



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**FACTORES DE ESTRÉS, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES
DE FAMILIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
PEDIÁTRICOS
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO 2020-2021**

**PRESENTADO POR
MACARENA VELÁSQUEZ GARCÍA-SAYÁN**

**ASESOR
DORIS MEDINA ESCOBAR**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
EN PEDIATRÍA**

**LIMA- PERÚ
2022**



**Reconocimiento - Compartir igual
CC BY-SA**

El autor permite a otros re-mezclar, modificar y desarrollar sobre esta obra incluso para propósitos comerciales, siempre que se reconozca la autoría y licencien las nuevas obras bajo idénticos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**FACTORES DE ESTRÉS, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN
PADRES DE FAMILIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS PEDIÁTRICOS
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO 2020-2021**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA

PRESENTADO POR

MACARENA VELÁSQUEZ GARCÍA-SAYÁN

ASESORA

MGTR. DORIS MEDINA ESCOBAR

LIMA, PERÚ

2022

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos	3
1.4 Justificación	4
1.5 Viabilidad y factibilidad	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	6
2.2 Bases teóricas	12
2.3 Definiciones de términos básicos	17
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1 Formulación de la hipótesis	19
3.2 Variables y su operacionalización	19
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	
4.1 Tipos y diseño	21
4.2 Diseño muestral	21
4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos	22
4.4 Procesamiento y análisis de datos	24
4.5 Aspectos éticos	24
CRONOGRAMA	26
PRESUPUESTO	27
FUENTES DE INFORMACIÓN	28
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumento de recolección de datos	
3. Consentimiento informado	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

La hospitalización de un niño con una enfermedad potencialmente letal en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) es, frecuentemente, una experiencia traumática para los padres ⁽¹⁾. Tanto así que la prevalencia de estrés postraumático luego de la hospitalización se encuentra entre 20-30% ⁽¹⁾ y la ansiedad de los padres puede llegar a niveles tan altos como el pánico en los primeros días de hospitalización ⁽²⁾.

Se han reportado síntomas de estrés, ansiedad y estrés postraumático durante y luego del alta ⁽³⁾. Este puede afectar la comunicación parental y comportamiento e impacta en la relación e interacción de los padres con el infante y otros miembros de la familia ⁽⁴⁾. Este es un sistema de interacciones sociales, interdependencia y patrones que existen entre sus miembros. Naturalmente, se conecta emocionalmente y el padre es una unidad emocional para la toma de decisiones y resolución de problemas; por lo que tiene un efecto negativo en el sistema familiar y en la capacidad del progenitor para la regulación emocional y resolución de conflictos ⁽⁵⁾.

Los padres que acompañan a sus hijos hospitalizados dejan de lado sus compromisos personales, roles familiares y necesidades psicológicas, así como sus rutinas diarias para adaptarse a las necesidades del niño. Todos estos elementos incrementan la ansiedad paterna ⁽⁶⁾.

Los sentimientos de estrés y ansiedad en los padres usualmente están asociados a falta de información sobre enfermedades y procedimientos médicos, poca familiaridad con las reglas y regulaciones del hospital, personal poco amigable y miedo de formular preguntas ⁽⁷⁾.

El ambiente de la UCIP con su ritmo acelerado, ruido, falta de sueño e intervenciones médicas son retos adicionales para padres que ya se encuentran estresados ⁽⁸⁾.

Las consecuencias negativas de las dificultades que surgen a raíz de este momento crítico en su vida se ven reflejadas en los problemas psicológicos, afectados por el estrés, ansiedad y depresión. A la vez, esto repercute en la relación con los demás miembros de la familia, lo cual supone un reto en lo que se refiere a la unidad y organización familiar. Asimismo, el estrés puede alterar la comunicación y relación que se tiene con el personal de salud que asiste al niño, deteriorando la experiencia general y conformidad de estos padres durante su estancia en la UCIP.

También el estrés puede afectar de manera negativa a los niños, quienes al sentirlo utilizan energía que requieren para una buena recuperación física. Por otro lado, también se compromete su correcto desarrollo, pues la depresión materna y el estrés en los padres se han visto ligados a un desarrollo cognitivo menos favorable en los infantes.

Sin embargo, no todos los hospitales cuentan con el personal dedicado que pueda proveer información y refuerzo diario para orientar a los padres durante esta situación difícil, al centrarse las atenciones en las necesidades de los pacientes en situación crítica. Por lo tanto, necesitan desarrollar y adoptar estrategias de adaptación para ajustar y manejar sus emociones y su experiencia en el hospital. De tal manera, se ha reportado que las madres que usan más estrategias de adaptación sienten una mayor satisfacción con su experiencia hospitalaria en general ⁽⁶⁾.

De este modo, la provisión de cuidados centrados en la familia, donde los padres puedan quedarse junto a sus hijos hospitalizados y participar en su cuidado, pudiera ser la mejor alternativa para reducir la ansiedad paterna e incrementar la confianza que tienen en su habilidad de cuidar a su hijo ⁽⁶⁾.

La mayoría de los estudios realizados sobre este tema se han hecho en países desarrollados, por lo que la duda es grande con relación a la situación que se da en países en vías de desarrollo como el Perú. Dentro de las pocas investigaciones llevadas a cabo en Latinoamérica, se realizó uno en México en el 2009, en la cual se encontró que los padres de niños hospitalizados en UCIP y Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) presentaban niveles muy

altos de estrés (68.07 en la prueba PSS: PICU), los cuales se vieron disminuidos tras la intervención del equipo sanitario (48.49 en la prueba PSS: PICU) ⁽¹⁰⁾. Por otro lado, en un estudio realizado en 2018 en Chile se encontró que los padres de niños hospitalizados en UCIP tenían niveles altos de estrés, siendo los factores estresores más importantes los clínicos, emocionales y con relación al equipo profesional ⁽¹¹⁾.

En el Perú, no se sabe aún cuál es la situación actual. El único estudio realizado sobre el tema a nivel nacional, llevado a cabo en el Instituto Nacional de Salud del Niño, se publicó en el año 2017, donde se encontró que un 87.5% de los cuidadores primarios presentaron algún tipo de depresión y ansiedad: 13.5% ansiedad, 17% depresión y 57% ambos. Solo un 12.5% no presentó ninguno ⁽¹²⁾. Sin embargo, este se realizó en un área de hospitalización pediátrica general. No existen estudios realizados en áreas de UCI pediátricas a nivel nacional.

1.2 Formulación del problema

¿Qué factores influyen en los niveles de estrés, depresión y ansiedad de los padres de familia de los niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Instituto Nacional de Salud del Niño en el 2020-2021?

1.3 Objetivos

Objetivo general

Determinar los factores que influyen en los niveles de estrés, depresión y ansiedad de los padres de niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Instituto Nacional de Salud del Niño en el 2020-2021.

Objetivos específicos

Identificar los factores que influyen en los niveles de estrés de los padres de niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Precisar los factores que influyen en los niveles de depresión de los padres de niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Establecer los factores que influyen en los niveles de ansiedad de los padres de niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

1.4 Justificación

Por medio de la presente investigación, se pretende determinar cuáles son los factores que más influyen en la aparición de la depresión y ansiedad en los padres de niños hospitalizados en UCIP y la relación entre ellos para, de este modo, poder poner en práctica políticas a nivel institucional orientadas a brindar el soporte necesario y disminuir su incidencia, con lo cual se tendrá mejores resultados en cuanto a la satisfacción de los padres sobre el cuidado brindado a sus hijos, y sobre el resultado general del tratamiento del mismo. Sobre todo, permitirá identificar a aquellas personas que se encuentran en una situación de mayor riesgo, para poder actuar proactivamente y prevenir las consecuencias negativas, tanto emocionales como físicas en ellas y sus familias. Es así, que en algunos estudios previos se ha encontrado una disminución en la incidencia del estrés en el grupo de padres sometido a una intervención por parte del equipo sanitario ⁽¹⁰⁾.

Asimismo, no se ha realizado ninguna investigación de este tipo en el Perú y son pocas las realizadas en países en vías de desarrollo por lo que resulta innovador en cuanto a la obtención de datos de la población nacional, sobre todo cuando se sabe que existe un gran número de padres que se encuentran en esta situación y no tienen un sistema de soporte adecuado que los pueda ayudar a sobrellevarlo de una manera apropiada.

