

Caracterización de la ansiedad en cuidadores primarios de recién nacidos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional de Itauguá, Paraguay, 2026

Characterization of Anxiety among Primary Caregivers of Newborns Admitted to the Neonatal Intensive Care Unit at Hospital Nacional de Itauguá, Paraguay, 2026

Dra. Laura María de los Ángeles Peralta Romero

peraltaromerolau97@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-8418-967X>

Departamento de Pediatría, Centro Médico Nacional – Hospital Nacional de Itauguá, Paraguay
Facultad de Ciencias de la Salud

Dra. Mariela Domínguez Romero

marieladominguez64@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-8469-4475>

Departamento de Pediatría, Centro Médico Nacional – Hospital Nacional de Itauguá, Paraguay
Facultad de Ciencias de la Salud

Fecha de recepción: __/__/2026 · Fecha de aceptación: __/__/__

RESUMEN

La internación de un recién nacido en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) constituye un evento potencialmente estresante para la familia. La incertidumbre pronóstica, la separación física, el ambiente tecnológico y la alteración del rol parental pueden favorecer síntomas de ansiedad. El objetivo fue caracterizar la ansiedad en cuidadores primarios de recién nacidos internados en la UCIN del Hospital Nacional de Itauguá durante 2026. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y cuantitativo entre marzo y abril de 2026. Participaron 64 cuidadores primarios; se recolectaron características sociodemográficas y neonatales y se aplicó la subescala de ansiedad de la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A). Se utilizaron frecuencias absolutas y relativas. Para el análisis descriptivo según gravedad neonatal se consideraron 57 registros con información clínica emparejada completa. La ansiedad moderada fue la categoría más frecuente, con 30/64 (46,9%); 11/64 (17,2%) presentaron ansiedad leve y 7/64 (10,9%) ansiedad severa. En total, 48/64 (75,0%) presentaron algún grado de ansiedad. Entre los neonatos con datos clínicos completos, 42/57 (73,7%) fueron prematuros, 33/57 (57,9%) fueron clasificados como muy graves y 30/57 (52,6%) permanecieron 15 días o más en UCIN. En el grupo de neonatos muy graves, 17/33 (51,5%) de los cuidadores presentaron ansiedad moderada y 6/33 (18,2%) severa. Se concluye que la carga de síntomas ansiosos fue elevada y se concentró especialmente en niveles moderados. Los análisis de subgrupos deben interpretarse de manera descriptiva debido a la variabilidad de denominadores en algunas variables del registro consolidado.

Palabras clave: ansiedad; cuidadores; recién nacido; unidad de cuidados intensivos neonatales; HADS; familia.

ABSTRACT

Admission of a newborn to a neonatal intensive care unit (NICU) is a potentially stressful event for families. Prognostic uncertainty, physical separation, a highly technological environment, and disruption of the parental role may contribute to anxiety symptoms. This study aimed to characterize anxiety among primary caregivers of newborns admitted to the NICU of Hospital Nacional de Itauguá in 2026. An observational, descriptive, cross-sectional quantitative study was conducted between March and April 2026. Sixty-four primary caregivers participated. Sociodemographic and neonatal characteristics were recorded, and the anxiety subscale of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A) was applied. Absolute and relative frequencies were used. For descriptive analysis according to neonatal severity, 57 paired records with complete clinical information were considered. Moderate anxiety was the most frequent category, affecting 30/64 (46.9%); mild anxiety was found in 11/64 (17.2%) and severe anxiety in 7/64 (10.9%). Overall, 48/64 (75.0%) had some degree of anxiety. Among newborns with complete clinical data, 42/57 (73.7%) were preterm, 33/57 (57.9%) were classified as very severe, and 30/57 (52.6%) remained in the NICU for 15 days or longer. In the very severe group, 17/33 (51.5%) of caregivers had moderate anxiety and 6/33 (18.2%) severe anxiety. Anxiety symptoms were highly frequent and were concentrated mainly at moderate levels. Subgroup analyses should be interpreted descriptively because denominators varied across some variables in the consolidated record.

Keywords: anxiety; caregivers; newborn; neonatal intensive care unit; HADS; family.



INTRODUCCIÓN

El nacimiento suele representar para las familias un acontecimiento asociado con expectativas positivas, reorganización de roles y construcción temprana del vínculo con el recién nacido. Cuando el neonato requiere ingreso a una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), esa transición puede cambiar abruptamente y convertirse en una experiencia marcada por incertidumbre, temor y pérdida de control. La separación física, la presencia de equipos de soporte vital, la exposición a alarmas y procedimientos invasivos, así como la posibilidad de complicaciones graves, constituyen estímulos capaces de incrementar el estrés emocional de madres, padres y otros cuidadores primarios [1–4].

La literatura internacional reconoce que la experiencia de hospitalización neonatal no afecta únicamente al paciente. El entorno familiar también puede experimentar síntomas de ansiedad, depresión, estrés postraumático, alteraciones del sueño y dificultades para asumir el rol parental. Un metaanálisis de padres de neonatos hospitalizados mostró prevalencias sustanciales de ansiedad y estrés, particularmente entre las madres [5]. Otro análisis de padres de niños ingresados en unidades neonatales estimó una prevalencia agrupada de ansiedad cercana al 42% durante el primer mes, con una reducción posterior pero persistencia de síntomas en una proporción relevante de las familias [6].

La ansiedad puede entenderse como una respuesta emocional caracterizada por preocupación, tensión, aprensión y anticipación de una amenaza. En situaciones de incertidumbre clínica puede constituir inicialmente una reacción adaptativa; sin embargo, cuando alcanza elevada intensidad, persiste o interfiere con la toma de decisiones, la comunicación y las actividades cotidianas, adquiere relevancia clínica. En el contexto de la UCIN, esa respuesta se asocia a preocupaciones por la supervivencia del recién nacido, temor a secuelas, culpa, dificultad para comprender información médica compleja y sensación de insuficiencia para ejercer el cuidado [7,8].

