taft C, Hellström AL y Berg M. Father for the first time - development and validation of a questionnaire to assess fathers' experiences of first childbirth (FTFQ). *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012; 12:35
183. Chin R, Daiches A y Hall P. A qualitative exploration of first-time fathers' experiences of becoming a father. *Community Practitioner* 2011; 84:19-23
184. Arockiasamy V, Holsti L y Albersheim S. Fathers' Experiences in the Neonatal Intensive Care Unit: A Search for Control. *Pediatrics Official Journal of the American Academy of Pediatrics* 2008 Feb; 121:e215-e222
185. Gray PB y Anderson KG. *Fatherhood. Evolution and Human Paternal Behavior.* 2012.^a ed. U.S.A.: Harvard University Press, 2010
186. Tohotoa J, Maycock B, Hauck YL, Dhaliwal S, Howat P, Burns S y Binns CW. Can father inclusive practice reduce paternal postnatal anxiety? A repeated measures cohort study using the hospital anxiety and depression scale. *BMC pregnancy and childbirth* 2012; 12:75

187. Bradley R y Slade P. A review of mental health problems in fathers following the birth of a child. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2011; 29:19-42
188. Giallo R, Cooklin A, Wade C, D'Esposito F y Nicholson JM. Fathers' Postnatal Mental Health and Child Well-Being at Age Five: The Mediating Role of Parenting Behavior. *Journal of Family Issues* 2014; 35:1543-62
189. Carter JD, Mulder RT y Darlow BA. Parental stress in the NICU: The influence of personality, psychological, pregnancy and family factors. *Personality and Mental Health* 2007; 1:40-50
190. Möller EL, Majdandžić M y Bögels SM. Fathers' versus mothers' social referencing signals in relation to infant anxiety and avoidance: A visual cliff experiment. *Developmental Science* 2014; 17:1012-28
191. Paulson JF y Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *Jama* 2010; 303:1961-9
192. Eddy B, Poll V, Whiting J y Clevesy M. Forgotten Fathers: Postpartum Depression in Men. *Journal of Family Issues* 2019; 40:1001-17
193. Cameron EE, Sedov ID y Tomfohr-Madsen LM. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2016; 206:189-203
194. Edward KL, Castle D, Mills C, Davis L y Casey J. An Integrative Review of Paternal Depression. *American Journal of Men's Health* 2015; 9:26-34
195. Koh YW, Chan CY, Tang CSK y Lee A. The prevalence and risk factors of paternal depression from the antenatal to the postpartum period and the relationships between antenatal and postpartum depression among fathers in Hong Kong. *Depression Research and Treatment* 2014; 2014
196. Ramchandani P, Stein A, Evans J y O'Connor TG. Paternal depression in the postnatal period and child development: A prospective population study. *Lancet* 2005; 365:2201-5

197. Barker B, Iles JE y Ramchandani PG. Fathers, fathering and child psychopathology. *Current Opinion in Psychology* 2017; 15:87-92
198. Fredriksen E, Soest T von, Smith L y Moe V. Parenting Stress Plays a Mediating Role in the Prediction of Early Child Development from Both Parents' Perinatal Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2018; 47:149-64
199. Gentile S y Fusco ML. Untreated perinatal paternal depression: Effects on offspring. *Psychiatry Research* 2017; 252:325-32
200. Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 45:26-35. arXiv: [arXiv:1011.1669v3](https://arxiv.org/abs/1011.1669v3)
201. Ramchandani P y Psychogiou L. Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *The Lancet* 2009; 374:646-53
202. Landman-Peeters KM, Ormel J, Van Sonderen EL, Den Boer JA, Minderaa RB y Hartman CA. Risk of emotional disorder in offspring of depressed parents: gender differences in the effect of a second emotionally affected parent. *Depression and Anxiety* 2008 Aug; 25:653-60
203. Matthey S, Barnett B, Kavanagh DJ y Howie P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *Journal of Affective Disorders* 2001; 64:175-84
204. Goldberg S y DiVitto B. Parenting Children Born Preterm. *Handbook of parenting (Vol. 1) Children and parenting*. Ed. por Webber B y Kica E. 2008.^a ed. Vol. 1. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers, 2002. Cap. 12:329-54
205. Obeidat HM, Bond Ea y Callister LC. The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. *The Journal of perinatal education* 2009; 18:23-9

206. Wong O, Nguyen T, Thomas N, Thomson-Salo F, Handrinos D y Judd F. Perinatal mental health: Fathers - the (mostly) forgotten parent. *Asia-Pacific Psychiatry* 2016; 8:247-55
207. Ireland J, Khashu M, Cescutti-Butler L, Teijlingen E van y Hewitt-Taylor J. Experiences of fathers with babies admitted to neonatal care units: A review of the literature. *Journal of Neonatal Nursing* 2016; 22:171-6
208. Matricardi S, Agostino R, Fedeli C y Montirosso R. Mothers are not fathers: differences between parents in the reduction of stress levels after a parental intervention in a NICU. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)* 2013; 102:8-14
209. Fegran L, Helseth S y Fagermoen MS. A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17:810-6
210. Lundqvist P y Jakobsson L. Swedish men's experiences of becoming fathers to their preterm infants. *Neonatal network : NN* 2003; 22:25-31
211. Deeney K, Lohan M, Spence D y Parkes J. Experiences of fathering a baby admitted to neonatal intensive care: A critical gender analysis. *Social Science and Medicine* 2012; 75:1106-13
212. Hynan MT. The Transformation of the Neonatal Intensive Care Unit: A Father's Perspective over 36 Years. *Newborn and Infant Nursing Reviews* 2016; 16:285-8
213. Servei de Neonatologia- ICGON Hospital Clinic (Seu Maternitat). Activitat assistencial 2017. Inf. téc. Barcelona: BCNatal- Agrupació Sanitària Hospital Clinic i Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona (No publicado), 2017
214. Servei de Neonatologia- ICGON Hospital Clinic (Seu Maternitat). Activitat assistencial 2016. Inf. téc. Barcelona: BCNatal- Agrupació Sanitària Hospital Clinic i Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona (No publicado), 2016

215. Cox JL, Holden JM y Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150:782-6
216. Cox J. Postnatal depression in fathers. *Lancet* 2005; 366:982
217. Garcia-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J y Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of Affective Disorders* 2003; 75:71-6
218. Harris B, Huckle P, Thomas R, Johns S y Fung H. The use of rating scales to identify post-natal depression. *British Journal of Psychiatry* 1989; 154:813-7
219. Edmondson OJH, Psychogiou L, Vlachos H, Netsi E y Ramchandani PG. Depression in fathers in the postnatal period: Assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure. *Journal of Affective Disorders* 2010; 125:365-8
220. Massoudi P, Hwang CP y Wickberg B. How well does the Edinburgh Postnatal Depression Scale identify depression and anxiety in fathers? A validation study in a population based Swedish sample. *Journal of Affective Disorders* 2013; 149:67-74
221. Spielberger CD, Gorsuch RL y Lushene RE. Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI). Ed. por TEA Ediciones. 8.^a ed. Madrid: TEA ediciones, 1982
222. Guillén-Riquelme A y Buela-Casal G. Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los items en el state trait anxiety inventory (STAI). *Psicothema* 2011; 23:510-5
223. Díaz CN. Participación ocupacional y estrés en padres de recién nacidos internados en unidades neonatales. Tesis doct. Universidad Abierta Interamericana, 2012 :68
224. Montirosso R, Provenzi L, Calciolari G y Borgatti R. Measuring maternal stress and perceived support in 25 Italian NICUs. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics* 2012; 101:136-42

225. Garten L, Nazary L, Metze B y Bühner C. Pilot study of experiences and needs of 111 fathers of very low birth weight infants in a neonatal intensive care unit. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association* 2013 Jan; 33:65-9
226. Cattaneo MC, Macchi EA, Salerno R, Chiorino V, Roveraro S, Barretta F, Fontana CB y Mosca F. Prevalence of paternal perinatal depressive mood and its relationship with maternal depression symptomatology: An Italian study. *International Journal of Advanced Nursing Studies* 2015; 4:103-9
227. Keeton CP, Perry-Jenkins M y Sayer AG. Sense of Control Predicts Depressive and Anxious Symptoms Across the Transition to Parenthood. *Journal of Family Psychology* 2008; 22:212-21
228. Wynter K, Rowe H y Fisher J. Common mental disorders in women and men in the first six months after the birth of their first infant: A community study in Victoria, Australia. *Journal of Affective Disorders* 2013; 151:980-5
229. Leach LS, Poyser C, Cooklin AR y Giallo R. Prevalence and course of anxiety disorders (and symptom levels) in men across the perinatal period: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 2016; 190:675-86
230. Kong LP, Cui Y, Qiu YF, Han SP, Yu ZB y Guo XR. Anxiety and depression in parents of sick neonates: A hospital-based study. *Journal of Clinical Nursing* 2013; 22:1163-72
231. Cyr-Alves H, Macken L e Hyrkas K. Stress and Symptoms of Depression in Fathers of Infants Admitted to the NICU. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 2018; 47:146-57
232. Mehler K, Mainusch A, Hucklenbruch-Rother E, Hahn M, Hünseler C y 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 Human Development* 2014; 90:797-801

233. Cano Giménez E y Sánchez-Luna M. Providing parents with individualized support in a neonatal intensive care unit reduced stress, anxiety and depression. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)* 2015; 104:e300-e305
234. Lee TY, Wang MM, Lin KC y Kao CH. The effectiveness of early intervention on paternal stress for fathers of premature infants admitted to a neonatal intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing* 2013; 69:1085-95
235. Carter JD, Mulder RT, Bartram A y Darlow BA. Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition* 2005; 90:F109-F113
236. Pace CC, Spittle AJ, Molesworth CM, Lee KJ, Northam EA, Cheong JL, Davis PG, Doyle LW, Treyvaud K y Anderson PJ. Evolution of depression and anxiety symptoms in parents of very preterm infants during the newborn period. *JAMA Pediatrics* 2016; 170:863-70
237. Philpott LF, Fitzgerald S, Leahy-Warren P y Savage E. Stress in Fathers in the Perinatal Period: A Systematic Review. *Midwifery* 2017; 55:113-27
238. Baldoni F y Ceccarelli L. La depressione perinatale paterna. Una rassegna della ricerca clinica ed empirica. *Infanzia e Adolescenza* 2010; 9:79-92
239. Wee KY, Skouteris H, Pier C, Richardson B y Milgrom J. Correlates of ante- and postnatal depression in fathers: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 2011; 130:358-77
240. Edhborg M. Comparisons of different instruments to measure blues and to predict depressive symptoms 2 months postpartum: A study of new mothers and fathers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2008; 22:186-95
241. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE y Halmesmäki E. Longitudinal study on the predictors of parental stress in mothers and fathers of toddlers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 2008; 29:219-28

242. Bonanno GA, Westphal M y Mancini AD. Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology* 2011 Apr; 7:511-35
243. Roque ATF, Lasiuk GC, Radünz V y Hegadoren K. Scoping Review of the Mental Health of Parents of Infants in the NICU. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 2017; 46:576-87
244. Ionio C, Colombo C, Brazzoduro V, Mascheroni E, Confalonieri E, Castoldi F y Lista G. Mothers and fathers in nicu: The impact of preterm birth on parental distress. *Europe's Journal of Psychology* 2016; 12:604-21
245. Jackson K, Ternstedt BM y Schollin J. From alienation to familiarity: Experiences of mothers and fathers of preterm infants. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 43:120-9
246. Schappin R, Wijnroks L, Uniken Venema MM y Jongmans MJ. Rethinking Stress in Parents of Preterm Infants: A Meta-Analysis. *PLoS ONE* 2013; 8
247. Baía I, Amorim M, Silva S, Kelly-Irving M, Freitas C de y Alves E. Parenting very preterm infants and stress in Neonatal Intensive Care Units. *Early Human Development* 2016; 101:3-9
248. Feeley N, Waitzer E, Sherrard K, Boisvert L y Zelkowitz P. Fathers' perceptions of the barriers and facilitators to their involvement with their newborn hospitalised in the neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing* 2013; 22:521-30
249. Fisher D, Khashu M, Adama EA, Feeley N, Garfield CF, Ireland J, Koliouli F, Lindberg B, Nørgaard B, Provenzi L, Thomson-Salo F y Teijlingen E van. Fathers in neonatal units: Improving infant health by supporting the baby-father bond and mother-father coparenting. *Journal of Neonatal Nursing* 2018; 24:306-12
250. Montiroso R, Fedeli C, Del Prete A, Calciolari G y Borgatti R. Maternal stress and depressive symptoms associated with quality of developmental care in 25 Italian Neonatal Intensive Care Units: a

cross sectional observational study. *International journal of nursing studies* 2014; 51:994-1002