La habilidad del hospital y del personal asistencial para identificar estas necesidades puede aliviar el estrés de los padres, reducir el miedo a lo desconocido e incrementar la satisfacción con la hospitalización ⁽⁹⁾.

Por tanto, se trataría de un estudio de base a partir del cual se podrían realizar futuras investigaciones sobre el tema para mejorar la intervención de la institución sobre el problema y poder brindar una atención de calidad.

1.5 Viabilidad y factibilidad

Se obtendrá el permiso de la institución para poder realizar el estudio en el servicio de UCIP, así como el acceso a las historias clínicas de los hijos de los padres incluidos en el estudio para consignar algunos datos necesarios sobre los factores individuales de cada padre o madre.

Se prevé la disponibilidad de recursos humanos y financieros necesarios para realizar la investigación, así como el tiempo suficiente para la recolección de datos y realización de las entrevistas. También, al basarse en estas es factible obtener la información de una manera sistemática a través de instrumentos estandarizados, como el PSS: PICU para valorar el estrés en los padres y otras encuestas para depresión, ansiedad, etc. No habrá problemas éticos durante la investigación, pues se llevará a cabo previa firma del consentimiento informado por parte de cada participante.

Al ser un hospital de referencia nacional, se cuenta con un gran número de pacientes provenientes de diversas realidades sociodemográficas del país, lo cual será muestra suficiente para el estudio.

Asimismo, la mayoría de los instrumentos han sido validados para la recolección de datos en situaciones clínicas y geográficas similares.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Nelson L et al. publicaron, en 2019, en Estados Unidos, un estudio sobre la aparición de estrés postraumático en niños y sus padres luego de una hospitalización en UCIP, así como su relación con la función familiar. Metodológicamente, se señala que el estudio fue prospectivo, longitudinal, observacional en el cual se midió el estrés agudo y estrés postraumático en pacientes pediátricos y sus padres, así como funcionalidad familiar reportada por los padres. Entre los resultados, se encontró que el 51% de los niños presentaron criterios para estrés agudo; un 13%, estrés postraumático a los 3 meses. En cuanto a los padres, el 30% presentó estrés agudo y 10%, postraumático. Sin embargo, la función familiar no fue predictor de estrés. Las conclusiones fueron que los niños y sus padres tienen niveles altos de estrés y estrés postraumático luego de una hospitalización en UCIP. A pesar de que la función familiar no fue un predictor, se debe conocer la influencia de la familia en el estrés para proponer estrategias de intervención ⁽¹³⁾.

Colwell B et al. desarrollaron, en 2019, en Estados Unidos, un estudio sobre la movilización temprana y el impacto en el estrés parental. Metodológicamente, se señala que el estudio fue transversal, aplicando encuestas a 120 padres de niños hospitalizados en UCIP. Entre los resultados, se encontró que el estrés de movilización se correlacionaba con el estrés relacionado a la UCIP y al estrés en general. 79% del estrés de movilización provenía del equipamiento médico, 75% de la preocupación por el dolor o fragilidad del niño, 24% por disnea percibida. Las conclusiones fueron que el estrés por movilización se correlacionó con otras medidas de estrés y estaba asociado a factores del niño, padre y terapéuticos. Los padres identificaron aspectos positivos y estresantes de las terapias de movilización lo cual puede guiar las intervenciones educativas para reducir el estrés parental y mejorar la implementación de terapias de movilización ⁽¹⁴⁾.

Rodríguez R et al. realizaron, en 2019, en España, una investigación sobre el crecimiento postraumático en madres y padres de niños críticamente

enfermos. Metodológicamente, se señala que el estudio fue de cohorte longitudinal con 196 padres. Entre los resultados, se encontró que 6 meses luego del alta, el 37.1% de padres reportó crecimiento postraumático. Las conclusiones fueron que el crecimiento postraumático es un fenómeno frecuente, afectado indirectamente por la resiliencia a través de emociones positivas, por lo que las intervenciones psicológicas en estos padres deben ir dirigidas hacia estos puntos ⁽¹⁾.

Ramírez M et al. presentaron, en 2018, en Chile, un estudio sobre los estresores parentales en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Metodológicamente, se señala que el estudio fue descriptivo, observacional, transversal en el cual incluyeron a 217 padres de un hospital en Chile. Entre los resultados, se encontró que los estresores clínicos: aspecto del hijo, imágenes o sonidos, procedimientos o intervenciones, conducta del equipo profesional, en ese orden, fueron los más estresantes. Las conclusiones fueron que el instrumento empleado permitió determinar los estresores percibidos por los padres, lo cual es útil para desarrollar programas de intervención ⁽¹¹⁾.

Rodríguez R et al. investigaron, en 2018, en España, sobre la predicción de estrés post traumático, ansiedad y estrés en padres luego de la hospitalización crítica del niño. Metodológicamente, se señala que el estudio fue de cohortes longitudinal prospectivo, donde se incluyeron a 196 padres. Entre los resultados, se encontró que 6 meses luego del alta 23% tenían niveles significativos de síndrome de estrés postraumático, 21% ansiedad moderada-severa y 9% depresión moderada-severa. Las conclusiones fueron que el confrontar el problema para mantener resiliencia y disminuir el nivel de estrés puede mejorar los resultados sobre su salud mental posteriores ⁽¹⁵⁾.

Tsironi S et al. estudiaron, en 2017 en Grecia sobre los factores asociados a los niveles de estrés de padres de niños hospitalizados. Metodológicamente, se señala que el estudio fue transversal donde se incluyeron a 352 padres. Entre los resultados, se encontró por medio de cuestionarios que los padres tenían niveles leves a moderados de estrés, donde los menos estresados mostraron mayor satisfacción en relación a los cuidados brindados a sus hijos. Los

predictores de mayor estrés fueron ser soltero, menor nivel educativo, estancia hospitalaria mayor a 14 días y haber visitado el hospital varias veces en el pasado. Las conclusiones fueron que las necesidades de los padres deben ser consideradas para disminuir los niveles de estrés en los padres y, por consiguiente, incrementar la satisfacción con los proveedores de salud ⁽⁶⁾.

Terp et al. publicaron, en 2017, en Suecia, un estudio sobre el efecto en la familia de la experiencia de tener un hijo hospitalizado en UCIP luego de 2 años. Metodológicamente, se señala que el estudio fue cualitativo a través de entrevistas semi-estructuradas a 10 padres. Entre los resultados, se encontró que los padres retenían memorias vívidas y todavía estaban afectados por la experiencia de tener un niño hospitalizado en UCIP. La relación entre los padres se fortaleció. Las conclusiones fueron que los padres, hermanos y el niño enfermo pueden presentar síntomas de ansiedad, estrés y desórdenes del sueño ⁽¹⁶⁾.

Dahab P et al. elaboraron, en 2017, en Suecia, un estudio sobre las experiencias de los padres de niños hospitalizados en UCIP. Metodológicamente, se señala que el estudio fue exploratorio a través de entrevistas hechas a 12 padres de niños hospitalizados en UCIP. Entre los resultados, se encontró que la admisión de un niño en UCIP es una situación estresante y para que el padre pueda manejar el estrés y ansiedad, necesita estar informado e involucrado en el cuidado de este. Las conclusiones fueron que la experiencia produce muchas emociones y miedo en los padres y que la buena información, involucrarse y una buena experiencia en la UCIP disminuyen el estrés y ansiedad ⁽¹⁷⁾.

Lisanti A et al. ejecutaron, en 2017, en EE. UU., un estudio sobre el estrés y ansiedad maternos en una unidad de cuidados intensivos cardíacos pediátricos. Metodológicamente, fue descriptivo correlacional donde incluyeron a 62 madres de niños hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos cardíacos pediátricos. Entre los resultados, se encontró que la apariencia del niño y el comportamiento fueron los mayores estresores, con una mayor prevalencia de ansiedad en aquellas madres que tenían otros hijos en casa.

Las conclusiones fueron que las enfermeras están en una posición crítica para proveer educación y, así, disminuir el estrés y ansiedad maternos ⁽¹⁸⁾.