Los cuidadores pueden experimentar además una ruptura del proceso esperado de parentalidad. En lugar de sostener y cuidar al recién nacido de forma autónoma, deben compartir el cuidado con profesionales especializados y adaptarse a protocolos de acceso, horarios, dispositivos, técnicas y medidas de prevención de infecciones. La participación en cuidados básicos, el contacto piel a piel, la lactancia y una comunicación clara con el equipo pueden favorecer la percepción de competencia parental y reducir el estrés [9–11].

La prematuridad y el bajo peso al nacer son condiciones frecuentes entre los pacientes que requieren atención neonatal intensiva. Su asociación con inmadurez fisiológica, necesidad de soporte respiratorio, mayor riesgo infeccioso y hospitalizaciones prolongadas puede incrementar la percepción de amenaza y vulnerabilidad del recién nacido. De forma similar, los diagnósticos considerados graves o muy graves pueden amplificar la ansiedad al aumentar la incertidumbre sobre el pronóstico y la posibilidad de intervenciones complejas [12–15].

La atención centrada en la familia propone que los padres y cuidadores sean considerados participantes activos del proceso asistencial y no simples visitantes. Este modelo enfatiza el respeto, la información comprensible, la participación en decisiones y la colaboración entre la familia y el equipo sanitario. En las UCIN, la aplicación consistente de estos principios se ha



relacionado con mejores experiencias parentales, mayor participación y un entorno más humanizado [16–18].

La comunicación clínica representa uno de los componentes centrales de este enfoque. Una revisión sistemática sobre la interacción entre profesionales y padres durante la hospitalización neonatal mostró que la calidad, oportunidad y claridad de la comunicación tienen efectos importantes sobre la experiencia emocional de los progenitores. La información fragmentaria o contradictoria puede intensificar la incertidumbre, mientras que una comunicación empática y estructurada facilita el afrontamiento y la confianza en el equipo [19].

Para identificar síntomas de ansiedad en contextos clínicos se han desarrollado múltiples instrumentos. La Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), propuesta por Zigmond y Snaith, es una herramienta breve de 14 ítems que contiene dos subescalas de siete reactivos para ansiedad y depresión [20]. Su diseño evita en gran medida síntomas somáticos que podrían confundirse con manifestaciones de enfermedades físicas. La subescala HADS-A se ha utilizado ampliamente en investigación clínica y permite categorizar la intensidad de los síntomas ansiosos a partir de un puntaje acumulado.

La evaluación sistemática del bienestar emocional de cuidadores en UCIN sigue siendo heterogénea. Un estudio nacional realizado en unidades neonatales de Estados Unidos mostró variabilidad en las prácticas de tamizaje de salud mental dirigidas a cuidadores primarios, lo que pone de manifiesto que la detección de ansiedad y otros problemas emocionales no siempre está incorporada de manera rutinaria al cuidado neonatal [21]. Esta brecha es relevante porque la identificación temprana permite orientar educación, apoyo psicológico, intervención social y derivación especializada cuando corresponda.

En América Latina, las publicaciones disponibles describen estrés y ansiedad en padres de neonatos hospitalizados, pero la evidencia local sigue siendo limitada y se concentra en determinados países y centros. Las características socioculturales, la disponibilidad de redes familiares, las condiciones económicas, las distancias geográficas y el modo de organización de los servicios pueden modificar la experiencia del cuidador. Por ello, producir evidencia en instituciones de referencia de Paraguay permite aproximarse a necesidades específicas del contexto y apoyar el diseño de intervenciones adaptadas.

El Hospital Nacional de Itauguá constituye un centro de referencia que recibe neonatos con cuadros de diversa complejidad. En su UCIN convergen familias procedentes de distintos entornos y con diferentes niveles de escolaridad, experiencias previas y recursos de afrontamiento. Conocer la frecuencia y la intensidad de los síntomas de ansiedad en sus cuidadores primarios puede contribuir a fortalecer una atención que incluya, además del tratamiento del recién nacido, el bienestar emocional de quienes participan en su cuidado.

El presente estudio se propuso caracterizar la ansiedad en cuidadores primarios de recién nacidos internados en la UCIN del Hospital Nacional de Itauguá durante 2026, describir las características sociodemográficas y neonatales, clasificar los niveles de ansiedad mediante HADS-A y explorar descriptivamente su distribución de acuerdo con la gravedad clínica neonatal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y ámbito de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal con enfoque cuantitativo. La recolección se efectuó durante marzo y abril de 2026 en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional de Itauguá, Paraguay. El diseño transversal permitió estimar la distribución de los niveles de ansiedad en un momento del proceso de hospitalización y describir su coexistencia con variables sociodemográficas y clínicas, sin establecer temporalidad ni causalidad.

Población y participantes

La población enfocada estuvo constituida por cuidadores primarios de recién nacidos internados en unidades de cuidados intensivos neonatales. La población accesible incluyó a los cuidadores primarios de neonatos internados en la UCIN del Hospital Nacional de Itauguá durante el periodo de estudio. Se definió como cuidador primario a la persona responsable del cuidado principal y acompañamiento del recién nacido durante la hospitalización, generalmente la madre, el padre u otro familiar cercano.

La muestra total reportada fue de 64 cuidadores. El muestreo fue no probabilístico, de inclusión consecutiva, incorporando a los cuidadores que reunían los criterios establecidos durante el periodo de recolección. En varias variables sociodemográficas y neonatales, las frecuencias del registro consolidado corresponden a 57 observaciones completas; por ese motivo, en este manuscrito se explicita el denominador de cada análisis y se evita asumir datos no disponibles.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron cuidadores primarios de recién nacidos internados en la UCIN por un periodo igual o mayor a 48 horas, presentes durante la recolección y que aceptaron participar mediante consentimiento informado. Se excluyeron quienes no desearon participar, presentaron dificultades que impidieran responder el cuestionario o tenían antecedentes conocidos de trastornos psiquiátricos diagnosticados previamente que pudieran interferir con la evaluación de ansiedad.