251. Sethna V, Murray L, Edmondson O, Iles J y Ramchandani PG. Depression and playfulness in fathers and young infants: A matched design comparison study. *Journal of Affective Disorders* 2018; 229:364-70
252. Giallo R, Dunning M y Gent A. Attitudinal barriers to help-seeking and preferences for mental health support among Australian fathers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2017; 35:236-47
253. Busse M, Stromgren K, Thorngate L y Thomas KA. Parents' responses to stress in the neonatal intensive care unit. *Critical Care Nurse* 2013; 33:52-9
254. Grosik C, Snyder D, Cleary GM, Breckenridge DM y Tidwell B. Identification of Internal and External Stressors in Parents of Newborns in Intensive Care. *The Permanente Journal Perm J* 2013; 17:36-41
255. Castel S, Beunard A, Creveuil C, Blaizot X, Proia N y Guillois B. Effects of an intervention program on maternal and paternal parenting stress after preterm birth: A randomized trial. *Early Human Development* 2016; 103:17-25
256. Al Maghaireh DF, Abdullah KL, Chong MC, Chua YP y Al Kawafha MM. Stress, Anxiety, Depression and Sleep Disturbance among Jordanian Mothers and Fathers of Infants Admitted to Neonatal Intensive Care Unit: A Preliminary Study. *Journal of Pediatric Nursing* 2017; 36:132-40
257. Kardaş Özdemir F y 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 Mental Health Journal* 2017; 53:490-5
258. Stefana A, Padovani EM, Biban P y Lavelli M. Fathers' experiences with their preterm babies admitted to neonatal intensive care unit: A multi-method study. *Journal of Advanced Nursing* 2018; 74:1090-8

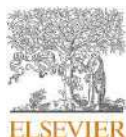
259. Leach LS, Poyser C y Fairweather-Schmidt K. Maternal perinatal anxiety: A review of prevalence and correlates. *Clinical Psychologist* 2017; 21:4-19
260. Widarsson M, Engström G, Rosenblad A, Kerstis B, Edlund B y Lundberg P. Parental stress in early parenthood among mothers and fathers in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2013; 27:839-47
261. Crespi I y Ruspini E. Transition to fatherhood: New perspectives in the global context of changing men's identities. *International Review of Sociology* 2015; 25:353-8
262. Mahon P, Albersheim S y Holsti L. The fathers' support scale: Neonatal intensive care unit (FSS: NICU): Development and initial content validation. *Journal of Neonatal Nursing* 2015; 21:63-71
263. Top ED, Cetisli NE, Guclu S y Zengin EB. Paternal Depression Rates in Prenatal and Postpartum Periods and Affecting Factors. *Archives of Psychiatric Nursing* 2016; 30:747-52
264. Skjothaug T, Smith L, Wentzel-Larsen T y Moe V. Does Fathers' Prenatal Mental Health Bear a Relationship To Parenting Stress At 6 Months? *Infant Mental Health Journal* 2018; 39:537-51
265. Seah CK y Morawska A. When mum is stressed, is dad just as stressed? Predictors of paternal stress in the first six months of having a baby. *Infant mental health journal* 2016; 37:45-55. arXiv: [NIHMS150003](https://arxiv.org/abs/1508.0003)
266. Koh YW, Lee A, Chan CY, Fong D, Lee CP, Leung KY y Tang CSK. Survey on examining prevalence of paternal anxiety and its risk factors in perinatal period in Hong Kong: A longitudinal study Health behavior, health promotion and society. *BMC Public Health* 2015; 15:1-15
267. Nishimura A, Fujita Y, Katsuta M, Ishihara A y Ohashi K. Paternal postnatal depression in Japan: An investigation of correlated factors including relationship with a partner. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015; 15:1-8

268. Palma E, Von Wussow F, Morales I, Cifuentes J y Ambiado S. Stress in parents of newborns hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit. *Revista Chilena de Pediatría* 2017; 88:332-9
269. Provenzi L y Santoro E. The lived experience of fathers of preterm infants in the Neonatal Intensive Care Unit: A systematic review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing* 2015; 24:1784-94
270. Petty J, Jarvis J y Thomas R. Understanding parents' emotional experiences for neonatal education: A narrative, interpretive approach. *Journal of Clinical Nursing* 2019 :1-14
271. Fenwick J, Barclay L y Schmied V. Craving closeness: A grounded theory analysis of women's experiences of mothering in the Special Care Nursery. *Women and Birth* 2008; 21:71-85
272. Flacking R, Lehtonen L, Thomson G, Axelin A, Ahlqvist S, Moran VH, Ewald U y Dykes F. Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics* 2012; 101:1032-7
273. Mundy CA. Assessment of family needs in neonatal intensive care units. *American Journal of Critical Care* 2010; 19:156-63
274. Provenzi L, Barello S, Fumagalli M, Graffigna G, Sirgiovanni I, Savarese M y Montirosso R. A Comparison of Maternal and Paternal Experiences of Becoming Parents of a Very Preterm Infant. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 2016 Jul; 45:528-41
275. Goutaudier N, Lopez A, Séjourné N, Denis A y Chabrol H. Premature birth: Subjective and psychological experiences in the first weeks following childbirth, a mixed-methods study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2011 Sep; 29:364-73
276. Manning AN. The NICU experience: how does it affect the parents' relationship? *The Journal of perinatal & neonatal nursing* 2012; 26:353-7, quiz p.358-9

277. Rominov H, Giallo R, Pilkington PD y Whelan TA. "Getting help for yourself is a way of helping your baby:" Fathers' experiences of support for mental health and parenting in the perinatal period. *Psychology of Men and Masculinity* 2018; 19:457-68
278. Tokhi M, Comrie-Thomson L, Davis J, Portela A, Chersich M y Luchters S. Involving men to improve maternal and newborn health: A systematic review of the effectiveness of interventions. *PLoS ONE* 2018; 13:1-16

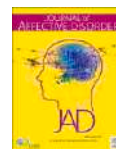
Anexos

A. Anexo: Artículo publicado en: *Journal of Affective Disorders*



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Affective Disorders

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jad

Research paper

Paternal symptoms of anxiety and depression in the first month after childbirth: A comparison between fathers of full term and preterm infants

Juanita Cajiao-Nieto^{a,1,*}, Anna Torres-Giménez^{b,c}, Antoni Merelles-Tormo^d, Francesc Botet-Mussons^{e,f}

^a PhD Candidate, Faculty of Medicine Universitat de Barcelona, Spain

^b Perinatal Mental Health Unit, Department of Psychiatry and Clinical Psychology, Institute of Neuroscience, Hospital Clínic, IDIBAPS, Barcelona, Spain

^c Faculty of Psychology, Universitat de Barcelona, Spain

^d Faculty of Nursing and Chiropody, Universitat de València, Spain

^e Institute Clinic of Obstetrics, Gynecology and Neonatology (ICGON), Hospital Clínic, Barcelona, Spain

^f Faculty of Medicine, Universitat de Barcelona, Spain

ARTICLE INFO

Keywords:

Anxiety
Depression
Fathers
Preterm infant
Neonatal intensive care-NICU
Newborn infant

ABSTRACT

Background: Although men have a higher risk of developing a mental disorder during the perinatal period, few studies have focused on new fathers' mental health screening. This study compares anxiety and depression symptoms between fathers with newborn infants in the neonatal intensive care unit (NICU) and fathers of healthy full-term infants, assessing the impact of stress caused by the NICU.

Methods: A longitudinal and prospective study with control ($n=33$) and study groups ($n=51$) was designed. The dependent variables assessed were post-natal depression and anxiety-state while the social and demographic information, health background and the parental stress in the neonatal unit were the independent variables. The fathers were assessed twice during the first month after birth.

Results: Significant differences in the EPDS scores were found between both groups in the first assessment ($p=.006$) but not in the second assessment ($p=.60$). Significant differences in STAI scores were found between the groups for both assessments ($p=.003$ and $p=.002$). The stress caused by the infant's appearance and behavior was predictive of depression and anxiety in the study group.

Limitations: The sample was collected at one hospital, immigrants were underrepresented, and no prenatal assessment of paternal mental health is available.

Conclusions: Our results suggest that the hospitalization of newborn infants increases the risk of developing anxiety or depression disorder in fathers. Health providers should be aware of the emotional changes in men shortly after childbirth and include them in the screening of and support for mental health disorders.

1. Introduction

The role of fathers has changed in recent decades, especially in developed countries, where men not only are breadwinners but also have become involved in other aspects of family life, such as nurturing, caring for and educating children. Nevertheless, men can feel overwhelmed by not knowing how to reconcile their expectations with those of others and the ideas of masculinity that often reinforce old fathering

strategies (Gray and Anderson, 2012; Gutierrez-Galve et al., 2015). Currently, the impact that early relationships and quality of involvement has on child development is still associated most of the time with the mother-child dyad, leaving fathers in a secondary place and considering their participation only as a complement and not as a decisive element. Nevertheless, the evidence collected in the past two decades highlights the influence of the father's presence and participation in family dynamics, enhancing the couple's professional opportunities, influencing

The study was approved by the Institutional Review Board and carried out in accordance with the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki).

* Corresponding author at: Neonatology Service, Hospital Clínic, C Sabino de Arana 1, E-08028 Barcelona, Spain; Faculty of Medicine, Universitat de Barcelona. E-mail address: juanica@gmail.com (J. Cajiao-Nieto).

¹ Mrs. Cajiao Nieto was granted a COLCIENCIAS Scholarship, from the Administrative Department of Science, Technology and Innovation of Colombian Government, to study and finance her doctorate at Universitat de Barcelona - in Spain.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.175>

Received 22 April 2020; Received in revised form 26 September 2020; Accepted 23 December 2020

Available online 31 December 2020

0165-0327/© 2020 Elsevier B.V. All rights reserved.

maternal well-being, and boosting the child's overall development (Séjourné et al., 2012; Yogman and Garfield, 2016).

Even if there is an increased interest in fathers and fathering, the subject remains understudied, and most of the research on the issue is produced in few parts of the world.

1.1. Father involvement and child development

According to Bowlby's attachment theory (1982), the father can be as important as the mother herself, as long as he can consistently satisfy the baby's constitutional need to touch and hold on to another person, feeling protected and taken care of, with sensitive responses according to his needs at the different stages of development.

The impact of the father on child development is linked to the level of involvement, defined not only by the quantity of time spent with the infant but also by the quality and type of participation in the care and upbringing of children. It is well known that a high level of parental involvement is associated with better outcomes in all areas of development (Panter-Brick et al., 2014), but the effect that the father's mental health has on the style of involvement or directly on child development, particularly during the first years, has been investigated less often than the impact of the mother's mental health, even if an increasing interest is emerging for fathers in recent years.

1.2. Perinatal mental health and fatherhood

Despite sufficient evidence explaining how the emotional state of both parents influences the quality of their response to the newborn's signs, maternal mental health remains more likely to be studied than that of the father. Nevertheless, an increasing number of studies on fathers and paternal involvement have begun to point out the importance of paternal mental health as a determining factor in the type, quantity and quality of involvement, as well as in the impact it has on child development (Condon et al., 2004; Eddy et al., 2019; Habib, 2012; Premberg et al., 2012; Sarkadi et al., 2008).

Studies focused on parental mental health have noted a difference in how mothers and fathers experience and externalize perinatal distress, as well as in how their mental health influences child behavioral and developmental outcomes (Möller et al., 2014; Narayanan and Nærde, 2016; Psouni and Eichbichler, 2019; Rice et al., 2015).

In men, changes which emerge with parenthood trigger an adaptive crisis characterized by three phases: (1) emotional reactions where feelings of detachment, surprise and confusion may be present; (2) identification with the paternal role, where processes oriented to the appropriation of new routines and responsibilities emerge; and (3) redefinition of the self and one's place in the new family structure and in society (Chin et al., 2011). This transition process usually develops without major difficulties; however, for some men, the personal, familiar and social demands associated with the child's birth can be overwhelming and a source of significant distress.

The lack of resources and difficulties in reconciling their expectations with those of others in relation to fatherhood, as well as with the ideas of masculinity that often reinforce the outdated idea of the father as a breadwinner, can be a source of feelings of loneliness and incapacity, usually associated with increased anxiety, decreased self-esteem and a low perception of efficacy and worth (Arockiasamy et al., 2008; Gray and Anderson, 2012; Gutierrez-Galve et al., 2015; Premberg et al., 2012; Tohotoa et al., 2012).

For most men, neither pregnancy nor birth itself is the most common trigger of psychological distress; however, the status of the couple's relationship, individual functioning, and history of mental disorders, as well as the socioeconomic conditions of the family, especially unemployment, can be primary sources of stress (Crespi and Ruspini, 2015; Habib, 2012). In some cases, situations and experiences associated with becoming a father, such as extreme tiredness, the mother's or the newborn's health problems, traumas related to the birth and

disqualification of the man in his new father role, may be related to high levels of stress and can trigger more complex difficulties (Bradley and Slade, 2011; Carter et al., 2007; Giallo et al., 2017).

Similar to their maternal counterparts, men have a higher risk of developing a mental disorder during the infant's gestation period and first year of life, with a higher risk when the mother is depressed. However, opportunities to detect these disorders and intervene are fewer because the attention in the gestational and postpartum period is usually focused on the mother and the child, and men are more reluctant to ask for support (Eddy et al., 2019; Letourneau et al., 2012; Narayanan and Nærde, 2016). Some men can develop anxiety and depression antenatally or postnatally (the incidence of paternal depression is between 8% and 10%), and, independently of maternal depression, the negative family and child developmental outcomes of paternal depression have been documented (Cameron et al., 2016; Edward et al., 2015; Gentile and Fusco, 2017; Paulson and Bazemore, 2010).