Stremmer R et al. investigaron, en 2017, en Canadá, sobre los efectos psicológicos en padres de niños críticamente enfermos. Metodológicamente, se señala que el estudio fue transversal descriptivo donde se evaluó la ansiedad, depresión y conflicto decisional en 118 padres de niños hospitalizados en UCIP. Entre los resultados, se encontró que el 24% presentó ansiedad severa, depresión mayor en el 51% y conflicto decisional significativo en el 26%. Las conclusiones fueron que futuras investigaciones deberían ver los efectos psicológicos a largo plazo de la hospitalización. También, el screening para poner en práctica intervenciones para ayudar a aquellos que están en mayor riesgo podría ser beneficioso ⁽¹⁹⁾.

Aranda F estudió, en 2017, en Perú, sobre depresión y ansiedad en cuidadores primarios en el Instituto Nacional de Salud del Niño en Perú. Metodológicamente fue transversal descriptivo. Entre los resultados, se encontró que el 87.5% de los cuidadores tenían depresión y ansiedad: 13.5% ansiedad, 17% depresión, 57% ambos y 12.5% no presentó ningún trastorno. Las conclusiones fueron que es mayor la frecuencia de ansiedad y depresión en cuidadores primarios que en la población general ⁽¹²⁾.

Rodríguez R et al. desarrollaron, en 2016, en España una investigación sobre el desarrollo de una medida de *screening* de estrés en padres de niños hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. Metodológicamente fue un estudio prospectivo con 196 padres. Entre los resultados, se encontró que el estrés provenía de las respuestas comportamentales y emocionales de su niño y de la pérdida de su rol parental. Las conclusiones fueron que el A-PSS: PICU es un instrumento válido y que el estrés parental debe ser medido durante la hospitalización para identificar los riesgos posteriores al alta ⁽²⁰⁾.

Kumar B et al. publicaron, en 2015, en la India, un estudio sobre el estrés parental en una UCIP. Metodológicamente fue observacional progresivo con

100 padres de niños hospitalizados en una UCI pediátrica, los cuales respondieron la escala de estrés parental. Entre los resultados, se encontró que el promedio de score fue 3.5 con las situaciones más estresantes ver a su hijo no respondiendo, los monitores y equipo de la UCIP, otros niños enfermos, llanto en otros niños. Las conclusiones fueron que los padres más jóvenes y aquellos cuyos hijos estaban en una UCIP por primera vez estaban más estresados. El estatus socioeconómico, área de residencia y edad del niño no influyeron en los niveles de estrés ⁽²¹⁾.

Aamir M et al. ejecutaron, en 2015, en la India, un estudio sobre predictores de estrés en padres de una UCIP. Metodológicamente fue observacional prospectivo, donde incluyeron a 49 padres. Entre los resultados, se encontró que el estrés era mayor en cuanto a procedimientos, sentimientos y comportamientos; sobre todo en los padres de niños intubados. Las conclusiones fueron que los padres estaban estresados por el ambiente de la UCIP, pero no encontraron diferencias en cuanto al género o estatus socioeconómico de los padres ⁽²²⁾.

Aulakh P et al. publicaron, en 2013, en la India, un estudio sobre el estrés parental en una UCIP. Metodológicamente fue prospectivo, donde entrevistaron a 100 padres de niños hospitalizados en una UCIP. Entre los resultados, se encontró que los padres de niños con mayor riesgo de mortalidad estaban más estresados. Las causas de estrés principales eran la dificultad respiratoria, el niño sufriendo con dolor, el niño que no responde y el llanto de otros niños en la UCIP. Asimismo, la mayoría se sentía estresado durante los procedimientos y con los sonidos y vistas de la UCIP. Las conclusiones fueron que el estrés es significativo en estos padres y los estresores son diferentes a los encontrados en países desarrollados ⁽²³⁾.

Yacoub M et al. publicaron, en 2012, en Jordania, un estudio sobre la versión en árabe la escala de estrés parental, sus propiedades psicométricas y el estrés en los padres. Metodológicamente fue de tipo prospectivo descriptivo transversal con la aplicación de la encuesta APSS: PICU a 350 padres de niños hospitalizados en una UCIP. Entre los resultados, se encontró que las fuentes

de estrés más importantes fueron los procedimientos, el comportamiento y emociones del niño y la apariencia. Las conclusiones fueron que los altos niveles de estrés demuestran la importancia del *screening* de los factores que afectan el bienestar psicológico para poner en práctica estrategias de consejería y educación para reducir el estrés en los padres ⁽²⁴⁾ .

Colville G et al. reportaron, en 2006, en el Reino Unido, un estudio sobre la asociación de la experiencia de las madres en la UCIP y psicopatología. Metodológicamente fue retrospectivo transversal de cohortes, en el cual 34 madres completaron el cuestionario PSS: PICU, GHQ-28 y la escala de impacto de eventos 8 meses luego del alta. Entre los resultados, se encontró que el 53% tenía un score mayor o igual a 5 en GHQ-28 y 18% en el rango severo de la escala de impacto de eventos. Las conclusiones fueron que el *screening* durante la hospitalización con la escala PSS: PICU podría identificar a las madres que más necesiten apoyo psicológico ⁽²⁵⁾ .

Yam B et al. estudiaron, en 2004, en China, sobre la versión china de la escala PSS: PICU. Metodológicamente fue prospectivo con la aplicación de la escala PSS: PICU en chino a 81 padres de niños hospitalizados en UCIP en Hong Kong. Entre los resultados, se encontró que el análisis y correlación de factores soportó las dimensiones conceptuales del instrumento original, así como que la consistencia interna de la versión china fue alta. Las conclusiones fueron que a pesar de que se encontraron resultados satisfactorios en el instrumento traducido, aún se necesitan muestras más grandes ⁽²⁶⁾ .

Nizam M et al. reportaron, en 2001, en Malasia, sobre el estrés en padres de una UCIP. Metodológicamente, se señala que el estudio fue transversal, donde se aplicó la encuesta PSS: PICU en malayo a 112 padres de niños hospitalizados en UCIP. Entre los resultados, se encontró que la alteración en el rol parental fue la fuente más importante de estrés, así como que los hombres, padres de niños con score PRISM más alto y que no hayan tenido una hospitalización previa en UCIP tuvieron puntajes más altos en cuanto a la falta de comunicación con el personal. Las conclusiones fueron que la versión malaya de PSS: PICU es confiable para identificar las fuentes de estrés. La

alteración del rol parental fue la causa más importante de estrés. Asimismo, el género del padre, experiencia previa y severidad de la enfermedad del niño pueden influir en la respuesta del estrés ⁽²⁷⁾.

2.2 Bases teóricas

Unidad de cuidados intensivos pediátricos

La unidad de cuidados intensivos es un sistema organizado orientado al manejo interprofesional y multidisciplinario de pacientes que presentan o están en riesgo de tener enfermedades y fallas de órganos que puedan comprometer su vida. Así, el objetivo primordial de esta especialidad está dirigido a prevenir mayores daños con soporte fisiológico de órganos mientras se trata y se resuelve la enfermedad causante de fondo, brindando cuidados médicos con una alta capacidad de monitoreo durante un período agudo de insuficiencia de algún sistema ⁽²⁸⁾.

Para lograrlo, se requiere de un equipo completo de múltiples profesionales, los cuales tienen cada uno un rol específico en la recuperación del paciente, como son los médicos, enfermeras, terapistas, microbiólogos, trabajadores sociales, psicólogos, etc. ⁽²⁸⁾.

Las unidades de cuidados intensivos pediátricos están dirigidas al tratamiento de niños mayores de 30 días y menores de 18 años, con el objetivo de restaurar la salud de un párvulo que está sufriendo una enfermedad potencialmente mortal con el mínimo de dolor, ansiedad y complicaciones, proviniendo confort y apoyo a la familia del paciente ⁽²⁹⁾.

Sin embargo, estas UCIP son un concepto relativamente nuevo en la historia de la medicina, pues las primeras unidades no se crearon hasta hace poco más de 50 años; la primera en 1955 en la ciudad de Goteborg en Suecia y luego en 1967 en Filadelfia, EEUU ⁽²⁹⁾.

Estrés

El estrés es un estado presente en las personas en todos los medios y ambientes del mundo. La teoría fisiológica sobre el mismo, desarrollada por Selye en la década los 60s sugiere que se trata de la respuesta del organismo ante la demanda un agente nocivo (sobre todo psicológico, como se ha demostrado en estudios experimentales realizados por Mason y Weiss) que va contra el equilibrio del organismo, para que, de esta manera, esté preparado para enfrentarse al agente o huir ⁽³⁰⁾.