Reclutamiento y procedimiento

Los potenciales participantes fueron identificados durante su permanencia en la UCIN. Se explicó el objetivo del estudio, la voluntariedad de la participación y las condiciones de confidencialidad. Tras la aceptación, se aplicó un cuestionario estructurado mediante Google Forms. Cuando el participante no disponía de un dispositivo móvil o presentaba dificultad para completar el formulario, el investigador facilitaba el acceso y brindaba aclaraciones sobre el procedimiento sin inducir las respuestas.

Variables

Las variables sociodemográficas incluyeron parentesco con el recién nacido, edad, sexo, estado civil, nivel educativo, procedencia, ocupación y número de hijos. Las variables neonatales incluyeron edad gestacional, peso al nacer, gravedad clínica del diagnóstico y tiempo de internación. La variable principal fue el nivel de ansiedad del cuidador, obtenido a partir de la puntuación de la HADS-A.



Instrumento de medición

La Hospital Anxiety and Depression Scale fue desarrollada por Zigmond y Snaith para identificar síntomas de ansiedad y depresión en contextos hospitalarios [20]. En este estudio se empleó la subescala de ansiedad (HADS-A), compuesta por siete ítems. Cada respuesta se puntúa de 0 a 3 y el puntaje total oscila entre 0 y 21. El protocolo de estudio utilizó los siguientes puntos de corte: 0–7, rango normal; 8–10, ansiedad leve; 11–14, ansiedad moderada; y 15–21, ansiedad severa. La HADS ha demostrado utilidad como instrumento de tamizaje en diversas poblaciones clínicas, aunque su interpretación debe considerar el contexto, la versión lingüística y las propiedades psicométricas de la población evaluada [22–24].

Procesamiento y análisis

Los datos fueron exportados desde Google Forms a Microsoft Excel para organización, depuración y análisis descriptivo. Las variables categóricas se resumieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Debido a que el estudio original fue diseñado como descriptivo y a que el registro consolidado presenta denominadores variables en algunas tablas, no se incorporaron inferencias causales. Para la relación entre gravedad clínica y ansiedad se reconstruyeron las frecuencias a partir de los porcentajes y recuentos consistentes del gráfico original: 5 neonatos leves, 19 graves y 33 muy graves, totalizando 57 registros emparejados. Esta reconstrucción permite una descripción transparente del patrón, pero no reemplaza la verificación contra la base primaria.

Consideraciones éticas

El protocolo contempló la aprobación de la instancia de Docencia e Investigación del Departamento de Pediatría. Se garantizó participación voluntaria, consentimiento informado, confidencialidad y anonimato. La información fue utilizada con fines académicos y de investigación. Al tratarse de un estudio con información sensible sobre bienestar emocional, la interpretación clínica de los resultados debe acompañarse de criterios de derivación cuando se identifiquen síntomas intensos o sufrimiento significativo.

Consideraciones de calidad de los datos

Durante la preparación del manuscrito se identificaron discrepancias aritméticas entre algunos recuentos, porcentajes y denominadores del informe consolidado. Estas diferencias no afectan la distribución global de HADS-A, cuyos recuentos suman 64, pero sí limitan la precisión de algunas descripciones sociodemográficas y neonatales. Por rigor científico, el manuscrito conserva únicamente los resultados que pueden expresarse con denominadores explícitos o que se reportan como porcentajes originales, e incorpora esta situación como limitación metodológica.

RESULTADOS

Características de los cuidadores

Participaron 64 cuidadores primarios. En las variables con datos completos reportados para 57 participantes, las madres constituyeron 40/57 (70,2%), los padres 7/57 (12,3%) y otros cuidadores 10/57 (17,5%). El grupo de edad más frecuente fue de 21 a 30 años, con 27/57 (47,4%), seguido de 31 a 40 años con 14/57 (24,6%). El nivel educativo secundario predominó con 38/57 (66,7%), mientras que 11/57 (19,3%) tenían educación primaria y 8/57 (14,0%) universitaria. La unión libre fue el estado civil más frecuente, con 28/57 (49,1%).



El informe consolidado señala además predominio de cuidadores de sexo femenino (82,5%) y procedencia urbana (63,2%). En estas dos variables se observaron discrepancias entre los recuentos y los porcentajes originales, por lo que se presentan los porcentajes reportados y no se recalculan frecuencias no verificables.

Tabla 1. Características sociodemográficas con denominadores internamente consistentes (n=57 en las variables mostradas).

Variable	Categoría	n	%
Parentesco	Madre	40	70,2
	Padre	7	12,3
	Otro cuidador	10	17,5
Edad	15–20 años	9	15,8
	21–30 años	27	47,4
	31–40 años	14	24,6
	>40 años	7	12,3
Estado civil	Unión libre	28	49,1
	Soltero/a	14	24,6
	Casado/a	13	22,8
	Viudo/a	2	3,5
Nivel educativo	Primaria	11	19,3
	Secundaria	38	66,7
	Universitaria	8	14,0
Ocupación	Ama de casa	36	63,2
	Independiente	13	22,8
	Empleado/a	7	12,3
	Estudiante	1	1,8