The impact that undetected and untreated paternal depression may have on offspring can be tracked from the early stages of childhood to adolescence; during childhood, paternal depression seems to be associated with increased hyperactivity and language development delay, behavior problems, poor social outcomes, psychological and developmental impairment, and a higher risk of developing a psychiatric disorder throughout life (Barker et al., 2017; Fredriksen et al., 2018; Gentile and Fusco, 2017; Ramchandani and Psychogiou, 2009; Sethna et al., 2018).

Perinatal anxiety, particularly in fathers, is less studied than perinatal depression, even if evidence suggests a link between these disorders. Compared to mothers, fathers appear to have lower levels of anxiety; however, the correlation with depression is present, and the impact on child development is being reported, highlighting the stronger relationship that exists between paternal anxiety and anxious behavior in children (Barker et al., 2017; Tohotoa et al., 2012).

1.3. The father in the NICU

Adjustment to fatherhood is related to different variables at different times of the perinatal period. However, the experience can be significantly different for fathers of healthy full-term infants than for those of infants who need immediate admission to the NICU (Goldberg and DiVitto, 2002).

It has been widely reported that the hospitalization of a newborn represents a major source of distress for parents. Nevertheless, studies have focused mostly on mothers, and when fathers are included, their reactions are often considered to be similar to the mothers; even if they are different, fathers tend to ignore their own needs and try to keep their stress hidden to protect their partner (Arockiasamy et al., 2008; Obeidat et al., 2009; Wong et al., 2016). Fathers, particularly in the first hours and days, become the figure of reference, receiving medical information first, taking on the responsibility of caring for their partner, conveying the news about the baby's health to the mother and being the primary point of contact for the neonatal team; therefore, they are subject to the additional stress that this new and unexpected role can trigger.

For a father, visits to the NICU, where the baby may be at high risk and remain for a long time, as well as seeing their partner potentially also at risk, constitute a source of stress and fear and can lead to a sense of impotence. Research on fathers' experiences in the NICU shows that the most common sources of distress for new fathers, in addition to the practical demands imposed by the situation, such as solving administrative procedures or taking care of other children, are the difficulties in addressing their own emotions and playing a supportive role for their partner, while also trying to establish a relationship with their infant and recognizing themselves as new fathers (Ireland et al., 2016).

Even if research focused on fathers is growing, including that on fathers with hospitalized infants, to date, in certain countries and cultures, these studies have overlooked the paternal figure and needs of the father, probably responding to cultural beliefs about the expressions of

masculinity and paternal implications. It is well known that fathers' roles are different according to their social and cultural backgrounds, most likely explaining why most of the studies that are centered on paternal mental health come from countries where public policies support paternal participation in parenting, such as England, Sweden or Australia, while few studies are carried out in countries where the role of the father is still strongly associated with that of the family provider (Pérez et al., 2017). Only two published papers from Spain can be found that assess depression and/or anxiety in fathers during the perinatal period; the father is not the focus of either study, and in both studies, the number of fathers is fewer than that of mothers (Cano Giménez and Sánchez-Luna, 2015; Escribà-Agüir and Artazcoz, 2011).

To our knowledge, no previous study has examined how distress affects fathers during the first weeks after birth, considering that it is a critical period of adaptation and bonding, as well as the most likely timeframe for preterm or at-risk infants to be hospitalized; therefore, it is also when fathers are probably at a higher risk of presenting the first symptoms of anxiety or depression.

The aim of the study is to compare paternal symptoms of anxiety and depression between fathers with premature infants or at-risk newborn infants admitted in the NICU and fathers of healthy full-term infants, assessing the impact of stress caused by the baby's hospitalization in the NICU, as well as the impact of sociodemographic and health factors in the group of fathers with newborn infants at risk.

2. Method

2.1. Design

An observational and longitudinal and prospective design, with a mixed approach using a semistructured interview and standardized screening scales, was used to identify the risk of paternal depression and anxiety in the first month after birth, comparing the responses of fathers with healthy full-term infants and fathers with at-risk infants in a Public University Hospital in Barcelona. The study was conducted from January 2016 to April 2017. In total, 51 fathers in the NICU (study group) and 33 fathers in the maternity ward (control group) were recruited and completed all the scales.

The qualitative data, as well as the data collected from mothers, were used for a different publication.

2.2. Subjects

A consecutive sample of fathers in the NICU and maternity ward was recruited from a third-level public hospital in the first 3 days postpartum. The inclusion criteria for the study group were that fathers could read and write in Spanish and had newborn infants hospitalized in the neonatal unit for at least two weeks. For the control group, the inclusion criteria were that fathers could read and write in Spanish and had full-term newborn infants who did not require hospitalization. The exclusion criteria were death of the newborn or one of the infants in the case of multiple births and being transferred to another hospital.

2.3. Procedure

The study was conducted according to Helsinki Declaration guidelines and was approved by the Institutional Review Board of the Hospital Clínic de Barcelona. The eligible participants were approached, recruited and interviewed by the main researcher, nurses helped with the recruitment process on weekends. To include or exclude fathers in the study group, the medical staff was consulted to assess the condition of the newborn and estimate the time of hospitalization. Upon providing written informed consent, the subjects were asked to complete a set of self-administered questionnaires in the first three days after childbirth and were reassessed between 15 and 20 days after. For the first assessment, the participants completed the questionnaires in the mothers'

room at the maternity ward. For the second assessment, fathers with hospitalized infants were asked to complete the questionnaires in the family room of the NICU; fathers in the control group were asked to send the completed questionnaire set by mail in a prepaid envelope.

2.4. Study content and measurements

A semi-structured interview that included a social and demographic questionnaire developed by the authors was performed with all the participants to assess the social and employment situation, nuclear family composition, educational background, possible sources of stress and the couple's relationship. Information was collected about the course of the pregnancy, birth and health antecedents, as well as the causes of the infant's hospitalization.

2.4.1. Paternal postpartum depression

The risk of paternal postpartum depression was assessed using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox et al., 1987) in a version validated for the Spanish population (García-Esteve et al., 2003). The EPDS is a 10-item questionnaire that is scored on a 4-point Likert scale in which the total score can range from 0 to 30 and has been shown to have good sensitivity (79%) and specificity (95.5%). For this study, the reliability coefficient (Cronbach's alpha) is .75 for both assessments.

2.4.2. Paternal Anxiety

The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) is a 40-item self-report tool used to measure trait and state anxiety with 20 questions for each part to respond on a 4-point Likert scale, from 1=almost never to 4=almost always, with higher scores indicating greater anxiety. The questionnaire was adapted in 1982, and its psychometric qualities were reviewed in 2011 (Guillén-Riquelme and Buela-Casal, 2011; Spielberger et al., 1982) to obtain a Cronbach's alpha reliability of .90 for trait anxiety and .94 for state anxiety. For this study, the reliability coefficients (Cronbach's alpha) are .73 for the first assessment and .75 for the second one.

2.4.3. Paternal Stress in the NICU

In the study group, stress caused by infant hospitalization was assessed using the Parent Stressor Scale (PSS: NICU) (Miles et al., 1993). The instrument is a 41-item questionnaire that includes four dimensions: sights and sounds of the unit, infant's behavior and appearance, parental role alterations and staff behavior and communication. For each criterion, the point scale ranges between 0 (not experienced) or 1 (not stressful) to 5 (extremely stressful). For each subscale, two main scores can be computed: stress occurrence level (Metric 1), using only those items that fathers indicate as a source of stress, and overall stress level (Metric 2) using all the items, giving a rating of 1 (not stressful) to the items that were indicated as not experienced. In this study, the metric 2 was selected for the analysis, since the sample was small and the characteristics of the newborns were heterogeneous. The reliability coefficients (Cronbach's alpha) are .94 for the first score and .89 for the second score. The Cronbach's alpha values for the subscales varied between .73 and .92 (Miles et al., 1993). For this study, the reliability coefficient (Cronbach's alpha) is .94 for the two assessments.

2.5. Statistical analysis

After checking that the data followed a normal distribution, the differences in the sociodemographic and clinical variables between groups were analyzed using chi-square test.

To analyze the differences between the study and control group, a multivariate analysis of variance MANOVA was carried out, for the dependent variables depression and anxiety, using the assessment time as the intra subject variable and group and the variables with statistically significant differences between groups as inter subject variables. These latter variables -type of birth, gestational maternal diseases and

multiple gestation- were introduced into the MANOVA model to control for confounding factors.

In an explanatory and descriptive approach, the association between potentially associated variables (social, demographic and health variables), the parental stress in NICU and symptom prevalence was analyzed using T- test, one-way ANOVA or Pearson's (r) correlation, depending of the type of data, only for the study group.

In a last step, for longitudinal analyses to evaluate the effect of baseline current depression or anxiety, we used linear mixed models with time of assessment (period) as repeated effect and participant identifier as within-subject effect (random effect). The mixed models were adjusted for covariates that were significant in bivariate analysis (T-test, ANOVA or Pearson's correlation), but the covariates were retained in models only when statistically significant ($p \leq .05$).

In the case of twins, the data used to perform the analysis were those of the infant at higher risk or who stayed longer in the NICU. Internal consistency was evaluated using Cronbach's alpha. The statistical packages SPSS version 25 and R software version 3 were used for statistical analysis. An alpha error of $p < .05$ was used. Because the missing data were near random and the percentage was not high, no imputation was applied in the analysis.

3. Results

3.1. Participant characteristics

All the participating fathers lived in (XXX) with their partner/wife at the time their children were born. A total of 28.6% of fathers had more children at home, and 12% shared their home with extended family. A total of 53.6% of fathers had spent more than 10 years in their current relationship, and 70.2% of the participants were first-time fathers. In the study group, the number of twins was higher [43.1% (22), $p = .001$], gestational pathology was more frequent [70.6% (36), $p = .003$], more babies were born by C-section [56.9% (29), $p = .04$] and maternal hospitalization was significantly higher, with 58.8% of mothers having spent more than 6 days in the hospital compared with 3.0% [$p < .001$] in the control group. Of the sixty-nine infants in the study group, 63.8% were born between the 32 and 36 gestational week, 63.9% weighed between 1000 and 2000 g, and 71% of the infants spent more than three weeks in the NICU, with a mean of 31.2 days of hospitalization.

No significant differences were obtained for the remaining socio-demographic and medical variables (Table 1).

3.2. Comparison of the presence of symptoms between cases and controls

Multivariate analysis MANOVA, performed with both dependent variables (STAI-S and EPDS), including the confounding variables: type of birth, gestation diseases, length of maternal hospitalization and multiple pregnancy, revealed significant main effects for Group ($F(2, 78) = 7.10, p = .001$; partial $\eta^2 = .15$) and interaction effect for Time ($F(2, 78) = 5.85, p = .004$; partial $\eta^2 = .13$) and Time x Group ($F(2, 78) = 3.38, p = .03$; partial $\eta^2 = .08$). Those results suggest that, the global punctuation for anxiety and depression are higher in the study group than in the control group, and even if it tend to diminish in both groups after 15-20 days, the way it does it. Is different.

In EPDS, univariate ANOVA revealed a significant main effect for Group ($F(1, 79) = 4.02, p = .04$) and type of birth ($F(1, 79) = 5.79, p = .01$), suggesting that in fathers, the risk of presenting symptoms of depression is higher if their newborn infant has been born by c-section or has been admitted to the NICU. An interaction effect of assessment Time x Group ($F(1, 79) = 6.58, p = .01$) was found in EPDS, reflecting a difference in scores in both groups, in both times of assessment. T-test revealed significant differences in the EPDS scores between groups in the first assessment ($p = .006$) but not in the second assessment ($p = .60$), even if the scores in the study group tend to diminish while in the control group they had a slight elevation. Fig. 1 shows the estimated marginal

Table 1
Participant characteristics.