Otra teoría es la de los sucesos vitales, la cual se basa en que diversos acontecimientos en la vida de las personas, sean estos negativos o positivos, suponen un cambio por lo que se debe dar un ajuste a estas nuevas situaciones. En todo caso, el resultado depende del manejo individual que puede resultar en la activación de la resiliencia, madurez y crecimiento personal o la adquisición de nuevas destrezas ⁽³⁰⁾.

Por último, existe la teoría de la evaluación cognitiva, en la cual la persona tiene la acción más importante en este proceso al determinar la magnitud de la amenaza, pues es quien hace de intermediario entre los agentes externos e internos y lleva a cabo las medidas para hacer frente a la situación ⁽³⁰⁾.

Es esencial estudiar más acerca del estrés, pues si es que no se maneja de una manera asertiva, el estrés agudo lleva a estados patológicos como son: a) trastorno por estrés agudo, b) trastorno por estrés postraumático, c) ataque de pánico, d) fobias, e) trastornos del estado del ánimo, f) trastornos psicósomáticos. Mientras que si se mantiene de manera crónica conlleva a enfermedades más graves y de carácter permanente ⁽³⁰⁾.

El modelo de estrés traumático médico pediátrico describe las experiencias familiares en tres fases. En la fase 1, “peritrauma”, es importante cambiar las experiencias subjetivas sobre eventos potencialmente traumatizantes al brindar información sobre cómo es que las familias reaccionan usualmente

frente a estas situaciones para que puedan anticipar cómo es que probablemente se sientan a corto plazo ⁽³¹⁾.

En la segunda fase, cuando el niño ya no está críticamente enfermo, pero aún recibe tratamiento, se requiere usar estrategias preventivas para disminuir el estrés con estrategias de afrontamiento. Por último, en la tercera fase, a largo plazo, se basa en el monitoreo y tratamiento de los síntomas persistentes ⁽³¹⁾.

Ansiedad

La ansiedad es una de las emociones fundamentales del ser humano, tanto como la felicidad, tristeza y enojo ⁽³²⁾. Es una respuesta habitual a diversas situaciones que pueden ser estresantes, la cual puede ser necesaria para la vida diaria ⁽³³⁾. También, en sus formas más severas, es uno de los desórdenes psicológicos más frecuentes que afecta a millones de personas⁽³²⁾.

La ansiedad se define como la anticipación inquietante de un evento amenazador, pero sin una forma definida, acompañada de un sentimiento desagradable. Este sentimiento puede persistir por largos períodos y la persona puede tener dificultad para identificar la causa específica de este evento ⁽³⁴⁾. Asimismo, puede cursar con los estados patológicos mencionados anteriormente en cuanto al estrés ⁽³⁰⁾.

Los trastornos de ansiedad están relacionados con niveles de incapacidad, lo cual puede llegar a ser tan inhabilitante como alguna enfermedad somática crónica, debido a su repercusión en cuanto a la productividad en el trabajo, bienestar personal y relaciones interpersonales ⁽³³⁾.

Es tanta su importancia que se ha encontrado que, en Lima, tiene una prevalencia del 25.3% durante la vida de las personas ⁽³⁵⁾.

Depresión

Es una afección compleja del humor primario o un desorden de tipo afectivo, que se puede describir como un síndrome o un complejo de síntomas que

varían de intensidad, de leve a severa. Se define en términos de alteración del ánimo (tristeza, soledad, apatía), un concepto negativo del ser asociado a culpa y reproche personal, deseos autopunitivos (escapar, esconderse, morir), cambios vegetativos (anorexia, insomnio, pérdida de libido) y cambios en el nivel de actividad diaria (enlentecimiento o agitación) ⁽³⁶⁾.

Por lo general, existe mucha heterogeneidad en el diagnóstico, por lo que llegar a un consenso en el mismo puede ser difícil; sin embargo, se ha visto que la consistencia en el diagnóstico se basa en dos síntomas cardinales: tristeza y pérdida de interés o placer ⁽³⁷⁾.

Es la afección psicológica más común de nuestra época. Usualmente, se ve acompañada de pérdida de vitalidad. Antiguamente, se diferenciaban dos tipos: la exógena o reactiva en la cual se debe a una razón externa que produce tristeza, pérdida o alejamiento de algo; y la endógena o esencial en la cual no existe una razón externa que conlleve a este estado, sino que se trata de un fenómeno biológico con, probablemente, un mayor componente genético ^(38,37). Sin embargo, la evidencia ha sido inadecuada para apoyar esta teoría exógena/endógena, por lo que ya se ha dejado de lado ⁽³⁷⁾.

En Lima, se ha encontrado una prevalencia del 19% durante cualquier momento de la vida de las personas, siendo un trastorno relativamente frecuente. También se ha visto estrechamente relacionada a la pobreza como factor de riesgo, a diferencia de la ansiedad que no se evidenció dicha asociación ⁽³⁵⁾.

Implicancia en los padres de necesidad de cuidados críticos de los pacientes pediátricos

El ambiente de una UCI pediátrica es considerado como potencialmente estresante para los padres. De esta manera, se han encontrado siete dimensiones estresantes derivadas de la escala PSS: PICU (escala de estrés parental en UCIP): ⁽³⁹⁾ A) apariencia del niño que se refiere a cómo luce y se comporta el niño, lo cual varía en relación a cómo lo haría un niño sano fuera de estas circunstancias, B) vistas y sonidos de la UCIP que está relacionado

al ambiente físico donde está hospitalizado, C) procedimientos realizados, los cuales muchas veces son invasivos D) comportamiento de enfermeras y médicos, E) roles parentales, que se ven modificados radicalmente, debido a que es la enfermera y otros personales de salud quienes les brindan los cuidados, dejando parcialmente de lado a los padres en esta labor natural F) comunicación de los médicos y enfermeras con los padres, que incluye la relación que presentan con estos y el grado de conocimiento que tengan sobre la enfermedad y pronóstico del niño y G) comportamientos y respuestas emocionales exhibidas por el niño durante su hospitalización en UCIP ⁽⁴⁰⁾.

La necesidad de toma rápida de decisiones inesperadas y el ritmo acelerado vivido en las unidades de cuidados intensivos y emergencias pueden llegar a ser incómodas y poco familiares para los cuidadores primarios de estos pacientes. Además, este estrés se puede incrementar si es que tienen otros hijos que también requieran de cuidados, pues es difícil mantener el cuidado necesario cuando el cuidador requiere estar en múltiples lugares a la vez. Y si se le suma la incapacidad de ver algunos cuidados brindados al hijo hospitalizado, este aumenta incluso más ⁽⁴¹⁾.

Por lo tanto, es imposible el cuidado de un niño sin tenerlos en cuenta dentro del contexto familiar. Tradicionalmente, las hospitalizaciones en UCIP dejan de lado el rol parental usual de ser el cuidador primario y proteger a su hijo, lo cual puede ser percibido por los padres como si estuvieran perdiendo su lugar, forzados a tener un rol pasivo y sentirse poco útiles en el cuidado de sus niños. Al ayudar a los padres a mantener niveles moderados de estrés durante este momento crítico, se podría permitir que puedan cumplir con su rol natural, lo cual puede ser beneficioso durante su estancia hospitalaria ⁽³⁹⁾.

Las familias tienen diversos tipos de necesidades cuando tienen a un familiar hospitalizado en UCI. Éstas son cognitivas, por la necesidad de recibir información veraz y clara sobre el diagnóstico y tratamiento; emocionales, por la repercusión y secuelas que tiene la enfermedad, sobre todo en las que son graves; sociales, para recibir apoyo emocional por parte de amigos y otros familiares debido a la disrupción familiar que se produce; y prácticas, las cuales

se ven reflejadas en el ambiente durante su estancia en una UCI, las cuales pueden ser mejoradas ⁽⁴²⁾.

Diversos estudios que usaron el PSS: PICU han demostrado que el impacto que tiene esta etapa sobre el rol como padres es el mayor estresor, a diferencia de la idea que se tenía que era el ambiente con un alto uso de tecnología con sonidos emitidos por máquinas como bombas de succión o alarmas de ventiladores mecánicos ⁽⁴³⁾.