Características neonatales

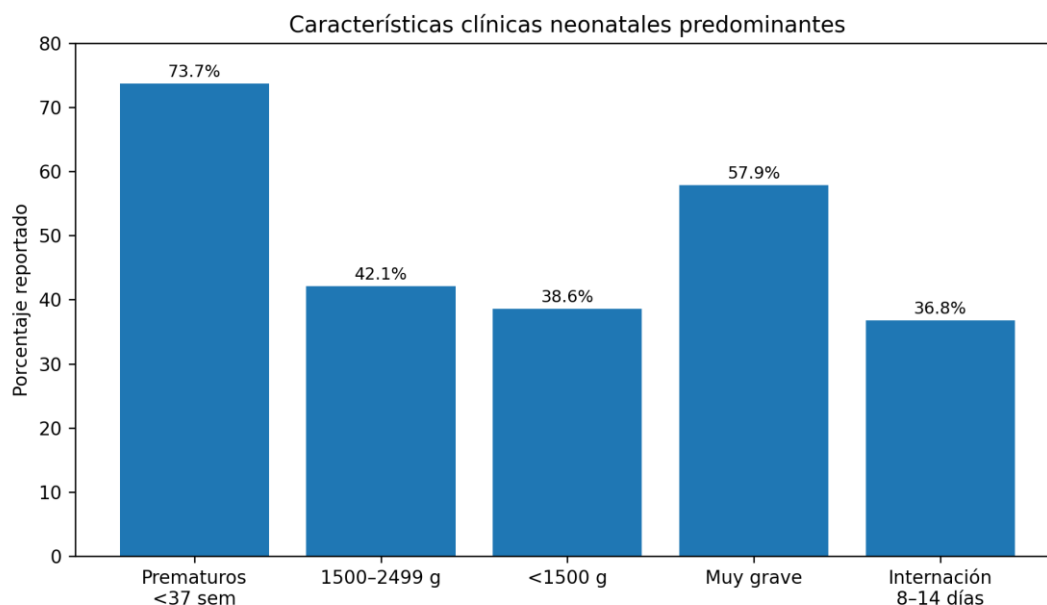
Entre los 57 registros con variables clínicas completas, 42 (73,7%) correspondieron a recién nacidos prematuros, 13 (22,8%) a nacidos de término y 2 (3,5%) a postérmino. Respecto al peso, 24/57 (42,1%) pesaron entre 1500 y 2499 g y 22/57 (38,6%) menos de 1500 g. En conjunto, 46/57 (80,7%) presentaron peso menor de 2500 g.

La clasificación de gravedad mostró 33/57 (57,9%) neonatos muy graves, 19/57 (33,3%) graves y 5/57 (8,8%) leves. El tiempo de internación fue de 8 a 14 días en 21/57 (36,8%), de 15 a 30 días en 16/57 (28,1%), mayor a 30 días en 14/57 (24,6%) y de 2 a 7 días en 6/57 (10,5%). Por tanto, 30/57 (52,6%) permanecieron hospitalizados 15 días o más.

Tabla 2. Características neonatales en registros con información clínica completa (n=57).

Variable	Categoría	n	%
Edad gestacional	<37 semanas	42	73,7
	37–42 semanas	13	22,8
	>42 semanas	2	3,5
Peso al nacer	<1500 g	22	38,6
	1500–2499 g	24	42,1
	≥2500 g	11	19,3
Gravedad	Leve	5	8,8
	Grave	19	33,3
	Muy grave	33	57,9
Internación	2–7 días	6	10,5
	8–14 días	21	36,8
	15–30 días	16	28,1
	>30 días	14	24,6

Figura 1. Características clínicas neonatales predominantes.



Manifestaciones de ansiedad por ítems de HADS-A

Los ítems individuales mostraron una elevada frecuencia de tensión, temor e inquietud. En la afirmación “me siento tenso o nervioso”, 33/64 (51,6%) respondieron “casi siempre” y 12/64 (18,8%) “siempre”; en conjunto, 45/64 (70,3%) presentaron esta manifestación con alta frecuencia. En “siento una especie de temor, como si algo malo fuera a ocurrir”, 32/64 (50,0%) respondieron “casi siempre” y 9/64 (14,1%) “siempre”.

La dificultad para relajarse también fue relevante: 39/64 (60,9%) indicaron que podían sentarse tranquilamente y relajarse solo algunas veces y 15/64 (23,4%) nunca. La inquietud fue una de las manifestaciones más frecuentes, ya que 36/64 (56,3%) señalaron sentirse inquietos casi

siempre y 9/64 (14,1%) siempre. En cuanto a sensación repentina de pánico, 21/64 (32,8%) la reportaron casi siempre y 8/64 (12,5%) siempre.

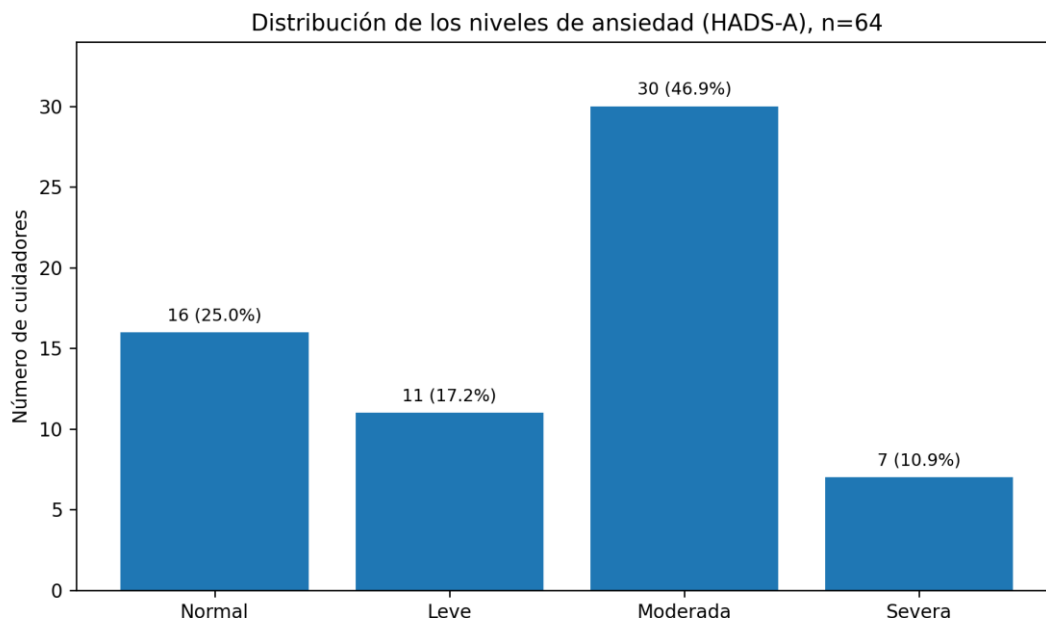
Tabla 3. Distribución de respuestas a ítems de ansiedad reportados en el instrumento (n=64).