Variable	Category	Study Group (N=51)		Control Group (N=33)		χ^2 (df)
		n	%	n	%	
Birthplace	Spain	41	80.4	30	90.9	3.53 (3)
	Latin America	7	13.7	1	3.0	
	Europe	2	3.9	2	6.1	
Age	Asia	1	2.0	0	0.0	6.98 (5)
	20-25	1	2.0	0	0.0	
	25-30	4	7.8	3	9.1	
	30-35	12	23.5	15	45.5	
	35-40	19	37.3	10	30.3	
	40-45	11	21.6	5	15.2	
Occupation	>45	4	7.8	0	0.0	5.14 (4)
	Home	1	2.0	0	0.0	
	Part-Time	3	5.9	4	12.1	
	Full-Time	36	70.6	27	81.8	
	Freelance	10	19.6	2	6.1	
	Unemployed	1	2.0	0	0.0	
Education	Elementary	0	0.0	1	3.0	2.57 (5)
	Middle	2	3.9	2	6.1	
	Secondary	4	7.8	2	6.1	
	Technical	6	11.8	2	6.1	
	Professional	13	25.5	8	24.2	
Health History	Superior	26	51.0	18	54.5	2.20 (2)
	None	20	43.1	19	57.6	
	Personal	20	39.2	8	24.2	
	Familial	9	17.6	6	18.2	
Mental Health History	None	35	68.6	29	87.9	4.63 (2)
	Personal	8	15.7	1	3.0	
	Familial	8	15.7	3	9.1	
Diagnosis of Infertility	No	44	86.3	31	93.3	1.23 (1)
	Yes	7	13.7	2	6.1	
Pregnancy by ART	No	32	62.7	27	81.8	3.48 (1)
	Yes	19	37.3	6	18.2	
Multiple Birth	No	29	56.9	30	90.9	11.11 (1)*
	Yes	22	43.1	3	9.1	
Gestational Maternal Diseases	No	15	29.4	21	63.6	9.58 (1)**
	Yes	36	70.6	12	36.4	
Maternal Hospitalization	<48 hours	8	15.7	14	42.4	27.11 (3)**
	3-5 days	13	25.5	18	54.5	
	5-10 days	13	25.5	1	3.0	
Birth	>10 days	17	33.3	0	0.0	4.97 (2)
	Spontaneous	29	56.9	18	54.5	
	Programmed	14	27.5	4	12.1	
	Emergency induced	8	15.7	11	33.3	
Perception of Couple Relationship	Stable	30	58.8	28	84.8	7.60 (3)
	Ups and downs	18	35.3	3	9.1	
	Frequent fights	2	3.9	1	3.0	
People at Home	Risk of rupture	1	2.0	1	3.0	4.95 (6)
	Couple	32	62.7	18	54.5	
	Other children	12	23.5	12	36.4	
	Grandparents	3	5.9	0	0.0	
	Other relatives	1	2.0	0	0.0	
	Children and relatives	2	1.0	1	3.0	
Birth Type	Not relatives	1	2.9	2	6.1	4.44 (1)
	Vaginal	22	43.1	22	66.7	
	C-section	29	56.9	11	33.3	

Note: ART= Assisted Reproductive Techniques
* $p < 0.05$
** $p < 0.01$

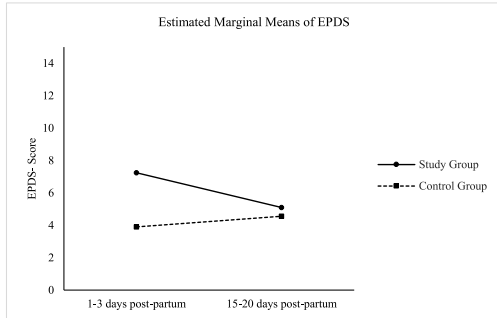


Fig. 1. Longitudinal trajectories of depression symptoms in the group of fathers with their newborn infants in the NICU and in the group of fathers of full term infants.

means of the EPDS (dependent variable) by time of assessment and group, controlled by confounding variables.

Analysis univariate ANOVA for STAI revealed a significant main effect for Group ($F(1, 79) = 13.81, p \leq .001$) and a significant interaction effect for Time ($F(1, 79) = 11.83, p \leq .001$) reflecting higher levels of anxiety for both groups in the first days after childbirth that decreased over time. T-test revealed significant differences in the STAI scores between the groups in the first assessment ($p = .003$) and in the second assessment ($p = .002$), showing that the level of anxiety in the fathers of the study group, even if it decreased 15-20 days after childbirth, was still higher than the level of anxiety of the fathers in the control group.

Fig. 2 shows the estimated marginal means of the STAI (dependent variable) by time of assessment and group, controlled by confounding variables.

3.3. Paternal stress in the NICU and presence of symptoms in the study group

The scores obtained for the study group in the PSS: NICU showed a medium correlation between global stress caused by hospitalization and the levels of anxiety and depression ($p = .002$) during the first evaluation. In the first assessment, the overall stress level (metric 2) showed a positive correlation with the fathers' mood in two of the dimensions: infant's behavior and appearance [depression ($p = .001$); anxiety ($p = .003$)] and parental role alterations [depression ($p = .004$); anxiety ($p = .008$)]. After two weeks of hospitalization, the positive correlation between the overall stress level and depression was maintained only with

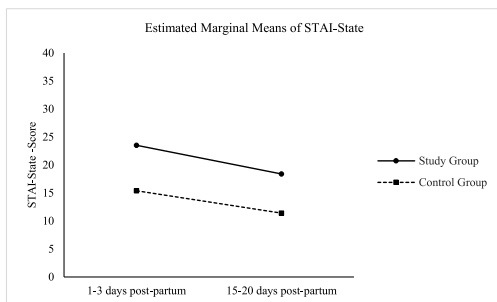


Fig. 2. Longitudinal trajectories of anxiety symptoms in the group of fathers with their newborn infants in the NICU and in the group of fathers of full term infants.

the dimension of infant's behavior and appearance ($p = .03$) while the positive correlation with anxiety appeared across three dimensions: sights and sounds of the unit ($p = .007$), infant's behavior and appearance ($p < .001$) and parental role alterations ($p = .01$) (Table 2).

3.4. Impact of sociodemographic and health variables in symptoms of depression and anxiety

For the study group, in the first assessment, the analysis of socio-demographic and medical variables showed a significant association between higher depression scores and the number of children [$t(49) = -1.73, p = .04$]. The association between anxiety symptoms and social support [$t(49) = -0.22, p = .04$], the number of children [$t(49) = -2.12, p = .005$] and the family income [$F(3,47) = 2.81, p = .04$] was found to be significant. In the second evaluation, a significant association was found between the symptoms of depression and anxiety and two variables: quality of the couple's relationship [depression: $t(49) = -2.85, p < .001$; anxiety: $t(49) = -1.80, p = .004$] and health risk for the infant detected prenatally [depression: $t(49) = .77, p = .02$; anxiety: $t(49) = .45, p = .01$]. An association between depression and family mental health background [$t(49) = -2.16, p = .01$] was found in the second assessment (Tables 3 and 4).

3.5. Paternal stress in the NICU, sociodemographic factors and health background as predictors of depression and anxiety symptoms in NICU fathers

Linear mixed models with depression and anxiety as outcomes indicate a decrease of 1.88 points in the scores of EPDS ($\beta = -1.88, 95\% \text{ CI } (-2.80, -0.96), p = .001$) and of 4.45 point in the scores of STAI-state ($\beta = -4.45, 95\% \text{ CI } (-6.82, -2.08), p \leq .001$) in the fathers of the study group between the first time of assessment and the second. Of the sociodemographic and health variables included in the models: Number of children, family mental health background, couple relationship, health risk for the infant detected prenatally, social support and family income, only the couple's relationship was predictive of depression ($\beta = 4.69, 95\% \text{ CI } (0.26, 9.12), p = .04$), evidencing that partnership satisfaction can be a protective factor for depression. The stress caused by the infant's appearance and behavior, adjusted by period of assessment, had significant, positive main effects on depression and anxiety [depression: $\beta = 2.14, 95\% \text{ CI } (1.20, 3.08), p = .001$; anxiety: $\beta = 5.27, 95\% \text{ CI } (4.16, 7.54), p \leq .001$]. The elevated scores in the subscale of the PSS:NICU can predict higher scores in EPDS and STAI-State scales.

Table 2
Correlation between PSS: NICU dimensions and presence of symptoms in the study group.

Dimension	Metric	EPDS		STAI-S	
		T1	T2	T1	T2
Sights and sounds	1	0.20	0.04	0.27*	0.33*
	2	0.15	0.09	0.25	0.37**
Infant behavior appearance	1	0.42**	0.26	0.36**	0.45**
	2	0.45**	0.30*	0.40**	0.47**
Parental rol alterations	1	0.40**	0.21	0.36**	0.29*
	2	0.39**	0.25	0.36**	0.33*
Staff behavior and communication	1	0.05	0.03	0.13	0.15
	2	0.16	0.01	0.17	0.21
General score		0.43**	0.10	0.45**	0.19

Note: EPDS T1: Edinburgh Postnatal Depression scores in the first assessment; EPDS T2: Edinburgh Postnatal Depression scores in the second assessment; STAI-S T1: State Anxiety Inventory scores in the first assessment; STAI-S T2: State Anxiety Inventory scores in the second assessment.

* $p < 0.05$
** $p < 0.01$

Table 3
Bivariate analysis using Student's T-test between sociodemographic and health variables and scores on EPDS and STAI in the study group at both times of assessment.

Variable	Category	EPDS T1		EPDS-T2		STAI-S-T1		STAI-S T2	
		Mean (n)	t (df)	Mean (n)	t (df)	Mean (n)	t (df)	Mean (n)	t (df)
PMH	Yes	10.63 (8)	-2.05 (49)	6.38 (8)	-0.83 (49)	25.00 (8)	-0.20 (49)	20.50 (8)	-0.57 (49)
	No	6.91 (43)		4.98 (43)		24.12 (43)		18.42 (43)	
FMH	Yes	9.38 (8)	-1.20 (49)	8.13 (8)	-2.16 (49)*	29.13 (8)	-1.38 (49)	24.88 (8)	-2.08 (49)
	No	7.14 (43)		4.65 (43)		23.45 (43)		17.60 (43)	
CR	Good	4.69 (48)	-1.17 (49)	4.79 (48)	-2.85 (49)***	23.85 (48)	-1.05 (49)	18.17 (48)	-1.80 (49)**
	Bad	7.23 (3)		11.69 (3)		30.67 (3)		28.00 (3)	
GW	≤ 28 weeks	10.67 (6)	1.74 (49)	6.67 (6)	0.88 (49)	34.00 (6)	2.44 (49)	22.33 (6)	0.99 (49)
	>28 weeks	7.07 (45)		5.00 (45)		22.96 (45)		18.27 (45)	
WB	≤1500 g	7.40 (25)	-0.12 (49)	5.36 (25)	-0.26 (49)	23.92 (25)	-0.21 (49)	19.24 (25)	-0.36 (49)
	>1500 g	7.58 (26)		5.04 (26)		24.58 (26)		18.27 (26)	
Singleton	Yes	7.05 (22)	0.56 (49)	5.00 (22)	0.28 (49)	22.77 (22)	0.84 (49)	17.64 (22)	0.73 (49)
	No	7.83 (29)		5.34 (29)		25.38 (29)		19.59 (29)	
ART	Yes	5.74 (19)	2.05 (49)	3.63 (19)	2.05 (49)	20.00 (19)	2.22 (49)	16.26 (19)	1.47 (49)
	No	8.53 (32)		6.13 (32)		26.78 (32)		20.22 (32)	
BT	C-Section	6.28 (29)	2.12 (49)	4.48 (29)	1.36 (49)	21.14 (29)	2.45 (49)	17.72 (29)	0.89 (49)
	Vaginal	9.09 (22)		6.14 (22)		28.36 (22)		20.09 (22)	
PSS	Yes	7.59 (46)	-0.42 (49)	5.17 (46)	0.11 (49)	24.37 (46)	-0.22 (49)*	18.80 (46)	-0.13 (49)
	No	6.60 (5)		5.40 (5)		23.20 (5)		18.20 (5)	
NC	First Child	6.82 (38)	-1.73 (49)*	4.76 (38)	-1.22 (49)	22.42 (38)	-2.12 (49)**	18.05 (38)	-0.90 (49)
	More Children	9.46 (13)		6.46 (13)		29.62 (13)		20.77 (13)	
PHRI	Yes	7.26 (38)	0.56 (49)	4.92 (38)	0.77 (49)*	24.13 (38)	0.13 (49)	18.39 (38)	0.45 (49)*
	No	8.15 (13)		6.00 (13)		24.62 (13)		19.77 (13)	

Note: PMH=Personal Mental Health History; FMH=Familiar Mental Health History; CR=Couple Relationship; GW= Gestational Weeks; WB= Weight at Birth; ART=Assisted Reproductive Techniques; BT=Birth Type; PSS=Perceived Social Support; NC=Number of children; PDN: Prenatal Health Risk Infant .

* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

Table 4
Bivariate analysis using ANOVA between sociodemographic and health variables and scores on EPDS and STAI in the study group at both times of assessment.

Variable	Category	EPDS T1		EPDS-T2		STAI-S-T1		STAI-S T2	
		Mean (DT)	F(df)	Mean (DT)	F (df)	Mean (DT)	F (df)	Mean (DT)	F (df)
DIH	≤15 days	7.55 (5.46)	0.602 (2, 48)	5.45 (6.62)	0.562 (2, 48)	22.91 (10.25)	0.145 (2, 48)	19.45 (12.79)	0.456 (2, 48)
	15 days-1 month	6.44 (4.77)		4.25 (5.55)		24.00 (11.25)		16.88 (6.43)	
	>1 month	8.17 (4.68)		5.71 (3.52)		25.04 (11.35)		19.67 (9.44)	
DMH	<48 hours	5.75 (4.26)	0.603 (3, 47)	3.88 (3.52)	0.613 (3, 47)	20.13 (5.66)	0.220 (3, 47)	14.63 (4.40)	1.270 (3, 47)
	3-5 days	6.92 (5.57)		5.69 (6.66)		22.08 (12.45)		22.15 (13.83)	
	6-10 days	8.15 (4.45)		4.46 (2.50)		23.31 (8.51)		17.08 (6.61)	
	>10 days	8.24 (4.95)		6.00 (3.57)		28.59 (12.42)		19.35 (8.30)	
FI	Unemployed	4.50 (6.36)	1.022 (3, 47)	2.00 (2.82)	1.126 (3, 47)	6.00 (1.41)	2.817 (3, 47)*	11.00 (12.72)	0.489 (3, 47)
	Father income	6.91 (4.98)		4.00 (2.93)		22.09 (12.16)		18.36 (11.62)	
	Mother income	12.50 (4.95)		8.50 (3.53)		32.50 (12.02)		18.50 (0.70)	
	Both income	7.56 (4.74)		5.56 (4.67)		25.47 (9.88)		19.31 (8.85)	

Note: DIH= Duration of Infant Hospitalization; DMH=Duration of Mother Hospitalization; FI= Family Income

* p<0.05

4. Discussion

To our knowledge, few studies have focused on paternal mental health, and none have compared fathers of healthy full-term infants with fathers of infants in the NICU in the first month after childbirth. In our study, fathers of hospitalized infants experienced elevated levels of depression and anxiety symptoms shortly after birth, and their symptom levels were and remain higher than those of fathers with healthy full-term infants. Our results indicate, that the hospitalization of the newborn infant in the NICU and the stress that it entails, is a significant risk factor for paternal mental health during the first month after childbirth.