Los padres quieren instintivamente confortar a sus hijos, pero muchas veces no pueden comunicarse con ellos ni abrazarlos por largos períodos. Su única alternativa es esperar y confiar por su vida, lo más valioso para ellos, en las manos de un equipo de personas que muchas veces no han visto antes ⁽⁴³⁾.

Es por este motivo que han surgido modelos de atención orientados a las familias, los cuales involucran las políticas de visitas de familiares, su incorporación durante las rondas médicas, el incentivo de la presencia de miembros de la familia durante la reanimación y la práctica de mantener conferencias con ellas para discutir progresos en el tratamiento y toma de algunas decisiones ⁽⁴³⁾.

La Academia Americana de Pediatría recomienda que se permita a los padres estar presentes durante los procedimientos, así sean invasivos, reanimación cardiopulmonar y el momento de la muerte con el apoyo de un facilitador dentro del equipo que pueda explicar lo que está sucediendo ⁽⁴⁴⁾.

2.3 Definición de términos básicos

Depresión: Trastorno mental caracterizado por pérdida de placer o interés, disminución de autoestima, sentimientos de culpa, trastornos de sueño o apetito, sensación de fatiga y dificultad para mantenerse concentrado ⁽⁴⁵⁾.

Ansiedad: Un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto ⁽⁴⁶⁾.

Estrés: La respuesta de nuestro organismo a un acontecimiento que se percibe como amenaza ⁽⁴⁷⁾.

Unidad de cuidados intensivos pediátricos: Es el área del hospital que provee el nivel más alto de atención médica a los pacientes pediátricos, debido a que permite el monitoreo continuo de funciones vitales como frecuencia cardíaca, respiratoria y presión arterial y terapias que no se brindan en otras secciones del hospital como ventilación mecánica ⁽⁴⁸⁾.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

Hipótesis general

Existen factores que influyen significativamente en los niveles de estrés, depresión y ansiedad de los padres de niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Instituto Nacional de Salud del Niño en el 2020-2021.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Edad del progenitor	Tiempo de vida desde su nacimiento	Cuantitativa discreta	Años transcurridos desde el nacimiento	Razón	1 a 110 años	Encuesta sociodemográfica / DNI
Sexo	Condición orgánica femenina o masculina	Cualitativa nominal dicotómica	Según sexo biológico de pertenencia	Nominal	Hombre Mujer	Encuesta sociodemográfica
Ocupación	Trabajo, empleo u oficio	Cualitativa nominal	Trabajo que realiza una persona por el que podría recibir un salario	Nominal		Encuesta sociodemográfica
Nivel socioeconómico	Ingreso económico y posición en la sociedad	Cualitativa categórica ordinal	Ingreso total familiar mensual/N° personas que viven en el hogar	Ordinal	Bajo: <300	Encuesta sociodemográfica
					Medio: 301-500	
					Alto: >500	
Grado de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados	Cualitativa categórica ordinal	Años de estudios concluidos	Ordinal	Ninguno Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleta Superior completa Postgrado	Encuesta sociodemográfica
Horas de visita a la semana	Horas que pasa el padre en la UCIP en una semana	Cuantitativa discreta	Horas que pasa en UCIP en una semana	Razón	0-5 6-10 11-20 21-30 31-40 >40	Encuesta sociodemográfica

Veces que visita a la semana	Número de veces que acude el padre a la UCIP en una semana	Cuantitativa discreta	Número de veces que acude a UCIP en una semana	Razón	0-2 3-5 >5	Encuesta sociodemográfica
Estancia hospitalaria	Días que ha pasado hospitalizado el niño	Cuantitativa discreta	Días que ha pasado hospitalizado el niño	Razón	2 a 1000 días	Encuesta sociodemográfica /Historia clínica
Edad del niño	Tiempo de vida desde su nacimiento	Cuantitativa discreta	Meses transcurridos desde el nacimiento	Razón	1 a 216 meses	Encuesta sociodemográfica / Historia clínica
Estado civil	Situación de una persona en relación a la existencia de una pareja	Cualitativa categórica nominal	Situación de una persona en relación a la existencia de una pareja	Nominal	Soltero Casado Conviviente Divorciado Viudo	Encuesta sociodemográfica
Severidad de enfermedad	Riesgo esperado de mortalidad	Cualitativa categórica ordinal	Resultado del PRISM III score	Ordinal	1 a 20: bajo riesgo de fallecer 21 a 29: moderado riesgo de fallecer > o igual a 30: alto riesgo de fallecer	Historia clínica
Hijos en casa	Número de hijos que viven en casa con la persona	Cuantitativa discreta	Número de hijos que viven en casa con la persona	Razón	0 a 20	Encuesta sociodemográfica
Hijos fallecidos	Número de hijos nacidos vivos fallecidos	Cuantitativa discreta	Número de hijos nacidos vivos fallecidos	Razón	0 a 20	Encuesta sociodemográfica
Hospitalización previa en UCIP del mismo u otro hijo	Antecedente de haber tenido algún hijo hospitalizado en UCIP	Cualitativa nominal dicotómica	Antecedente de haber tenido algún hijo hospitalizado en UCIP	Nominal	Sí No	Encuesta sociodemográfica
Estrés	Tensión provocada por situaciones agobiantes	Cuantitativa discreta	Resultado de encuesta PSS: PICU dividido en las 7 dimensiones evaluadas	De razón	0 a 37	Instrumento PSS: PICU
Depresión	Tristeza profunda con inhibición de funciones psíquicas	Cualitativa categórica ordinal	Resultado de encuesta PROMIS para depresión	Ordinal	>55: sin depresión 55-59.9: leve 60-69.9: moderada 70 o más: severa	Instrumento PROMIS para depresión
Ansiedad	Estado de angustia, inquietud o zozobra del ánimo	Cualitativa categórica ordinal	Resultado de encuesta PROMIS para ansiedad	Ordinal	>55: sin ansiedad 55-59.9: leve 60-69.9: moderada 70 o más: severa	Instrumento PROMIS para ansiedad

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

El trabajo de investigación es de enfoque cuantitativo. Según la intervención del investigador es observacional; según el alcance, descriptivo; según el número de mediciones de la o las variables de estudio, transversal; según el momento de la recolección de datos: prospectivo

4.2 Diseño muestral

Población universo

Padres de familia de niños hospitalizados en el Instituto Nacional de Salud del Niño desde febrero de 2020 hasta febrero de 2021.

Población de estudio

Padres de niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Instituto Nacional de Salud del Niño desde febrero de 2020 hasta febrero de 2021.

Tamaño de la muestra

Es censal. Todos los padres de niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Instituto Nacional de Salud del Niño desde febrero de 2020 hasta febrero de 2021.

Muestreo

Se invitará a participar a todos los padres de niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Instituto Nacional de Salud del Niño desde febrero de 2020 hasta febrero 2021 que cumplan con los criterios de selección.

Criterios de selección

Inclusión

- Ser padre o madre del niño hospitalizado en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Instituto Nacional de Salud del Niño desde febrero de 2020 hasta febrero de 2021.
- Haber firmado el consentimiento informado para ser parte del estudio

Exclusión

Padres

- de niños menores de 30 días de vida,
- menores de 18 años,
- de pacientes con estancia hospitalaria mayor a 15 días,
- no alfabetizados,
- que no hablen el idioma español,
- cuidador que no es progenitor del niño.

4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos

Se aplicarán encuestas sociodemográficas e instrumentos validados (PSS: PICU, Promis para depresión y ansiedad) para valorar los estados de estrés, depresión y ansiedad. También se recurrirá a las historias clínicas de los pacientes para corroborar datos sobre su estancia hospitalaria.

Los investigadores se acercarán a los padres siguiendo un protocolo previamente elaborado, con el cual se les invitará a ser parte del estudio. También, se les proporcionará toda la información que consideren pertinente sobre la investigación. En caso acepten ser parte de la investigación, se procederá a la recolección de datos con los instrumentos mencionados previamente tras haber firmado el consentimiento informado.

Se aplicarán los cuestionarios Promis de ansiedad y depresión por el personal capacitado. Estos ya se encuentran validados y se encuentran disponibles traducidos al español en la página web de la asociación ⁽⁴⁹⁾.