Ítem	Nunca n (%)	Algunas veces n (%)	Casi siempre n (%)	Siempre n (%)
Tenso o nervioso	1 (1,6)	18 (28,1)	33 (51,6)	12 (18,8)
Temor de que algo malo ocurra	5 (7,8)	18 (28,1)	32 (50,0)	9 (14,1)
Puede relajarse tranquilamente	15 (23,4)	39 (60,9)	9 (14,1)	1 (1,6)
Miedo sin razón concreta	6 (9,4)	17 (26,6)	32 (50,0)	9 (14,1)
Inquietud / no poder estar en calma	2 (3,1)	17 (26,6)	36 (56,3)	9 (14,1)
Sensación repentina de pánico	7 (10,9)	28 (43,8)	21 (32,8)	8 (12,5)

Clasificación global de la ansiedad

Según los puntos de corte utilizados, la categoría predominante fue ansiedad moderada, identificada en 30/64 (46,9%). Dieciséis cuidadores (25,0%) se ubicaron en el rango normal, 11/64 (17,2%) en ansiedad leve y 7/64 (10,9%) en ansiedad severa. En conjunto, 48/64 (75,0%) presentaron algún grado de ansiedad por encima del rango normal.

Figura 2. Distribución de los niveles de ansiedad según HADS-A (n=64).



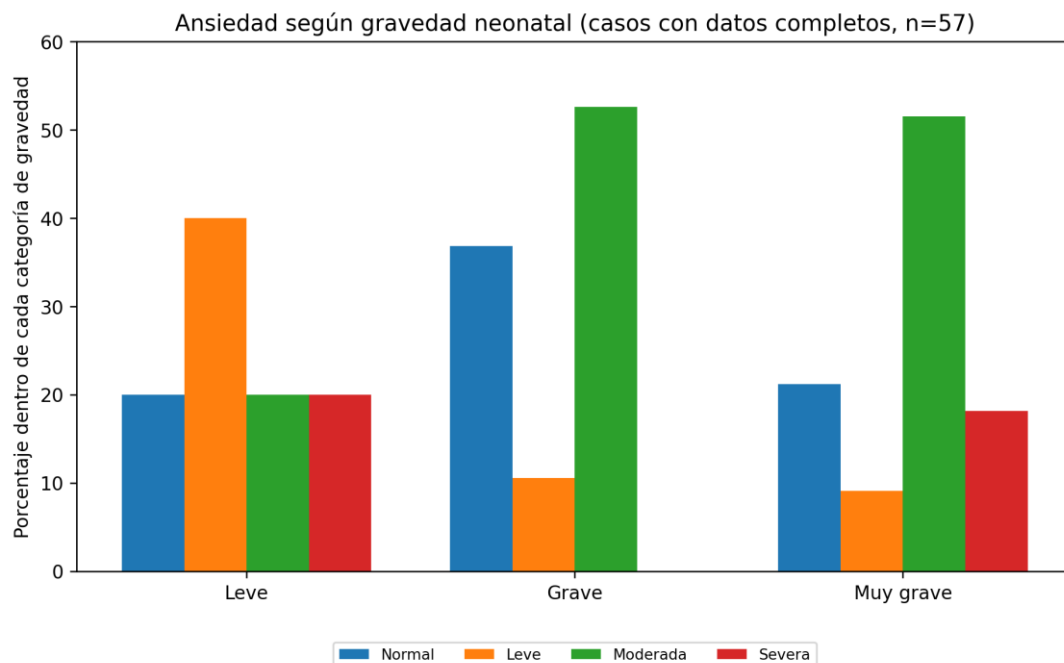
Ansiedad y gravedad clínica neonatal

Para este análisis se dispuso de 57 registros con información emparejada de gravedad y ansiedad. Entre los cuidadores de neonatos muy graves, 17/33 (51,5%) presentaron ansiedad moderada, 6/33 (18,2%) severa, 3/33 (9,1%) leve y 7/33 (21,2%) se ubicaron en rango normal. En el grupo grave, 10/19 (52,6%) presentaron ansiedad moderada, 2/19 (10,5%) leve y 7/19

(36,8%) normal, sin casos severos. En el grupo leve, la distribución fue: 1/5 (20,0%) normal, 2/5 (40,0%) leve, 1/5 (20,0%) moderada y 1/5 (20,0%) severa.

El patrón descriptivo muestra que la ansiedad moderada o severa alcanzó 23/33 (69,7%) entre los cuidadores de neonatos muy graves y 10/19 (52,6%) entre aquellos con neonatos graves. Sin embargo, el reducido tamaño del grupo de diagnóstico leve y la ausencia de siete registros emparejados obligan a interpretar esta comparación con cautela. Los datos permiten describir concentración de síntomas en los grupos de mayor complejidad, pero no demostrar asociación causal.

Figura 3. Distribución porcentual de ansiedad dentro de cada categoría de gravedad neonatal en registros completos (n=57).