4.1. Depression

In our study, parents with infants hospitalized in the NICU had significantly more symptoms of depression than parents in the control group for the first three days after birth. However, after three weeks, even if the EPDS scores for the study group were still slightly higher than those of the fathers of healthy infants, the difference between the groups

was not significant. A significant difference between groups and a similar behavior of the curve was also found by other authors: a study by Kong et al. (2013) found that, in a sample of 400 fathers with infants in the NICU, 30.75% reported possible clinical depression, showing significantly higher scores compared with the Chinese national norm (p<0.01). In a study performed by Cyr-Alves et al. (2018), 41% of participants in their study met the threshold for minor symptoms of depression (EPDS score >9) and 16% for major symptoms of depression (EPDS score >13) for the first two weeks after birth; however, in subsequent weeks, the symptoms tended to diminish.

The behavior of the study group responds to a curve similar to that described previously in which a higher percentage of fathers had depression symptoms between 2 and 5 days postpartum than at other times of assessment. Some authors explain that fathers may suffer from baby blues during the first days of parenthood and that their mood is associated with maternal mood, but depressive traits tend to diminish during the following weeks (Cattaneo et al., 2015; Edhborg, 2008).

In fathers with infants who are hospitalized, the onset of depressive symptoms is also associated with high rates of anxiety, parenting stress and worry for the mother's health (Arockiasamy et al., 2008; Deeney

et al., 2012).

The reason why the prevalence of depression was slightly higher in our sample of fathers with healthy babies after three weeks is hard to determine. However, the cause may be the multiple cut-off scores that were used for the assessment in different studies and countries. Another factor to consider is the time chosen for the second assessment, which coincided with the termination of paternal leave, which was 15 days at the time the study was performed. Previous research has indicated a possible difference in depression symptom prevalence among countries depending on family policies and job benefits, such as the duration of parental leave, and how this may be combined between mother and father (Cameron et al., 2016; Philpott et al., 2017).

4.2. Anxiety

Anxiety behavior in men throughout the perinatal period is described by different authors as a curve that rises during the gestational period, reaches its peak soon after birth, and then decreases over time (Keeton et al., 2008; Wynter et al., 2013). The most recent meta-analysis on fathers' perinatal anxiety set the prevalence rate between 2.4% and 18% during the postnatal period, with overall stability across the perinatal period (Leach et al., 2016).

In our study, the study group's levels of anxiety were significantly higher than those of the control group for both times of assessment. Similar differences have been described by other studies (Carter et al., 2005; Kong et al., 2013; Pace et al., 2016). Both groups responded to the decreasing curve, indicating that most men cope well with the transition to fatherhood, and anxiety diminishes when fathers become more confident in their new role (Figueiredo and Conde, 2011; Tohotoa et al., 2012).

Considering the particular circumstances of the study group, their high rates of anxiety compared with those of the control group demonstrated the expected response.

The tendency of the symptoms to decrease over time in both groups is probably related to paternal adaptations according to the circumstances of each group and the situation. In the first days after birth, fathers in the study group have to deal with additional and unexpected sources of distress. After a few weeks, the paternal role and the patterns of the relationships with their baby and partner have taken shape. Thus, worries and challenges become similar across both groups. Fathers in the study group become more familiar with the stressful environment of the NICU and receive support and companionship from the staff that, according to previous studies, reduces the levels of stress, anxiety and depression (Cano Giménez and Sánchez-Luna, 2015; Lee et al., 2013; Tohotoa et al., 2012).

4.3. Stress, health and demographic factors

In our sample, the stress generated by a newborn's hospitalization in the NICU relates significantly to the emotional response of the fathers, in particular the stress caused by the aspect and behavior of the baby which act as a predictor of anxiety and depression throughout the first three postnatal weeks.

The results of this study are similar to those reported by others, demonstrating the high impact that the early admission of a newborn into the neonatal unit has on both fathers and mothers. In the first days after birth, the global stress caused by the new and unexpected situation, which includes the environment of the NICU, condition of the baby and high volume of information, had a significant relationship to depressive and anxious symptoms ($p < .01$).

For the fathers in our sample, the parental role alterations and the infant's appearance and behavior are the most critical aspects in the NICU, and at both times of assessment are related to the presence of symptoms of anxiety and depression.

As in similar studies, the infant's appearance and behavior and alterations in the parental role were aspects that had a higher impact on

the father's mood (Al Maghaireh et al., 2017; Cano Giménez and Sánchez-Luna, 2015; Kardaş Özdemir and Küçük Alemdar, 2017). The father's emotional response was associated with the perception he has of his baby, this paternal perception of the newborn determine the way in which fathers interact with them and the frequency and style of interaction influences the level of involvement and paternal satisfaction in his new role. Usually, the fathers' positive neonatal perceptions are associated with the newborn's robustness and endurance (Hernández-Martínez et al., 2011).

Some studies indicated that fathers of infants admitted to the NICU have reported that they do not feel like fathers until they are able to have physical or eye contact with their babies, but the perception of having a fragile and less responsive infant, as well as the fear of infections often interfere with their desire to participate in care activities (Baía et al., 2016; Feeley et al., 2013; Fisher et al., 2018). This could explain the response in depression and anxiety in our sample, while what causes more distress in mothers is not being able to take on the parental role as expected, in fathers it may be not finding the imagined baby and therefore feeling that there are more barriers to assuming their paternity.

The perception of a poor relationship and of not being able to take care of the infant are both significant factors associated with anxiety and depression (Giallo et al., 2014; Gutierrez-Galve et al., 2015; Sethna et al., 2018). Hospitalization implies a barrier in the process of bonding, particularly during the first days; as long as the father adapts to the situation and is invited to participate in parenting, the levels of depression and anxiety tend to decrease.

In accordance with previous research, the current study found that the risk of the father presenting symptoms of anxiety and depression in the first month postpartum, after having a baby admitted to the NICU, is not associated with most of the collected sociodemographic variables (Cameron et al., 2016). In our study, the associations between sociodemographic variables and the presence of symptoms are difficult to generalize due to the size of our sample. However, we observed that variables related to the family situation and social resources are associated with the father's response. In the first assessment, anxiety was associated with social support, family income and parity, a variable that is also associated with depression. In the second assessment, the quality of the couple's relationship and a health risk for the infant detected prenatally were both associated with anxiety and depression. Different studies have indicated that the quality of the couple's relationship and perception of social support, practical and emotional, had a strong influence on men's ability to cope with the stress caused by the transition to fatherhood, particularly when it happens at a NICU (Crespi and Ruspini, 2015; Eddy et al., 2019; Mahon et al., 2015), in accordance with those studies, in our study the partnership satisfaction acts as a predictor of depression in the group of fathers with hospitalized infants.

In our study, a background of mental health disorders in the family was associated with depression three weeks after childbirth. Other authors had found a relationship between the kind and quality of the ties between fathers and their parents with the impact that family mental health disorder may have in the transition to parenthood (Bradley and Slade, 2011; Edward et al., 2015; Skjothaug et al., 2018).

The results of our study suggest the need to not overlook fathers in the perinatal period and to include them in programs aimed at supporting the emotional changes associated with the change of roles. Being aware of the relationship between the distress caused by the NICU and a higher risk of anxiety and depression, can help health practitioners implement strategies to decrease the stress of both parents and detect mental health difficulties in early stages with long-term consequences.

The limited number of studies that focus on the paternal role indicates the need to pay more attention to the father's particular needs in the perinatal period and in different cultures to build knowledge about the course of paternal mental health, and identify the stages and groups of risk and to improve prevention, intervention and service programs.

Most assessment instruments used to screen mood disorders in the

perinatal period are standardized only for women and need to be adapted to the male population to broaden approaches to perinatal mental health, without limiting it to the mother-baby dyad.

5. Limitations

Some limitations should be considered regarding the current findings. The results are difficult to generalize due to its limitation to a single hospital and size of the sample. For the study group, the sample was difficult to collect because a significant number of fathers attended the neonatal unit when leaving work, between 20:00 pm and 23:00 pm or on weekends, and it was not possible to contact them. The size of the sample was also limited by the minimum time established for hospitalization to be included in the study. This time was estimated by the medical staff and communicated to the researcher so she could approach the families. In some cases, the condition of the newborn was uncertain and predicting the time in the NICU was difficult; in those cases, the families were excluded. The participation of the fathers in the control group was restricted due to their short stay in the hospital after their partners' labor; in some cases, the mother chose not to spend the night at the hospital and returned home a few hours after childbirth.

The migrant population was underrepresented in this study due to language barriers.

Even if the scales used are gold-standard measures to assess depression and anxiety in men, no standardization of measurement methods or cut-off scores is available to assess a father's risk for depression and anxiety in the perinatal period in populations similar to those used in our study, making it difficult to compare and generalize the results.

Another weakness is the scarce knowledge of the fathers' mental health history because hospitals and health services do not collect this type of data for fathers, although it is collected for mothers. The information offered by the fathers in some cases was vague, making it difficult to infer that the onset of symptoms was related to the newborn's hospitalization. Therefore, an important limitation in this study is not having performed, and not having, an assessment of the fathers' mood during the prenatal period; this information could have established whether the results of the first days were associated with previous symptoms or emerged after childbirth.

6. Conclusions

The information obtained from this study adds to the body of evidence showing that, for men, becoming a father is a challenge, and a period of adaptation to the new role is reflected in the presence of symptoms of anxiety and depression in the first days post childbirth.

Even if the symptoms decrease over time, the prevalence of symptoms remains higher in fathers who have newborn infants who were admitted to the NICU immediately after birth than in fathers of full-term healthy babies. Probably the stress triggered by the unexpected situation interferes with creating a relationship with the child, the perception of their paternal role and the family dynamics.

Implications for future research could address whether health care providers are aware of the prevalence of mental health disorders in fathers, particularly in risk situations such as newborn's hospitalization and what are the adequate protocols and tools for screening paternal perinatal mood disorders. Considering that, in some countries, universal screening for maternal perinatal mental health has been established, fathers should also be included in this recommendation.

More research focused on paternal mental health is needed in countries where masculinity remains associated with not expressing emotions and, therefore, paternal mental health struggles are a taboo, limiting the possibilities men have of requesting and receiving support.

CRedit authorship contribution statement

Juanita Cajiao-Nieto: Conceptualization, Data curation, Investigation, writing original draft. **Anna Torres-Giménez:** Conceptualization, Formal analysis, Methodology, Supervision, Writing-review and editing. **Antoni Merelles-Tormo:** Formal analysis, Methodology, software. **Francesc Botet-Mussons:** Conceptualization, supervision, Writing-review and editing.

All authors approved the final article.

Funding

Mrs. Cajiao Nieto was granted a COLCIENCIAS Scholarship, from the Administrative Department of Science, Technology and Innovation of Colombian Government, to study and finance her doctorate at Universitat de Barcelona - in Spain. The organization was not involved in the design or conduct of the study; neither in the collection, management, analysis, and interpretation of the data or preparation, review, and approval of the manuscript.

Declaration of Competing Interest

The authors have no conflict of interest to declare.

Acknowledgments

The authors would like to thank the fathers who participated in this study and the nurses who helped with the collection of data.

Supplementary materials

Supplementary material associated with this article can be found, in the online version, at [doi:10.1016/j.jad.2020.12.175](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.175).