También, se aplicará la escala de PSS: PICU, en la cual los padres calificarán las fuentes de estrés usando una escala del 1 al 5 (1 = nada estresante y 5 =

extremadamente estresante). Los 7 dominios por estudiar incluyen: apariencia del niño, vistas y sonidos en la UCIP, procedimientos realizados, comportamientos del personal profesional, obligaciones familiares, comunicación del personal profesional y comportamientos y respuestas emocionales del niño⁽⁵⁰⁾.

Por último, se procederá a realizar una encuesta individual en la que los participantes darán datos acerca de factores sociodemográficos como edad, estado civil, educación, ocupación, horas pasadas en la UCIP, hospitalizaciones previas en UCIP de algún hijo, hijos en casa, entre otros.

A la vez, se recogerán datos de las historias clínicas sobre las características del niño que incluyen edad y días de hospitalización, así como datos que permitan establecer el PRISM-IV score, el cual permitirá valorar el riesgo de mortalidad del paciente y, en consecuencia, la severidad de la enfermedad que presenta.

Instrumentos de recolección y medición de variables

Los cuestionarios Promis se encuentran disponibles en línea. Son cuestionarios cortos de 4-10 ítems que cubren diversos temas para medir el estado de salud físico, mental y bienestar social del paciente. Se usarán los siguientes: ansiedad (7 ítems) y depresión (8 ítems)⁽⁴⁹⁾. Estos instrumentos fueron validados en el 2016 por Cook K et al⁽⁵¹⁾.

La escala PSS: PICU es un instrumento en el que los padres calificarán las fuentes de estrés en una escala del 1 al 5 (1=nada estresante y 5=extremadamente estresante) en 7 dominios específicos: apariencia del niño (3 ítems), vistas y sonidos (3 ítems), procedimientos realizados (6 ítems), comportamientos de enfermeras y médicos (4 ítems), roles parentales (6 ítems), comunicación de los médicos y enfermeras (5 ítems), comportamientos y respuestas emocionales del niño (10 ítems)⁽⁴⁰⁾. Esta escala fue validada en español por Rei R et al. en el año 1996⁽⁵²⁾.

La encuesta sociodemográfica será desarrollada por los investigadores, conteniendo las preguntas correspondientes sobre los datos individuales de los padres relevantes para la investigación.

Para la valoración de severidad de enfermedad se aplicará la escala PRISM, la cual da una estimación de riesgo de mortalidad según los datos de 14 indicadores obtenidos de las historias clínicas ⁽⁵³⁾.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Después de una doble digitación de los datos, una limpieza cuidadosa de los mismos y revisión de consistencia, primero se realizará un análisis estadístico descriptivo usando tabulaciones y métodos gráficos.

Luego, la asociación entre variables se obtendrá por análisis bivariado de acuerdo con el tipo de variable. Las variables categóricas se analizarán por medio de chi cuadrado y las numéricas mediante t de Student. Previo al contraste de hipótesis, se determinará la normalidad de la distribución de las mediciones de depresión y ansiedad, en cuyo caso se realizarán pruebas paramétricas (t de Student) a fin de establecer diferencias entre ambos grupos. Asimismo, a través de regresión logística se determinará la asociación entre los factores descritos en la tabla de operacionalización de variables.

Para el análisis, se utilizará el software estadístico SPSS versión 25.0.

4.5 Aspectos éticos

La participación en el estudio es voluntaria y, por lo tanto, los participantes tendrán el derecho de retirarse en cualquier momento sin ningún perjuicio. Se obtendrá el consentimiento informado escrito de los padres que incluirá la siguiente información: objetivo del estudio, duración, procedimientos involucrados, riesgos y problemas de la participación, beneficios esperados, confidencialidad de los datos, personas de contacto (ante la percepción de transgresión de los derechos como individuo) y que no habrá costos

adicionales a los participantes. El formato de consentimiento será leído al participante antes de ser enrolado y antes de brindarlo, se les dará la oportunidad de hacer preguntas hasta que ellos entiendan el estudio completamente. Se les pedirá a las personas elegibles que deseen participar dar un consentimiento informado escrito. Además, se le dará al participante una copia del consentimiento escrito firmado para sus registros personales.

Asimismo, este estudio será revisado y posteriormente aprobado por el Comité de Ética correspondiente de la institución. También, se contará con el permiso del Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos para la recolección de datos.

Por otro lado, este estudio se realizará en un estado de especial vulnerabilidad en la vida de los participantes, por lo que se requiere mayor respeto emocional y psicológico en cuanto a la manera en la que se lleva a cabo. En todo momento, los participantes tendrán la oportunidad de expresar y formular sus experiencias como les sea más conveniente. Toda información obtenida permanecerá en total anonimato.

No existe ningún tipo de conflicto de intereses entre los investigadores y los resultados obtenidos.

CRONOGRAMA

Pasos	2020		2021											
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Búsqueda de información	X													
Recolección de datos	X	X	X	X	X									
Procesamiento y análisis de datos						X	X	X						
Primera redacción del informe									X					
Correcciones del proyecto de investigación										X	X			
Redacción final del proyecto de investigación												X	X	
Aprobación del proyecto de investigación														X

PRESUPUESTO

Para la realización del presente trabajo de investigación, será necesaria la implementación de los siguientes recursos:

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	400.00
Adquisición de software	900.00
Impresiones	600.00
Logística	300.00
Traslados	1000.00
TOTAL	3200.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Rodríguez-Rey R, Alonso-Tapia J. Predicting Posttraumatic Growth in Mothers and Fathers of Critically Ill Children: A Longitudinal Study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2019; 26(3): p. 372-81.
2. Huckabay L, Tiem-Kessler D. Patterns of parental stress in PICU emergency admission. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 1999; 18(2): p. 36-42.
3. Yaman S, Altay N. Posttraumatic stress and experiences of parents with a newborn in the neonatal intensive care unit. *J Reprod Infant Psychology*. 2015; 33(2): p. 140-52.
4. Lisanti AJ, Golfenshtein N, Medoff-Cooper B. The Pediatric Cardiac Intensive Care Unit Parental Stress Model: Refinement Using Directed Content Analysis. *Send to ANS Adv Nurs Sci*. 2017; 40(4): p. 319-36.
5. Fayiz Al Maghaireh D, Lim Abdullah K, Chan Chong M, Piaq Chua Y, Mefleh Al Kawafha M. 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: Nursing Care of Children and Families*. 2017; 36: p. 132-40.
6. Tsironi S, Koulterakis G. Factors associated with parents' levels of stress in pediatric wards. *J Child Health Care*. 2018; 22(2): p. 175-85.
8. Bedford ZC, Bench S. A review of interventions supporting parent's psychological well-being after a child's intensive care unit discharge. *Nurs Crit Care*. 2019; 24(3): p. 153-61.
7. Tehrani H, Haghighi M, Bazmamoun H. Effects of stress on mothers of hospitalized children in a hospital in Iran. *Iran J Child Neurol*. 2012; 6(4): p. 39-45.
9. Barr P. Posttraumatic growth in parents of infants hospitalized in a NICU. *Journal of Loss and Trauma*. 2011; 16(2): p. 117-34.
10. García-Puga JA, Quintana-Zavala MO, Acuña-Ruiz MJY, Montoya-Barneiz MC. Estrés en Padres con Hijos Hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*. 2009; 26(2): p. 67-72.
11. Ramírez M, Navarro S, Clavería C, Molina Y, Cox A. Estresores parentales en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Revista Chilena de Pediatría*. 2018; 89(2): p. 182-9.
12. Aranda-Paniora F. Depresión y ansiedad en cuidadores primarios en el Instituto Nacional de Salud del Niño. *An Fac med*. 2017 Setiembre; 78(3): p. 277-80.
13. Nelson L, Lachman S, Li S, Gold J. The Effects of Family Functioning on the Development of Posttraumatic Stress in Children and Their Parents Following Admission to the PICU. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2019; 20(4): p. 208-15.
14. Colwell BRL, Olufs E, Zuckerman K, Kelly SP, Ibsen L, Williams CN. PICU Early Mobilization and Impact on Parent Stress. *Hospital Pediatrics*. 2019; 9(4): p. 265-72.