DISCUSIÓN

El principal hallazgo de este estudio fue la elevada frecuencia de síntomas ansiosos entre los cuidadores primarios de recién nacidos internados en UCIN. Tres de cada cuatro participantes se ubicaron por encima del rango normal de HADS-A y casi la mitad presentó ansiedad moderada. Este resultado confirma que la hospitalización neonatal debe comprenderse como un proceso clínico con repercusiones familiares y no exclusivamente como un evento centrado en el recién nacido. La magnitud observada supera las prevalencias agrupadas de algunos metaanálisis internacionales, aunque las diferencias de instrumento, momento de medición, características de los pacientes y criterios de clasificación impiden una comparación directa [5,6].

La revisión sistemática de Shetty y colaboradores, que integró 6.822 padres, encontró una prevalencia agrupada de ansiedad de 51% en madres y 26% en padres [5]. Por su parte, Malouf y colaboradores informaron una prevalencia agrupada de 41,9% de ansiedad durante el primer mes posterior al nacimiento entre padres de bebés ingresados a unidades neonatales [6]. Frente a estos antecedentes, el 75% con algún grado de ansiedad en el presente estudio sugiere una carga emocional especialmente alta. No obstante, debe considerarse que aquí se incluyó como “algún

grado” toda puntuación por encima del rango normal y que la composición del grupo fue predominantemente materna.

El predominio de madres como cuidadoras principales es coherente con diversos estudios de UCIN y con la organización social del cuidado en muchos contextos latinoamericanos. La experiencia materna puede incluir, además del temor por la condición del recién nacido, recuperación física posparto, dificultades para la lactancia, separación del hijo y expectativas frustradas respecto del nacimiento. Estas condiciones pueden aumentar la vulnerabilidad emocional. La literatura también muestra que los padres varones presentan ansiedad y estrés, aunque con frecuencias generalmente menores, y que pueden quedar subrepresentados si la evaluación se realiza durante horarios de permanencia hospitalaria [5].

La concentración de participantes en edades jóvenes y con escolaridad secundaria refuerza la necesidad de estrategias de comunicación adaptadas a distintos niveles de alfabetización en salud. La información sobre diagnóstico, dispositivos, procedimientos, cambios clínicos y pronóstico debe ofrecerse con lenguaje comprensible y oportunidades para formular preguntas. Labrie y colaboradores mostraron que la comunicación entre padres y profesionales durante la hospitalización neonatal puede producir efectos emocionales positivos o negativos según su claridad, coherencia y sensibilidad [19]. Por ello, la comunicación no debe ser considerada una intervención accesoria, sino un componente terapéutico del cuidado centrado en la familia.

En la población neonatal estudiada predominó la prematuridad, el bajo peso y la alta gravedad clínica. Más de la mitad de los registros clínicos completos correspondió a neonatos muy graves y más de la mitad tuvo una hospitalización de 15 días o más. La prematuridad implica frecuentemente soporte respiratorio, nutrición especializada, mayor exposición a procedimientos y riesgo de complicaciones. Para los cuidadores, estos elementos pueden reforzar la percepción de amenaza y prolongar la incertidumbre. La literatura ha descrito que la severidad clínica, la necesidad de procedimientos invasivos y la duración de la internación son factores relevantes en la experiencia de estrés parental [12–15,25].

Los ítems de HADS-A mostraron un perfil dominado por tensión, anticipación de acontecimientos negativos, inquietud y dificultad para relajarse. Estas manifestaciones son compatibles con una experiencia de hipervigilancia asociada al entorno de cuidados intensivos. Las alarmas, los cambios en parámetros monitorizados y la posibilidad de descompensación pueden mantener al cuidador en un estado de alerta sostenida. Aunque la HADS-A no establece por sí sola un diagnóstico psiquiátrico, permite identificar personas con mayor carga sintomática que podrían beneficiarse de una evaluación más amplia.

La ansiedad moderada fue el nivel más frecuente. Desde el punto de vista asistencial, este hallazgo es importante porque los cuidadores con síntomas persistentes pueden tener mayor dificultad para procesar información, recordar indicaciones o participar en decisiones complejas. También puede disminuir su capacidad de descanso y recuperación. El tamizaje breve dentro de la UCIN podría facilitar la identificación temprana de necesidades emocionales y permitir intervenciones escalonadas: información estructurada y apoyo básico para todos; acompañamiento psicológico para quienes presentan síntomas relevantes; y evaluación especializada para casos de mayor intensidad o riesgo.

El análisis descriptivo por gravedad clínica mostró que 69,7% de los cuidadores de neonatos muy graves presentaron ansiedad moderada o severa. Este patrón es clínicamente plausible y consistente con estudios que señalan una relación entre percepción de gravedad, incertidumbre y bienestar psicológico [25,26]. Sin embargo, el diseño transversal no permite establecer que la gravedad haya causado la ansiedad. La relación puede estar modulada por duración de la hospitalización, antecedentes personales, apoyo social, experiencias obstétricas previas, información recibida, situación económica y otros factores no evaluados.

Un aspecto destacable es que la categoría severa también estuvo presente en el pequeño grupo de neonatos clasificados como leves. Esta observación recuerda que la respuesta emocional no depende únicamente de la gravedad objetiva. La percepción individual, la historia previa, el significado atribuido a la internación y la tolerancia a la incertidumbre pueden modificar la intensidad de los síntomas. Por ello, un sistema de apoyo no debería restringirse exclusivamente a familias de neonatos críticamente enfermos; todos los cuidadores pueden requerir orientación, escucha y evaluación según necesidad.