References

- Al Maghaireh, D.F., Abdullah, K.L., Chong, M.C., Chua, Y.P., Al Kawafna, M.M., 2017. Stress, anxiety, depression and sleep disturbance among Jordanian mothers and fathers of infants admitted to neonatal intensive care unit: a preliminary study. *J. Pediatr. Nurse.* 36, 132–140. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.06.007>.
- Arockiasamy, V., Holsti, L., Albersheim, S., 2008. Fathers' experiences in the neonatal intensive care unit: a search for control. *Pediatr. Off. J. Am. Acad. Pediatr.* 121, e215–e222. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-1005>.
- Baía, I., Amorim, M., Silva, S., Kelly-Irving, M., de Freitas, C., Alves, E., 2016. Parenting very preterm infants and stress in neonatal intensive care units. *Early Hum. Dev.* 101, 3–9. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2016.04.001>.
- Barker, B., Iles, J.E., Ramchandani, P.G., 2017. Fathers, fathering and child psychopathology. *Curr. Opin. Psychol.* 15, 87–92. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.02.015>.
- Bowlby, J., 1982. *Attachment: Attachment and Loss*, 2nd Edition. Basic Books.
- Bradley, R., Slade, P., 2011. A review of mental health problems in fathers following the birth of a child. *J. Reproduct. Infant Psychol.* 29, 19–42. <https://doi.org/10.1080/02646838.2010.513047>.
- Cameron, E.E., Sedov, I.D., Tomfohr-Madsen, L.M., 2016. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: an updated meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 206, 189–203. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.044>.
- Cano Giménez, E., Sánchez-Luna, M., 2015. Providing parents with individualized support in a neonatal intensive care unit reduced stress, anxiety and depression. *Acta Paediatr.* 104, e300–e305. <https://doi.org/10.1111/apa.12984>. Oslo, Norway: 1992.
- Carter, J.D., Mulder, R.T., Bartram, A.F., Darlow, B.A., 2005. Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. *Archives of disease in childhood. Fetal Neonatal Ed.* 90, F109–F113. <https://doi.org/10.1136/adc.2003.031641>.
- Carter, J.D., Mulder, R.T., Darlow, B.A., 2007. Parental stress in the NICU: the influence of personality, psychological, pregnancy and family factors. *Personal. Mental Health* 1, 40–50. <https://doi.org/10.1002/pmh.4>.
- Cattaneo, M.C., Macchi, E.A., Salerno, R., Chiorino, V., Roveraro, S., Barretta, F., Fontana, C.B., Mesca, F., 2015. Prevalence of paternal perinatal depressive mood and its relationship with maternal depression symptomatology: an Italian study. *Int. J. Adv. Nurse. Stud.* 4, 103–109. <https://doi.org/10.14419/ijans.v4i2.4738>.
- Chin, R., Hall, P., Daiches, A., 2011. Fathers' experiences of their transition to fatherhood: a metasynthesis. *J. Reproduct. Infant Psychol.* 29, 4–18. <https://doi.org/10.1080/02646838.2010.513044>.
- Condon, J.T., Boyce, P., Corkindale, C.J., 2004. The first-time fathers study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to

- parenthood. *Austr. N. Z. J. Psychiatry* 38, 56–64. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2004.01298.x>.
- Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R., 1987. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Br. J. Psychiatry* 150, 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>.
- Crespi, I., Ruspini, E., 2015. Transition to fatherhood: new perspectives in the global context of changing men's identities. *Int. Rev. Sociol.* 25, 353–358. <https://doi.org/10.1080/03906701.2015.1078529>.
- Cyr-Alves, H., Macken, L., Hyrkas, K., 2018. Stress and symptoms of depression in fathers of infants admitted to the NICU. *JOGNN - J. Obstetr., Gynecol. Neonatal Nurse*. 47, 146–157. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.12.006>.
- Deeney, K., Lohan, M., Spence, D., Parkes, J., 2012. Experiences of fathering a baby admitted to neonatal intensive care: a critical gender analysis. *Soc. Sci. Med.* 75, 1106–1113. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.018>.
- Eddy, B., Poll, V., Whiting, J., Clevesy, M., 2019. Forgotten fathers: postpartum depression in men. *J. Fam. Issues* 40, 1001–1017. <https://doi.org/10.1177/0192513X19833111>.
- Edhborg, M., 2008. Comparisons of different instruments to measure blues and to predict depressive symptoms 2 months postpartum: a study of new mothers and fathers. *Scand. J. Car. Sci.* 22, 186–195. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00512.x>.
- Edward, K.L., Castle, D., Mills, C., Davis, L., Casey, J., 2015. An integrative review of paternal depression. *Am. J. Men's Health* 9, 26–34. <https://doi.org/10.1177/1557988314526614>.
- Escribà-Agüir, V., Artazcoz, L., 2011. Gender differences in postpartum depression: a longitudinal cohort study. *J. Epidemiol. Commun. Health* 65, 320–326. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.085894>.
- Feeley, N., Waitzer, E., Sherrard, K., Boisvert, L., Zerkowicz, P., 2013. Fathers' perceptions of the barriers and facilitators to their involvement with their newborn hospitalized in the neonatal intensive care unit. *J. Clin. Nurse*. 22, 521–530. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04231.x>.
- Figueiredo, B., Conde, A., 2011. Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: parity differences and effects. *J. Affect. Disord.* 132, 146–157. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.007>.
- Fisher, D., Khashu, M., Adama, E. A., Feeley, N., Garfield, C., Ireland, J., Koliouli, F., Lindberg, B., Norgaard, B., Provenzi, L., Thomson-Salo, F., van Teijlingen, E., 2018. Fathers in neonatal units: improving infant health by supporting the baby-father bond and mother-father coparenting 24, 306–312. [10.1016/j.jnn.2018.08.007](https://doi.org/10.1016/j.jnn.2018.08.007).
- Fredriksen, E., Von Soest, T., Smith, L., Moe, V., 2018. Parenting stress plays a mediating role in the prediction of early child development from both parents' perinatal depressive symptoms. *J. Abnormal Child Psychol.* 47, 149–164. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0428-4>.
- García-Estevé, L., Ascaso, C., Ojuel, J., Navarro, P., 2003. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in Spanish mothers. *J. Affect. Disord.* 75, 71–76. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00020-4](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00020-4).
- Gentile, S., Fusco, M.L., 2017. Untreated perinatal paternal depression: effects on offspring. *Psychiatry Res.* 252, 325–332. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.064>.
- Giallo, R., Cooklin, A., Wade, C., D'Esposito, F., Nicholson, J.M., 2014. Fathers' postnatal mental health and child well-being at age five: the mediating role of parenting behavior. *J. Fam. Issues* 35, 1543–1562. <https://doi.org/10.1177/0192513X13477411>.
- Giallo, R., Dunning, M., Gent, A., 2017. Attitudinal barriers to help-seeking and preferences for mental health support among Australian fathers. *J. Reproduct. Infant Psychol.* 35, 236–247. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1298084>.
- Goldberg, S., DiVitto, B., 2002. Parenting children born preterm. In: Webber, B., Kica, E. (Eds.), *Handbook of Parenting (Vol. 1) Children and Parenting*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers, Mahwah, New Jersey, pp. 329–354. <https://doi.org/10.1111/j.1463-6409.2010.00447.x>.
- Gray, P.B., Anderson, K.G., 2012. *Fatherhood: Evolution and Human Paternal Behavior*. Harvard University Press, N.Y.
- Guillén-Riquelme, A., Buela-Casal, G., 2011. Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el state trait anxiety inventory (STAI). *Psicothema* 23, 510–515.
- Gutierrez-Galve, L., Stein, A., Hanington, L., Heron, J., Ramchandani, P., 2015. Paternal depression in the postnatal period and child development: mediators and moderators. *Pediatrics* 135, e339–e347. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-2411>.
- Habib, C., 2012. The transition to fatherhood: a literature review exploring paternal involvement with identity theory. *J. Fam. Stud.* 18, 103–120. <https://doi.org/10.5172/jfs.2012.18.2-3.103>.
- Hernández-Martínez, C., Canals Sans, J., Fernández-Ballart, J., 2011. Parents' perceptions of their neonates and their relation to infant development. *Child: Care, Health Dev.* 37, 484–492. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01210.x>.
- Ireland, J., Khashu, M., Cescutti-Butler, L., van Teijlingen, E., Hewitt-Taylor, J., 2016. Experiences of fathers with babies admitted to neonatal care units: a review of the literature. *J. Neonatal Nurse*. 22, 171–176. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2016.01.006>.
- Kardaş Özdemir, F., Küçük Alemdar, D., 2017. Supporting of the fathers to visit their infants in neonatal intensive care unit decreases their stress level: a pretest-posttest quasi-experimental study. *Commun. Mental Health J.* 53, 490–495. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0066-7>.
- Keeton, C.P., Perry-Jenkins, M., Sayer, A.G., 2008. Sense of control predicts depressive and anxious symptoms across the transition to parenthood. *J. Fam. Psychol.* 22, 212–221. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.2.212>.
- Kong, L.P., Cui, Y., Qiu, Y.F., Han, S.P., Yu, Z.B., Guo, X.R., 2013. Anxiety and depression in parents of sick neonates: a hospital-based study. *J. Clin. Nurse*. 22, 1163–1172. <https://doi.org/10.1111/jocn.12090>.
- Leach, L.S., Poyser, C., Cooklin, A.R., Giallo, R., 2016. Prevalence and course of anxiety disorders (and symptom levels) in men across the perinatal period: a systematic review. *J. Affect. Disord.* 190, 675–686. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.063>.
- Lee, T.Y., Wang, M.M., Lin, K.C., Kao, C.H., 2013. The effectiveness of early intervention on paternal stress for fathers of premature infants admitted to a neonatal intensive care unit. *J. Adv. Nurse*. 69, 1085–1095. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06097.x>.
- Letourneau, N.L., Dennis, C.L., Benzie, K., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Tryphonopoulos, P.D., Este, D., Watson, W., 2012. Postpartum depression is a family affair: addressing the impact on mothers, fathers, and children. *Issues Mental Health Nurse*. 33, 445–457. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.673054>.
- Mahon, P., Albersheim, S., Holsti, L., 2015. The fathers' support scale: neonatal intensive care unit (FSS: NICU): development and initial content validation. *J. Neonatal Nurse*. 21, 63–71. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2014.09.007>.
- Miles, M.S., Funk, S.G., Carlson, J., 1993. Parental stressor scale: neonatal intensive care unit. *Nurse. Res.* 42, 148–152. <https://doi.org/10.1097/00006199-199305000-00005>.
- Möller, E.L., Majdandžić, M., Bögels, S.M., 2014. Fathers' versus mothers' social referencing signals in relation to infant anxiety and avoidance: a visual cliff experiment. *Dev. Sci.* 17, 1012–1028. <https://doi.org/10.1111/desc.12194>.
- Narayanan, M.K., Nærde, A., 2016. Associations between maternal and paternal depressive symptoms and early child behavior problems: testing a mutually adjusted prospective longitudinal model. *J. Affect. Disord.* 196, 181–189. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.020>.
- Obeidat, H.M., Bond, E.A., Callister, L.C., 2009. The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *J. Perinatal Educ.* 18, 23–29. <https://doi.org/10.1624/105812409X461199>.
- Pace, C.C., Spittle, A.J., Molesworth, C.M.L., Lee, K.J., Northam, E.A., Cheong, J.L.Y., Davis, P.G., Doyle, L.W., Treyvaud, K., Anderson, P.J., 2016. Evolution of depression and anxiety symptoms in parents of very preterm infants during the newborn period. *JAMA Pediatr.* 170, 863–870. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.0810>.
- Panther-Brick, C., Burgess, A., Eggerman, M., McAllister, F., Pruett, K., Leckman, J.F., 2014. Practitioner review: engaging fathers - recommendations for a game change in parenting interventions based on a systematic review of the global evidence. *J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip.* 55, 1187–1212. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12280>.
- Paulson, J.F., Bazemore, S.D., 2010. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *Jama* 303, 1961–1969. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.605>.
- Pérez, F., Brahm, P., Riquelme, S., Rivera, C., Jaramillo, K., Eickhorst, A., 2017. Paternal post-partum depression: How has it been assessed? A literature review. *Mental Health Prevent.* 7, 28–36. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2017.07.001>.
- Philpott, L.F., Fitzgerald, S., Leahy-Warren, P., Savage, E., 2017. Stress in fathers in the perinatal period: a systematic review. *Midwifery* 55, 113–127. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.016>.
- Premberg, Å., Taft, C., Hellström, A.L., Berg, M., 2012. Father for the first time - development and validation of a questionnaire to assess fathers' experiences of first childbirth (FTFQ). *BMC Pregnancy Childb.* 12, 35–44. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-35>.
- Psouni, E., Eichbichler, A., 2019. Feelings of restriction and incompetence in parenting mediate the link between attachment anxiety and paternal postnatal depression. *Psychol. Men Masculinity* 21, 416–429. <https://doi.org/10.1037/men0000233>.
- Ramchandani, P., Psychogiou, L., 2009. Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *Lancet* 374, 646–653. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60238-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60238-5).
- Rice, S.M., Fallon, B.J., Aucote, H.M., Möller-Leimkühler, A.M., Treeby, M.S., Amminger, G.P., 2015. Longitudinal sex differences of externalising and internalising depression symptom trajectories: implications for assessment of depression in men from an online study. *Int. J. Soc. Psychiatry* 61, 236–240. <https://doi.org/10.1177/0020764014540149>.
- Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F., Bremberg, S., 2008. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatr. Int. J. Paediatr.* 97, 153–158. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00572.x>.
- Séjourné, N., Vaslot, V., Beaumé, M., Goutaudier, N., Chabrol, H., 2012. The impact of paternity leave and paternal involvement in child care on maternal postpartum depression. *J. Reproduct. Infant Psychol.* 30, 135–144. <https://doi.org/10.1080/02646838.2012.693155>.
- Sethna, V., Murray, L., Edmondson, O., Iles, J., Ramchandani, P.G., 2018. Depression and playfulness in fathers and young infants: a matched design comparison study. *J. Affect. Disord.* 229, 364–370. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.107>.
- Skjothaug, T., Smith, L., Wentzel-Larsen, T., Moe, V., 2018. Does fathers' prenatal mental health bear a relationship to parenting stress at 6 months? *Infant Mental Health J.* 39, 537–551. <https://doi.org/10.1002/imhj.21739>.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E., 1982. *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*, 8th ed. TEA ediciones, Madrid.
- Tohota, J., Maycock, B., Hauck, Y.L., Dhaliwal, S., Howat, P., Burns, S., Binns, C.W., 2012. Can father inclusive practice reduce paternal postnatal anxiety? A repeated measures cohort study using the hospital anxiety and depression scale. *BMC Pregnancy Childb.* 12, 75–83. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-75>.