15. Rodríguez-Rey R, Alonso-Tapia J, Colville G. Prediction of parental posttraumatic stress, anxiety and depression after a child's critical hospitalization. *J Crit Care*. 2018; 45: p. 149-55.
16. Terp K, Sjöström-Strand A. Parents' experiences and the effect on the family two years after their child was admitted to a PICU—An interview study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2017; 43: p. 143-8.
18. Lisanti AJ, Allen LR, Kelly L, Medoff-Cooper B. Maternal Stress and Anxiety in the Pediatric Cardiac Intensive Care Unit. *Am J Crit Care*. 2017 marzo; 26(2): p. 118-25.
17. Dahab P, Sjöström-Strand A. Parents' experiences of their child being admitted to a paediatric intensive care unit: a qualitative study— like being in another world. *Scand J Caring Sci*. 2017; 32(1): p. 363-70.
19. Stremler R, Haddad S, Pullenayegum E, Parshuram C. Psychological Outcomes in Parents of Critically Ill Hospitalized Children. *Journal of Pediatric Nursing*. 2017; 34: p. 36-43.
20. Rodríguez-Rey R, Alonso-Tapia J. Development of a screening measure of stress for parents of children hospitalised in a Paediatric Intensive Care Unit. *Aust Crit Care*. 2016; 29(3): p. 151-7.
21. Kumar BS, Shreedhara Avabratha K. Parental stress: a study from a pediatric intensive care unit in Mangalore. *Int J Contemp Pediatr*. 2015; 2(4): p. 401-5.
22. Aamir M, Mittal K, Kashyap H, Kaur G, Shankar-Kaushik J. Predictors of Stress Among Parents in Pediatric Intensive Care Unit: A Prospective Observational Study. *Indian J Pediatr*. 2014; 81(11): p. 1167-70.
23. Aulakh Pooni P, Singh D, Bains HS, Prasad Misra B, Kumar Soni R. Parental stress in a paediatric intensive care unit in Punjab, India. *Journal of Pediatrics and Child Health*. 2013 Febrero; 49(3): p. 204-9.
24. Yacoub MI, Alkharabsheh M, Abu Zaitoun , Al-Atiat EK. The Arabic version of the Parental Stressor Scale: psychometric properties and Jordanian parents' stress during child admission to PICU. *Journal of Research in Nursin*. 2012; 18(7): p. 619-33.
25. Colville GA, Gracey D. Mothers' recollections of the Paediatric Intensive Care Unit: Associations with psychopathology and views on follow up. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2006; 22: p. 49-55.
26. Yam B, López V, Thompson D. The Chinese Version of the PSS: PICU. *Nursing Research*. 2004; 53(1): p. 19-27.
28. Marshall JC, Bosco L, Adhikari NK, Connolly B, Diaz JV, Dorman T, et al. What is an Intensive Care Unit (ICU): A Report of the Task Force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care*. 2016; 37: p. 270-6.
27. Nizam M, Norzila M. Stress among parents with acutely ill children. *Med J Malaya*. 2001; 56(4): p. 428-34.
29. Wheeler DS, Wong HR. *Pediatric Critical Care Medicine: Basic Science and Clinical Evidence*: Springer Science & Business Media; 2007.
30. Oblitas GLA. *Psicología de la salud y calidad de vida México D.F.:* Cengage Learning Latin Americaa; 2010.

31. Landolt MA, Cloitre M, Schnyder U. Evidence-Based Treatments for Trauma Related Disorders in Children and Adolescents: Springer; 2017.
32. Freeman D, Freeman J. Anxiety: A Very Short Introduction: Oxford University Press; 2012.
33. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. In ; 2008; Madrid.
34. Rachman S. Anxiety Vancouver: Psychology Press; 2013.
35. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental. Anales de Salud Mental. In ; 2002.
36. Beck AT, Alford BA. Depression: Causes and Treatment Press UoP, editor.; 2009.
38. Cosacov E. Términos técnicos de la psicología. 3rd ed. Córdoba: Brujas; 2007.
37. Dobson KS, Dozois DJA. Risk Factors in Depression: Elsevier; 2011.
39. Tibboel D, van der Voort E. Intensive Care in Childhood: A Challenge to the Future: Springer Science & Business Media; 2012.
40. Carter MC, Miles MS, Buford TH, Hassanein RS. Parental environmental stress in pediatric intensive care units. *Dimens Crit Care Nurs.* 1985; 4(3): p. 180-8.
41. Reuter-Rice K, Nachtsheim Bolick B. Pediatric Acute Care: A Guide for Interprofessional Practice: Jones & Bartlett Publishers; 2011.
42. Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más comfortable y humana. Es tiempo de cambio. *Medicina intensiva.* 2014; 38(6): p. 371-5.
43. Bienvenu J, Hopkins RO, Jones C. Psychological and Cognitive Impact of Critical Illness: Oxford University Press; 2017.
44. Care AAoPCoH. Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics.* 2003.
45. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online]. [cited 2019 marzo 5. Available from: <https://www.who.int/topics/depression/es/>.
46. Esparcia J. Psicopatología Barcelona: UOC; 2006.
48. Torres A. KidsHealth. [Online].; 2015 [cited 2019 marzo 5. Available from: <https://kidshealth.org/en/parents/picu.html>.
47. JA CD. Imágenes de la psiquiatría española Barcelona: Glosa; 2004.
49. PROMIS: Dynamic tools to measure health outcomes from the patient perspective. [Online]. [cited 2019 Marzo 18. Available from: <http://www.nihpromis.org/measures/instrumentoverview>.
50. Miles MS FSCJ. Parental Stresson Scale: neonatal intensive care unit. *Nursing Research.* 1993; 42(3): p. 148-52.
51. Cook KF, Jensen SE, Schalet BD, Beaumont JL, Antmann D, Czajkowski S, et al. PROMIS measures of pain, fatigue, negative affect, physical function, and social function demonstrated clinical validity across a range of chronic conditions. *J Clin Epidemiol.* 2016; 73: p. 89-102.

52. Rei RM, Fong C. The Spanish Version of the Parental Stressor Scale: Pediatric Intensive Care Unit. *J Pediatr Nurs.* 1996; 11(1): p. 3-9.
53. Pollack MM, Holubkov R, Funai T, Dean M, Berger J, Wessel DL, et al. The Pediatric Risk of Mortality Score: Update 2015. *Pediatr Crit Care Med.* 2016; 17(1): p. 1-9.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de Investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
Factores que influyen en el estrés, depresión y ansiedad de padres de niños en unidad de cuidados intensivos pediátricos en el instituto nacional de salud del niño (2019)	¿Qué factores influyen en los niveles de estrés, depresión y ansiedad de los padres de los niños hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Instituto Nacional de Salud del Niño en el 2019?	Identificar los factores que influyen en los niveles de estrés, depresión y ansiedad de los padres de niños hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Instituto Nacional de Salud del Niño en el 2019.	Existen factores que influyen en el estrés, depresión y ansiedad de los padres de los niños hospitalizados en UCIP.	Observación Analítico Transversal Prospectivo	Padres de niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Instituto Nacional de Salud del Niño durante julio a diciembre de 2019.	Ficha sociodemográfica PSS: PICU PROMIS ansiedad PROMIS depresión
		<ul style="list-style-type: none"> - Identificar qué factores influyen en el estrés de los padres con niños hospitalizados en UCIP - Identificar qué factores influyen en la depresión de los padres con niños hospitalizados en UCIP - Identificar qué factores influyen en el estrés de los padres con niños hospitalizados en UCIP - Determinar los niveles de depresión, ansiedad y estrés en los padres de niños hospitalizados en UCIP. 	<ul style="list-style-type: none"> - Existen factores que influyen en el estrés de los padres con niños hospitalizados en UCIP - Existen factores que influyen en la depresión de los padres con niños hospitalizados en UCIP - Existen factores que influyen en el estrés de los padres con niños hospitalizados en UCIP - Los padres de los niños hospitalizados en UCIP tienen niveles altos de depresión, ansiedad y estrés. 			

Distrés emocional- Ansiedad

Por favor, responda marcando un recuadro por fila.

En los últimos 7 días...

	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Siempre
He sentido miedo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Me he sentido ansioso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Me he sentido preocupado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Me ha sido difícil concentrarme en otra cosa que no sea mi ansiedad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Me he sentido nervioso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Me he sentido intranquilo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Me he sentido tenso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Distrés emocional- Depresión

Por favor, responda marcando un recuadro por fila.