La atención centrada en la familia ofrece un marco apropiado para responder a estos hallazgos. Jaeger destaca la necesidad de considerar a la familia como parte del cuidado neonatal, mientras revisiones recientes describen intervenciones que promueven participación, educación y acompañamiento [16–18]. La participación en actividades como contacto piel a piel, alimentación, higiene o confort, cuando la condición clínica lo permite, puede ayudar a restituir el rol parental y disminuir la sensación de impotencia. Estas prácticas requieren protocolos flexibles, seguridad clínica y una cultura asistencial que valore a la familia como aliada.

El tamizaje de salud mental en UCIN no está universalmente implementado. Bloyd y colaboradores documentaron variabilidad en las prácticas de screening de cuidadores, lo que sugiere que incluso en sistemas con recursos existen brechas en la integración de salud mental al cuidado neonatal [21]. Para un hospital de referencia en Paraguay, una estrategia factible podría comenzar con un instrumento breve en momentos definidos de la hospitalización, acompañado de un circuito de respuesta. Tamizar sin disponer de orientación o derivación sería insuficiente; el valor del screening reside en conectar el resultado con una acción asistencial.

Una propuesta de implementación podría incluir evaluación inicial después de las primeras 48–72 horas de internación, reevaluación en hospitalizaciones prolongadas y valoración previa al alta en cuidadores con síntomas persistentes. Los resultados podrían clasificarse en niveles de necesidad, con intervenciones proporcionadas: información y educación universal, intervención breve de apoyo, consulta de psicología o salud mental y seguimiento posterior al alta. La decisión debe respetar preferencias, privacidad y contexto familiar.

La capacitación del personal de neonatología también resulta esencial. Médicos y enfermería mantienen contacto continuo con las familias y suelen ser quienes primero identifican signos de angustia. Formación breve en comunicación de malas noticias, escucha activa, reconocimiento de síntomas y criterios de derivación puede mejorar la experiencia del cuidador sin convertir al equipo neonatal en un servicio especializado de salud mental. La coordinación interdisciplinaria con psicología, trabajo social y otros recursos constituye el siguiente nivel de respuesta.

Los hallazgos deben interpretarse considerando el contexto paraguayo. Las familias pueden desplazarse desde zonas alejadas hacia un centro de referencia, afrontar gastos indirectos,



interrupción laboral y separación de otros hijos. Estos factores no fueron medidos en el estudio, pero la literatura identifica la carga financiera y la reorganización familiar como dimensiones relevantes de la experiencia de UCIN [27]. Futuras investigaciones locales deberían incorporar apoyo social, distancia al hospital, ingreso familiar, empleo, antecedentes obstétricos y percepción de la comunicación clínica.

El uso de HADS-A aporta una medición estandarizada y breve, pero no sustituye una evaluación diagnóstica. Los puntos de corte utilizados en el protocolo permiten categorizar intensidad, aunque diferentes estudios pueden utilizar criterios ligeramente distintos. Por ello, la comparación entre investigaciones debe considerar la versión empleada, el idioma, la población y el propósito de la escala [20,22–24]. En un programa asistencial, un puntaje elevado debería funcionar como señal para profundizar la evaluación, no como diagnóstico automático de un trastorno de ansiedad.

Una fortaleza del estudio es que aporta datos de una institución de referencia nacional y se enfoca en un componente frecuentemente relegado del cuidado neonatal: el bienestar emocional del cuidador. También incorpora características clínicas del recién nacido, lo que permite contextualizar los niveles de ansiedad. La información obtenida puede servir como línea de base para diseñar protocolos de acompañamiento y para estudios posteriores con muestras mayores y análisis multivariantes.

La principal limitación es la inconsistencia de denominadores en algunas tablas del registro consolidado. Mientras la clasificación global de HADS-A suma 64 participantes, varias variables sociodemográficas y clínicas suman 57 y algunas categorías presentan recuentos que no corresponden exactamente con los porcentajes. En este manuscrito se resolvió el problema declarando los denominadores y reconstruyendo únicamente las distribuciones que pueden verificarse por consistencia interna. No obstante, para una publicación definitiva es indispensable depurar la base primaria y generar nuevamente todas las tablas.

Otras limitaciones son el muestreo no probabilístico, el diseño transversal, la realización en un único centro y la ausencia de medidas sobre antecedentes de ansiedad, apoyo social, situación económica, percepción de comunicación, exposición a procedimientos y evolución clínica detallada. Además, la exclusión de cuidadores con antecedentes psiquiátricos puede disminuir la representación de personas con mayor vulnerabilidad. Estas características limitan la generalización y cualquier interpretación causal.

Futuros estudios deberían utilizar un protocolo analítico preespecificado, registrar de manera uniforme todos los denominadores, documentar pérdidas y datos faltantes, y considerar análisis multivariantes para explorar factores asociados. También sería valioso realizar seguimiento longitudinal desde el ingreso hasta el alta y semanas posteriores, ya que la ansiedad puede cambiar a lo largo del proceso. Un componente cualitativo permitiría comprender mejor las necesidades de información, la experiencia de separación, las estrategias de afrontamiento y las expectativas de los cuidadores.

En conjunto, los resultados muestran que el bienestar emocional de los cuidadores debe incorporarse a la evaluación integral de la hospitalización neonatal. La elevada frecuencia de ansiedad moderada y la presencia de síntomas severos justifican fortalecer la comunicación, la educación y el acceso a apoyo psicosocial. Una UCIN centrada en la familia no solo busca



estabilidad fisiológica y supervivencia del recién nacido, sino también preservar la capacidad de la familia para vincularse, comprender, participar y afrontar el proceso de enfermedad.