Wong, O., Nguyen, T., Thomas, N., Thomson-Salo, F., Handrinos, D., Judd, F., 2016. Perinatal mental health: fathers - the (mostly) forgotten parent. *Asia-Pacific Psychiatry* 8, 247–255. <https://doi.org/10.1111/appy.12204>.

Wynter, K., Rowe, H., Fisher, J., 2013. Common mental disorders in women and men in the first six months after the birth of their first infant: a community study in Victoria. *Austr. J. Affect. Disord.* 151, 980–985. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.021>.

Yogman, M., Garfield, C.F., 2016. Fathers roles in the care and development of their children: the role of pediatricians. *Pediatrics* 138. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1128> e20161128-e20161128.

B. Anexo: Consentimiento Informado para participantes

INFORMACIÓN PARA LAS MADRES Y LOS PADRES

ESTUDIO:

LA VIVENCIA EMOCIONAL DEL PADRE EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA.

Investigadores Principales: Psi. Juanita Cajiao; Dr. Francesc Botet; Dra. Anna Torres Giménez

Antecedentes

El ingreso de un recién nacido en la unidad de neonatos es un evento inesperado que representa para los padres un impacto emocional significativo, en el que los niveles de estrés, ansiedad y depresión pueden ser elevados e interferir con su capacidad para adaptarse a la situación y a su nuevo rol parental.

Se ha observado que las madres y los padres viven de manera diferente la experiencia del ingreso y hospitalización de su recién nacido, no obstante hay pocos estudios que describan o profundicen en la experiencia y necesidades del padre.

Este estudio tiene como objetivos: 1. Explorar la utilidad de escalas de cribado de depresión y ansiedad perinatal diseñadas para madres en padres con hijos recién nacidos. 2. Realizar una exploración del estado emocional del padre durante su estancia en la unidad de cuidados neonatales. 3. Explorar la percepción que los padres tienen acerca de su participación en las Unidades de Cuidado Neonatal.

La participación en el estudio contribuirá a conocer y comprender mejor la forma en que los padres afrontan el ingreso de su recién nacido en la unidad neonatal y a proponer o mejorar estrategias de atención que favorezcan la disminución del estrés, la ansiedad y la depresión, haciendo que el periodo de hospitalización sea más llevadero y los padres puedan participar en el cuidado de sus hijos y vincularse con ellos. De este mejor conocimiento podrán beneficiarse otros niños en el futuro, aunque su hijo no se beneficiará directamente de la participación en el estudio.

En el **estudio se incluirán** padres y madres de niños que al nacer hayan ingresado en la unidad neonatal y padres y madres de recién nacidos sanos. Si Vd. acepta participar en el estudio se recogerán algunos datos de la historia clínica materna y de la historia clínica del recién nacido y se le pedirá que complete algunos cuestionarios. La participación en el estudio no supone, ni para la madre ni para el niño, ningún cambio en la práctica clínica ni en la asistencia del niño. En ningún caso se realizarán más exámenes complementarios de los que estén indicados y su hijo recibirá los mismos cuidados médicos que recibiría si no participase en el estudio.

Su participación en el estudio es **voluntaria** y en cualquier momento puede abandonarlo, sin necesidad de dar razón alguna. Su hijo seguirá el tratamiento médico habitual.

Protección de los datos. En ningún caso se incluirán en las bases de datos, dato alguno que pudiera directa o indirectamente identificar a ningún paciente de modo individualizado. Con ello, se respetarán las normas internacionales de protección de datos, así como la legislación española vigente (Ley Orgánica 15/1999 del 13/12/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, BOE 298 de 14/12/99). Los investigadores responsables serán garantía de la seguridad de las bases de datos, que no serán utilizadas para otro fin que el señalado en el apartado de objetivos específicos.

Ante cualquier eventualidad o aclaración que pudiera surgir mientras su hijo participa en el estudio o para cualquier pregunta que desee realizar tras leer éste documento, diríjase a:

Psi. Juanita Cajiao- Servicio de Neonatología. Hospital Clínic
Teléfono 674382147- Correo-e: jcajiani9@alumnes.ub.edu

Dr. Francesc Botet- Servicio de Neonatología. Hospital Clínic.
Teléfono 932 275 600 extensión 7445.- Correo-e: fbotet@clinic.cat

CONSENTIMIENTO DE LA MADRE Y EL PADRE

Título del proyecto:

LA VIVENCIA EMOCIONAL DEL PADRE EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

El Sr. _____ y la Sr. _____ como padres del/la niño/a _____ hemos sido informados sobre el proyecto de investigación arriba mencionado, y declaramos que:

- Hemos leído la Hoja de Información que se nos ha entregado
- Hemos podido hacer preguntas sobre el estudio
- Hemos recibido respuestas satisfactorias a nuestras preguntas
- Hemos recibido suficiente información sobre el estudio
- Hemos tenido tiempo suficiente para considerar la participación en el estudio

Comprendemos que nuestra participación es voluntaria y que todos nuestros datos serán tratados confidencialmente.

Comprendemos que podemos retirarnos del estudio:

- Cuando queramos
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en los cuidados médicos de nuestro hijo/a

Y prestamos nuestra conformidad en la participación en el estudio

Firma y fecha (madre y padre)

Firma y fecha (Investigador)

C. Anexo: Formato de recogida de información social, demográfica y de salud

DATOS E HISTORIA CLINICA

CASO N°

1. Experimental 2. Control

Número de Historia de niño/a:
Nombre:

Fecha de ingreso:
Alta domiciliaria:
Alta hospitalaria:

Centro hospitalario:
 1. Hospital Clinic-Maternitat
 2. Hospital Sant Joan de Déu
 3. Otro:

Ingres a:
 1. UCI Neonatal
 2. Semi UCI Neonatal
 3. C. Intermedios

Traslado Hospitalario 0. No 1. Si

Lugar de Procedencia _____

1. DATOS PERSONALES Y FAMILIARES

Fecha de nacimiento: _____ Hora: _____ Semanas de Gestación: _____
Sexo: 1. Fememino 2. Masculino Múltiple 0. No 1. Si

Nombre de la Madre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ e-mail: _____

Nombre del Padre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ e-mail: _____

¿Los padres conviven actualmente? 0.No 2.Si

Duración de la relación: 1. <5 años 2. 5-10 años 3. >10 años

Residencia: 1. Propia 2. En alquiler 3. Otra: _____

Personas que conviven en el mismo hogar:

- 1. Otros Hijos
- 2. Abuelos maternos
- 3. Abuelos paternos
- 4. Tíos
- 5. Otros:

Fecha: _____

Entrevistador: _____

2. INFORMACIÓN DE LA MADRE

Lugar de Nacimiento: _____ Edad: _____

Nacionalidad/es: _____

Años de Residencia en Cataluña:

1. Siempre 2. <5 años 3. 5-10 años 4. >10 años

Lengua Materna:

1. Español 2. Catalán 3. Otra: _____

Situación Conyugal

1. Pareja estable y solo trabaja el padre 6. Separada autosuficiente
 2. Pareja estable y solo trabaja la madre 7. Separada, dependiente de la pareja
 3. Pareja estable, trabajan los dos 8. Viuda, autosuficiente
 4. Soltera y autosuficiente 9. Viuda, dependiente de la pensión del marido
 5. Soltera, dependientes de sus padres

Nivel Educativo

1. Menos de 7 años escolarizada 5. Formación técnica o superior incompleta
 2. Enseñanza primaria 6. Título de grado medio
 3. Bachillerato incompleto 7. Título de grado superior
 4. Bachillerato superior

Ocupación De La Madre

0. Ama de casa o mamá a tiempo completo
 1. Trabajo en casa a tiempo parcial
 2. Trabajo a tiempo parcial fuera de casa
 3. Trabajo de tiempo completo fuera de casa
 4. Autónoma
 5. En el paro

Antecedentes Patológicos: 0. Ausentes 1. Presentes Especificar:

Antecedentes Salud Mental: 0. Ausentes 1. Presentes Especificar:

Medicamentos Habituales: 1. Si 2. No

Hábitos Tóxicos

Tabaco: 0. No 1. Si

_____ cigarros por día durante embarazo

_____ cigarros por día antes del embarazo

Alcohol 0. Ausente 1. Presente

Cannabis 0. Ausente 1. Presente

Mórficos 0. Ausente 1. Presente

Cocaína 0. Ausente 1. Presente

Drogas sintéticas 0. Ausente 1. Presente

Otras: _____

ANTECEDENTES PRENATALES Y PERINATALES

1. Madre Primípara 2. Madre múltipara

No. hijos de la relación actual _____

No. hijos de otras relaciones _____

Gestación

Embarazo deseado: 0.No 2.Si Cursos-Formación prenatal: 0.No 2.Si

Embarazo deseado: 0.No 2.Si Cuidados prenatales: 0.No 2.Si

Diagnóstico prenatal: 0.No 2.Si Complicaciones embarazo: 0.No 2.Si

Control de embarazo: 0.No 2.Si **Infertilidad Previa:** 0.No 2.Si

FIV: 0.No 2.Si

CIR: 0.No 2.Si

Placenta Previa: 0.No 2.Si

RPM: 0.No 2.Si Múltiple:0.No 2.Si Otros: _____

Abortos Previos: Partos a término anteriores Partos prematuros

Hijos vivos **Exitus In útero** **Exitus neonatal** **Malformación congénita**

Trabajó durante el embarazo: 0.No 2.Si **Tiempo:**

Tipo de trabajo: 1. Sedentario 2. Poco esfuerzo físico 3. Gran esfuerzo físico

La madre estuvo ingresada antes del parto: 0.No 2.Si No. días: _____

PARTO

Inicio del parto: 1. Espontáneo 2. Programado 3. Inducido

Parto: 1. A término 2. Prematuro 3. Múltiple

Tipo de parto: 1.Eutócico 2.Distócico 3.Instrumentado

4.Cesárea Programada 5.Cesárea de Urgencia

Analgesia: 0. Ninguna 1. Petidina y/u óxido nitroso 2. Epidural 3. Anestesia general 4. Otra: _____

Complicaciones en el parto: 0. No 1. Sí Especificar: _____

Complicaciones Post-Parto: 0. No 1. Sí Especificar: _____

Presentación bebé: 1. Cefálica 2. Nalgas 3. Otras: _____

Líquido Amniótico: 1. Normal 2. Meconial 3. Otras: _____

Saco Amniótico: 0. Intacto 2. RPM Horas: _____

Peso Placenta: gr. PH

2. INFORMACIÓN DEL PADRE

Lugar de Nacimiento: _____ Edad: _____

Nacionalidad/es: _____

Años de Residencia en Cataluña:

1. Siempre 2. <5 años 3. 5-10 años 4. >10 años

Lengua Materna:

1. Español 2. Catalán 3. Otra: _____

Situación Conyugal

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Pareja estable y solo trabaja el padre | <input type="checkbox"/> 6. Separado autosuficiente |
| <input type="checkbox"/> 2. Pareja estable y solo trabaja la madre | <input type="checkbox"/> 7. Separado, dependiente de la pareja |
| <input type="checkbox"/> 3. Pareja estable, trabajan los dos | <input type="checkbox"/> 8. Viudo, autosuficiente |
| <input type="checkbox"/> 4. Soltero y autosuficiente | <input type="checkbox"/> 9. Viudo, dependiente de la pensión del marido |
| <input type="checkbox"/> 5. Soltero, dependientes de sus padres | |

Nivel Educativo

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Menos de 7 años escolarizado | <input type="checkbox"/> 5. Formación técnica o superior incompleta |
| <input type="checkbox"/> 2. Enseñanza primaria | <input type="checkbox"/> 6. Título de grado medio |
| <input type="checkbox"/> 3. Bachillerato incompleto | <input type="checkbox"/> 7. Título de grado superior |
| <input type="checkbox"/> 4. Bachillerato superior | |

Ocupación De La Madre

0. Hogar o papá a tiempo completo
 1. Trabajo en casa a tiempo parcial
 2. Trabajo a tiempo parcial fuera de casa
 3. Trabajo de tiempo completo fuera de casa
 4. Autónomo
 5. En el paro

Antecedentes Patológicos: 0. Ausentes 1. Presentes Especificar:

Antecedentes Salud Mental: 0. Ausentes 1. Presentes Especificar:

Medicamentos Habituales: 1. Si 2. No

Hábitos Tóxicos

Tabaco: 0. No 1. Si

_____ cigarros por día durante embarazo

_____ cigarros por día antes del embarazo

Alcohol 0. Ausente 1. Presente

Cannabis 0. Ausente 1. Presente

Mórficos 0. Ausente 1. Presente

Cocaína 0. Ausente 1. Presente

Drogas sintéticas 0. Ausente 1. Presente

Otras:

ANTECEDENTES PRENATALES Y PERINATALES

1. Padre Primíparo 2. Padre múltiparo

No. hijos de la relación actual _____

No. hijos de otras relaciones _____

Gestación

Embarazo planificado: 0.No 2.Si

Embarazo deseado: 0.No 2.Si

Cursos-Formación prenatal: 0.No 2.Si

Cuidados prenatales: 0.No 2.Si

Complicaciones embarazo: 0.No 2.Si

Infertilidad Previa: 0.No 2.Si

3. INFORMACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Edad Gestacional: Semanas+ días

Clasificación:

Según la E.G.

1. A término

2. Pre-término

3. Post-término

Según el peso.