En los últimos 7 días...

	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Siempre
Me he sentido inútil	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
He sentido que no hay nada que me haga ilusión	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Me he sentido desamparado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Me he sentido triste	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Me he sentido como un fracaso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Me he sentido deprimido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Me he sentido infeliz	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Me he sentido sin esperanza	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

- | | | | | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2. | Los sonidos de los monitores y equipos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | El repentino sonido de las alarmas de los monitores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A continuación hay una lista de **procedimientos** que su hijo(a) puede haber recibido. No todos los niños han tenido estas experiencias por lo que marque una X en el recuadro N/A si no ha experimentado o visto algún ítem de la lista. Si el ítem refleja algo que ha experimentado, indique qué tan estresante ha sido para usted marcando con una X el recuadro adecuado.

	N/A	Nada estresante	Poco estresante	Moderadamente estresante	Muy estresante	Extremadamente estresante
1. Inyecciones/vacunas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tubos en mi hijo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Aspiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Poner agujas en mi hijo(a) para fluidos, procedimientos o pruebas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hacer que mi hijo(a) tosa o respire profundo, golpeando y palmeando en el pecho de mi hijo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Moretones, cortes o incisiones en mi hijo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estamos interesados en saber si ha experimentado estrés en relación con el **comportamiento del personal**. Si ha experimentado la situación, indique qué tan estresante fue marcando con una X en el recuadro apropiado. Si no ha experimentado el ítem, marque con una X el recuadro NA. Recuerde, sus respuestas son confidenciales y no serán compartidas ni discutidas con el personal.

- | | | | | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3. | Diciéndome diferentes cosas (opuestas) sobre la condición de mi hijo(a) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | No decirme qué está definitivamente mal con mi hijo(a) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | No hablando conmigo lo suficiente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A continuación, hay una lista de **comportamientos y respuestas emocionales** que pueden haber sido exhibidas por su hijo(a) mientras estaba en la UCIP. Por favor, indique su nivel de estrés con estos ítems.

- | | N/A | Nada estresante | Poco estresante | Moderadamente estresante | Muy estresante | Extremadamente estresante |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 1. | Confusión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Comportamiento rebelde o poco cooperativo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Llanto o quejas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Demandante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Actuando o pareciendo que sentía dolor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Inquietud | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Incapacidad de hablar o llorar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Temor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Ira | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Tristeza o depresión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Usando la misma escala, indique qué tan estresante en general fue para usted la experiencia de tener a su hijo(a) hospitalizado en UCIP.

	N/A	Nada estresante	Poco estresante	Moderadamente estresante	Muy estresante	Extremadamente estresante
¿Qué tan estresante ha sido la experiencia de tener a su hijo(a) hospitalizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gracias por su ayuda. Ahora, ¿ha habido algo más que ha sido estresante para usted durante este tiempo que su hijo(a) ha estado hospitalizado en UCIP? Por favor, siéntase libre de discutirlo en el espacio de abajo:

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

Edad:.....		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Estado civil:		Soltero(a) <input type="checkbox"/>	Casado(a) <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/>
		Divorciado(a) <input type="checkbox"/>	Viudo(a) <input type="checkbox"/>
Ocupación:			
Grado de instrucción	Ninguna <input type="checkbox"/>	Primaria incompleta <input type="checkbox"/>	Primaria completa <input type="checkbox"/>
	Secundaria incompleta <input type="checkbox"/>	Secundaria completa <input type="checkbox"/>	Superior <input type="checkbox"/>
Horas de visita a la semana:		Veces que visita a la semana:	
Días que lleva hospitalizado su hijo:	Edad de su hijo(a):		Número de hijos en casa:
Ingreso mensual familiar: S/	Personas que viven en casa:		
Hospitalización previa de un hijo en UCIP:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Alguno de sus hijos nacidos vivos ha fallecido?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTRÉS, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE PADRES DE NIÑOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP) DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO (2019)

¿Quiénes somos?

Somos médicos residentes de pediatría que deseamos realizar un estudio en los padres de niños hospitalizados en cuidados intensivos pediátricos para conocer cuáles son los diversos factores que influyen en la aparición de estrés, depresión y/o ansiedad durante este momento que usted está viviendo.

¿Para qué hemos venido a verlo(a)?

Hemos venido a visitarlo(a) para informarle acerca del estudio que vamos a realizar en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) donde se encuentra actualmente hospitalizado su hijo(a). Queremos invitarlo para que participe de manera voluntaria en este estudio.

¿Por qué estamos realizando este estudio?

Estamos realizando este estudio en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Instituto Nacional de Salud del Niño durante los meses de julio a diciembre de 2019. Usted será uno de las personas, entre padres y madres, que participarán de manera voluntaria. El motivo de este estudio es determinar los diversos factores que influyen en el estrés, depresión y ansiedad de los padres de niños hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos pediátricos, lo cual permitirá llevar a cabo estrategias para poder actuar de manera efectiva en las poblaciones más susceptibles y brindar el apoyo necesario, a fin de reducir los niveles de estrés, depresión y ansiedad para que la situación sea más tolerable para los padres. La información de este estudio será de mucha importancia para el INSN y el Ministerio de Salud, así como para futuras investigaciones que se quieran llevar a cabo.

¿Qué sucedería si usted decide participar en el estudio?

Una vez que usted acepte participar en el estudio, un personal entrenado le hará una serie de preguntas por medio de la aplicación de 4 encuestas que demostrarán los niveles encontrados de depresión, ansiedad y estrés, así como factores personales, ambientales, sociales y demográficos que influyen en la aparición de los mismos.

Contestar la preguntas debería tomar aproximadamente 30 a 40 minutos.

¿Qué de bueno voy a conseguir en este estudio?

No habrá ningún beneficio directo para el participante. Sin embargo, los resultados nos darán una mejor comprensión sobre los niveles de estrés, depresión y ansiedad que presenten los participantes para poder actuar sobre ellos y brindar el apoyo necesario.

¿Recibiré alguna ayuda o recompensa por colaborar con el estudio?

El estudio no cubre el costo del tratamiento de su hijo y usted tampoco recibirá dinero o algún otro tipo de beneficio económico por su participación.

¿Quiénes sabrán que estoy participando en este estudio?

No se le va a decir a nadie acerca de las respuestas que usted dé durante la entrevista que se le hará. Los resultados solo serán conocidos por los investigadores de este estudio. Los datos se guardarán en una computadora personal de manera anónima y sus resultados solo podrán ser vistos y estudiados por el personal de la investigación. La información obtenida será completamente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

¿Estoy obligado a participar en este estudio?

No, no está obligado. Nadie se va a molestar ni tendrá ningún tipo de problema, así como que no afectará la atención de su hijo en este establecimiento de salud. Solo debe decirnos si desea o no participar después de explicarle en qué consiste este estudio. Si usted decide participar, recuerde que en cualquier momento tiene la libertad de cambiar de opinión y retirarse del estudio, sin tener ninguna consecuencia negativa tanto para usted como para su familia.

¿Qué pasa si después tengo algunas preguntas o dudas?

Puede preguntar en cualquier momento, ahora, durante o después de haberse realizado el estudio. Si desea hablar con el investigador principal en cualquier momento o etapa del estudio, puede llamar al siguiente número: 949148616, de lunes a viernes, en el horario de 04:00 pm. a 8:00 pm. Puede preguntar por: Macarena Velásquez García-Sayán, médico residente de pediatría, investigadora principal del proyecto.

Agradecemos su participación.

CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO

He leído o me han leído la información contenida en todas las páginas de este documento. Tuve la oportunidad de hacer preguntas relacionadas con mi participación que fueron resueltas de manera satisfactoria y entendible. Doy mi consentimiento voluntario para participar en el estudio.

En señal de aceptación para participar en este estudio, firmaré al final de este documento.

Nombres y Apellidos del participante (letra de Imprenta)

.....
Nombres Apellido paterno Apellido materno

Firma del participante:

Huella digital
(si no puede firmar)



Nombres y Apellidos del Encuestador (letra de Imprenta)

.....
Nombres Apellido paterno Apellido materno

Firma del Encuestador:

Fecha: _____ de _____ de 2020