1. Peso adecuado

2. Bajo Peso

3. Peso elevado

Apgar: 1minuto 5minutos

Reanimación:

0.No

1.Mascarilla

2.Intubación

3.Masaje

4. Adrenalina

5. Otras

Motivo de Ingreso

1. Prematuridad

2. CIR Tipo

3. Dificultades Respiratorias

4. Riesgo Infeccioso

5. Otras: _____

Complicaciones Durante El Ingreso:

1. Neurológicas

2. Infecciosas

3. Digestivas

4. Cardíacas

5. Otras: _____

Requiere Cirugías: 0. No 1. Si

Traslados Hospitalarios: 0.No 1. Sí

Modo de Alimentación:

1. Enteral 2. Parenteral 3. Sonda naso gástrica 4. Sonda oro gástrica 5. Oral

Tipo de Alimentación:

1. Materna donante 2. Materna 3. Artificial 4. Mixta

4. PREGUNTAS ADICIONALES

¿Cómo describiría su relación de pareja?

- 0. La pareja se muestra enamorada y son buenos amigos
- 1. La relación tiene sus altos y bajos, pero es armoniosa
- 2. Hay peleas frecuentes
- 3. Importantes fricciones, con amenazas de ruptura

¿Cuál fue su reacción ante el embarazo?

- 0. Muy positiva (alegre, éxtasis)
- 1. Positiva (Complacida)
- 2. Indiferente/ambivalente
- 3. Negativa (desagrado, reproche, crítica)
- 4. Muy negativa (condena, castigo o deserción)

¿Habían tenido contacto previo con una Unidad Neonatal? 0. No 1. Sí

¿Recibieron información previa sobre el posible ingreso de su bebé en la unidad neonatal? 0. No 1. Si

¿Cuentan con familiares/amigos que les apoyen en este momento? 0.No 1. Si

Comentarios:

D. Anexo: Cuestionario Percepción de la propia experiencia en la UCIN

Experiencias y demandas de soporte de los padres de niños prematuros en la unidad de cuidados intensivos de neonatología

Muchas gracias por su colaboración y dedicación.

* Required

1. Nombre y Apellido *

2. Fecha *

Example: December 15, 2012

Instrucciones para completar el cuestionario

Hay dos tipos de preguntas en este cuestionario

Tipo de respuesta 1: Usted debe valorar una afirmación, marcando entre las alternativas la que más se acerca a su opinión u experiencia.

Tipo de respuesta 2: Usted debe marcar la opción u opciones que mejor respondan a la afirmación. En el caso de que pueda marcar más de una respuesta estará indicado con la frase: Puede marcar más de una opción.

A continuación hay un ejemplo para cada una.

3. Ejemplo 1:

Me alegra mucho responder el cuestionario
Mark only one oval per row.

Completamente de Acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Ejemplo 2:

Mi talla de zapato es
Mark only one oval.

- menos de 38
- 38-42
- 43-45
- más de 45

Cuestionario

5. Como padre/madre me sentí bienvenido en la Unidad Neonatal *

Mark only one oval per row.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Mi primera impresión del personal de la unidad de cuidados neonatales fue que eran *

Puede marcar más de una opción.

Check all that apply.

- amigables
- distantes
- abiertos
- profesionales
- compasivos
- secos
- maleducados
- que ofrecían apoyo

7. Durante la estancia en la unidad de cuidados intensivos de nuestro bebé, busqué información sobre la condición de mi hijo/a principalmente a través de: *

Puede marcar más de una opción

Check all that apply.

- mi pareja
- enfermería
- los médicos
- otros padres/ asociación de padres de prematuros
- No busqué información
- Other: _____

8. Vi por primera vez a mi hijo *

Mark only one oval.

- en el parto
- durante la hora siguiente al parto
- Entre la segunda y las 24 (2-24h) primeras horas después de su nacimiento
- Después de las 24h después de su nacimiento

9. Cuando vi a mi bebé por primera vez, sentí que era un momento *

Puede elegir más de una opción

Check all that apply.

- Hermoso
- agradable
- incómodo
- perturbador
- sobrecogedor

10. Pude tocar a mi hijo/a por primera vez **Mark only one oval.*

- poco después del parto
- durante la hora siguiente al parto
- Entre la segunda y las 24 primeras horas (2-24h) después de su nacimiento
- Más de 24h después de su nacimiento

11. Cuando toqué a mi bebé por primera vez, sentí que era un momento *

Puede elegir más de una opción

Check all that apply.

- Hermoso
- agradable
- incómodo
- perturbador
- sobrecogedor

12. En promedio la frecuencia con la que visité a mi bebé fue **Mark only one oval.*

- más de una vez al día
- al menos una vez al día
- cada 2-3 días
- una vez por semana
- menos de una vez por semana

13. En promedio permanecía en la UCIN con mi bebé **Mark only one oval.*

- menos de 1 hora al día
- de 1 a 2 horas al día
- de 2 a 4 horas al día
- más de 4 horas al día
- Other: _____

14. La mayoría de veces que visité a mi bebé en la UCIN fue *

Check all that apply.

- en compañía de mi pareja
- solo/a
- en compañía de los abuelos/as
- Other: _____

15. Las veces que visitaba a mi bebé en la UCIN lo hacía porque *

Puede marcar más de una opción

Check all that apply.

- quería información sobre su estado de salud
- quería estar cerca de mi bebé
- mi pareja me lo pidió
- quería ayudar y apoyar a mi pareja
- el equipo de la UCIN me animó a hacerlo

16. Si responde el padre: Fui animado a mantener un contacto estrecho y regular con mi bebé, de la misma forma que mi pareja *

Si responde la madre: El padre fue animando a mantener un contacto estrecho y regular con nuestro bebé, de la misma forma que yo.

Mark only one oval per row.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Si responde el padre: Fui integrado desde el principio y en la misma medida que mi pareja, en el cuidado de nuestro bebé. *

Si responde la madre: Se integró al padre desde el principio y en la misma medida que a mí, en el cuidado de nuestro bebé.

Mark only one oval per row.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Sabía lo que se esperaba de mí como padre/madre en la UCIN *

Mark only one oval per row.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. **Mis competencias paternas/maternas respecto al bebé fueron valoradas por el equipo de la UCIN ***

Mark only one oval per row.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. **Cuando estaba junto con mi pareja con nuestro bebé, hubo varias situaciones en las que tuve la sensación de ser inútil o prescindible ***

Mark only one oval per row.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. **Hubo varias situaciones en las que me sentí, en comparación con mi pareja, como cuidador de segunda clase para nuestro hijo ***

Mark only one oval per row.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. **Recibí comentarios positivos por parte del equipo de la UCIN con respecto a la realización de mis tareas como padre/madre.. ***

Mark only one oval per row.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. **En varias ocasiones tuve la sensación de molestar cuando ***

Puede marcar varias opciones

Check all that apply.

- hacía preguntas a los médicos
- hacía preguntas a las enfermeras
- hacía peticiones sobre el cuidado y trato de mi bebé por parte del personal
- hacía una consulta médica
- preguntaba por teléfono sobre el estado de mi hijo/a hijo
- Estaba con mi hijo en momentos inusuales (muy pronto en la mañana o tarde en la noche)
- Nunca tuve la sensación de molestar

24. **Durante la estancia de nuestro hijo en la UCI, mis principales tareas como padre/madre eran ***

(puede marcar varias opciones)

Check all that apply.

- dar apoyo emocional a mi pareja
- encargarme de las tareas diarias en casa, para liberar a mi pareja de ellas
- hablar con los médicos
- dar a nuestro hijo cercanía/calor físico
- ocuparme del sostenimiento de la familia
- proteger a mi pareja de malas noticias sobre la salud de nuestro bebé
- mediar entre mi pareja y el equipo de la UCIN

25. **Creo que a través de las visitas a mi bebé en la UCIN he influido positivamente en su salud ***

Mark only one oval per row.

	Completamente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. **Describiría el vínculo con mi bebé, durante el tiempo de hospitalización en la UCIN como ***

Mark only one oval.

- Muy intenso
- Intenso
- Variable
- moderado
- escaso

27. **La carga adicional que he soportado por la estancia de nuestro hijo en la UCIN, ha tenido un impacto negativo en ***

Puede marcar varias opciones

Check all that apply.

- mi trabajo
- mi propia salud
- la relación con mi pareja
- la relación con mis otros hijos/as
- la relación con mis amigos y otros conocidos
- no ha tenido ningún impacto negativo

28. Con frecuencia tenía sentimientos de impotencia *

Mark only one oval per row.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. He hablado sobre mis miedos y preocupaciones *

Si la respuesta es Sí pase a la pregunta siguiente, de lo contrario sáltela.

Mark only one oval.

- Sí
 No

30. Si hablé de sus miedos, ¿quién era su interlocutor?

Puede marcar más de una opción

Check all that apply.

- mi pareja
 las enfermeras
 los padres de otros prematuros
 los médicos
 familiares y amigos
 Other: _____

31. En el caso de que no haya hablado de sus miedos y preocupaciones, ¿Cuál fue la razón principal para no hacerlo?

Puede marcar más de una opción.

Mark only one oval.

- porque no quería ser una carga más para mi pareja
 porque no sentí la necesidad de hacerlo
 porque no hubo una oportunidad apropiada
 porque no tuve el interlocutor adecuado
 porque no tuve fuerza o ánimos
 porque nadie me preguntó
 Other: _____

32. En relación a mis preocupaciones y temores, fui atendido por el equipo de la UCIN de la misma forma que mi pareja. *

Mark only one oval per row.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. **Yo creo que fui de gran ayuda para mi pareja durante la estancia de nuestro bebé en la UCIN. ***

Mark only one oval per row.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34. **Durante el tiempo que nuestro bebé estuvo en la UCIN, la relación con mi pareja ***

Mark only one oval.

- Se fortaleció
 No se vio afectada
 Se vio afectada de forma negativa

35. **Manejé el estrés adicional causado por la estancia de mi bebé en la UCIN ***

Puede marcar más de una opción.

Check all that apply.

- hablando con mi pareja
 hablando con mi familia
 hablando con mis amigos
 hablando con los padres de otros niños ingresados
 practicando deportes
 buscando ayuda psicológica profesional
 simplemente traté de ignorar/bloquear ese estrés

36. **Mantuve conversaciones frecuentes con los padres de otros niños que estuvieron ingresados ***

Mark only one oval.

- Sí
 No

37. **Encuentro que conversar con otros padres en la misma situación era**

Mark only one oval.

- Muy útil /enriquecedor
 útil/ enriquecedor
 Inútil
 Perturbador
 Muy perturbador

38. **Tuve conversaciones frecuentes con las enfermeras del servicio ***

Mark only one oval.

- Sí
 No

39. Considero que conversar con las enfermeras era *

Mark only one oval.

- Muy útil
- útil
- inútil
- perturbador
- muy perturbador

40. Tuve conversaciones frecuentes con el personal médico *

Mark only one oval.

- Sí
- No

41. Considero que conversar con los médicos era *

Mark only one oval.

- Muy útil
- útil
- inútil
- perturbador
- muy perturbador

42. Recibí consejo/apoyo especializado para padres *

psicológico, asociaciones de padres, grupos de apoyo

Mark only one oval.

- Sí
- No

43. Considero que el apoyo específico para padres era

Mark only one oval.

- Muy útil
- útil
- inútil
- perturbador
- muy perturbador

44. Dado que las preocupaciones y problemas de los padres de los bebés ingresados difieren de los de las madres, ¿debería haber ayuda específica para padres en los servicios de apoyo del Hospital? *

Mark only one oval.

- Sí
- No

45. Si hubiera habido la siguiente oferta de recursos exclusivamente para padres, ¿cuales habría aprovechado? *

Puede marcar más de una opción

Check all that apply.

- Tertulia abierta para padres (ej. 1 vez por semana)
- Curso de cuidados del bebé específicos para el padre
- apoyo psicológico dirigido al padre
- conferencias y talleres sobre el rol y la implicación del padre
- ninguno
- Other: _____

46. Me hubiera gustado tener más apoyo de *

Puede marcar más de una opción

Check all that apply.

- enfermería
- los médicos
- servicios sociales
- asociaciones de padres
- psicólogo
- el apoyo recibido fue suficiente
- Other: _____

47. ¿Antes del nacimiento de su hijo ya había estado en contacto con alguien en una situación semejante? *

(por ejemplo, hijos anteriores, familia, amigos)

Mark only one oval.

- Sí
- No

48. ¿Cuánto tiempo pasó entre el nacimiento de su hijo y su regreso al trabajo?

(pregunta dirigida al padre)

Mark only one oval.

- No pude tomar ninguna baja o tiempo libre
- Menos de una semana
- entre 1 y 2 semanas
- entre 2 y 3 semanas
- más de 3 semanas
- no estaba trabajando cuando nació mi bebé

49. Durante la hospitalización de mi hijo/a, mi jornada laboral promedio fue

(pregunta dirigida al padre)

Mark only one oval.

- menos de 30 horas
- entre 30 y 45 horas
- entre 45 y 60 horas
- más de 60 horas
- no estaba trabajando durante ese tiempo

50. Las preguntas del cuestionario han sido comprensibles *

Mark only one oval.

- Sí
- No

51. Si quiere agregar algo sobre su experiencia como padre/madre en la unidad neonatal puede hacerlo a continuación.

!Muchas gracias por su participación!

Powered by
 Google Forms