Implicancias para la práctica clínica

- Incorporar un tamizaje breve y sistemático de ansiedad en cuidadores durante la hospitalización neonatal.
- Establecer criterios de derivación a psicología o salud mental para puntajes altos, sufrimiento intenso o dificultades de afrontamiento.
- Estandarizar momentos de información clínica y verificar la comprensión del cuidador.
- Favorecer la participación segura de madres, padres y otros cuidadores en actividades de cuidado del neonato.
- Considerar factores sociales y económicos que puedan incrementar la carga emocional durante internaciones prolongadas.
- Auditar la calidad de los datos de investigación antes de su análisis y difusión.

CONCLUSIONES

La ansiedad fue frecuente entre los cuidadores primarios de recién nacidos internados en la UCIN del Hospital Nacional de Itauguá. De los 64 cuidadores evaluados, 48 (75,0%) presentaron algún grado de ansiedad y la categoría predominante fue la ansiedad moderada, con 30 (46,9%). La tensión persistente, el temor anticipatorio, la inquietud y la dificultad para relajarse fueron manifestaciones comunes.

La población neonatal se caracterizó por alta complejidad: entre los 57 registros clínicos completos predominaron la prematuridad, el bajo peso y los diagnósticos muy graves. Descriptivamente, la ansiedad moderada o severa fue más frecuente en cuidadores de neonatos muy graves que en el grupo grave, aunque el diseño y la calidad de algunos denominadores no permiten establecer asociación causal.

Los resultados apoyan la incorporación del bienestar emocional del cuidador como componente de la atención neonatal. El tamizaje de ansiedad, la comunicación clínica estructurada, la participación de la familia en el cuidado y el acceso oportuno a apoyo psicosocial constituyen medidas coherentes con un modelo de atención centrada en la familia.

La interpretación de los análisis por subgrupos requiere cautela debido a las discrepancias entre algunos recuentos, porcentajes y denominadores del registro consolidado. La depuración de la base primaria permitirá fortalecer la precisión de futuras estimaciones y análisis inferenciales.

DECLARACIONES

Consideraciones éticas

El estudio contempló consentimiento informado, participación voluntaria, confidencialidad y anonimato de los participantes, así como revisión por la instancia institucional correspondiente.

Conflictos de interés

La autora declara no tener conflictos de interés relacionados con el contenido del manuscrito.

Financiamiento

No se reportó financiamiento externo específico para la realización del estudio.



Contribución de autoría

Laura María de los Ángeles Peralta Romero: conceptualización, diseño, recolección de datos, análisis descriptivo, interpretación y redacción del manuscrito.

Disponibilidad de datos

Los datos primarios deben mantenerse bajo custodia institucional y su disponibilidad para análisis secundarios dependerá de las autorizaciones éticas y administrativas correspondientes.

REFERENCIAS

1. Palma E, Von Wussow F, Morales I, Cifuentes J, Ambiado S. Estrés en padres de recién nacidos hospitalizados en una unidad de paciente crítico neonatal. *Rev Chil Pediatr.* 2017;88(3):332-339.
2. Sousa F, Dos Santos Curado M. Escala de evaluación del estrés parental en la unidad de neonatología: validación estadística. *Enferm Glob.* 2021;20(4):391-402.
3. Díaz Santiago CY, Hernández de la Cruz A, Solís Gómez C, et al. Incertidumbre y estrés en padres de recién nacidos hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos neonatales. *Multidisciplinary Health Research.* 2020;3(2):45-52.
4. González-Rico M, Rodríguez-López J, González-Vallejo N. Factores estresantes en progenitores de neonatos ingresados en una unidad de cuidados intensivos neonatales. *Bol Pediatr.* 2023;63(1):45-52.
5. Shetty AP, Halemani K, Issac A, Thimmappa L, Dhiraaj S, Radha K, et al. Prevalence of anxiety, depression, and stress among parents of neonates admitted to neonatal intensive care unit: a systematic review and meta-analysis. *Clin Exp Pediatr.* 2024;67(2):104-115. doi:10.3345/cep.2023.00486.
6. Malouf R, Harrison S, Burton HAL, Gale C, Stein A, Franck LS, et al. Prevalence of anxiety and post-traumatic stress among the parents of babies admitted to neonatal units: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine.* 2022;43:101233. doi:10.1016/j.eclinm.2021.101233.
7. Tyrer P, Baldwin D. Generalised anxiety disorder. *Lancet.* 2021;398(10301):1018-1030.
8. Guthrie AJ, Paredes-Echeverri S, Bleier C, Adams C, Millstein DJ, Ranford J, et al. Mechanistic studies in pathological health anxiety: a systematic review and emerging conceptual framework. *J Affect Disord.* 2024;358:222-249.
9. Rojas-Silva P, Riquelme-Hernández G, Rodríguez-González A. Estrés y afrontamiento en madres de recién nacidos hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. *Rev Cuid.* 2018;9(2):2152-2163.
10. García-Muñoz Rodrigo F, Díez Recinos AL, García-Alix Pérez A. Atención centrada en la familia en las unidades neonatales: beneficios para el recién nacido y sus padres. *An Pediatr (Barc).* 2014;81(6):421-428.
11. Gómez-Cantarino S, García-Valdivieso I, Dios-Aguado M, et al. Nursing perspective of humanized care of the neonate and family: a systematic review. *Children (Basel).* 2021;8(1):35.
12. World Health Organization. Newborn mortality. Geneva: WHO; 2024.
13. Dominguez G, Muralidharan O, Him RL, Harrison L, Vaivada T, Bhutta ZA. The care of preterm and term newborns with respiratory conditions: a systematic synthesis of evidence from low- and middle-income countries. *Neonatology.* 2025;122(Suppl 1):152-172.
14. Kariniotaki C, Thomou C, Gkentzi D, Panteris E, Dimitriou G, Hatzidaki E. Neonatal sepsis: a comprehensive review. *Antibiotics (Basel).* 2025;14(1):6.
15. Moreira A, Noronha M, Joy J, et al. Rates of bronchopulmonary dysplasia in very low birth weight neonates: a systematic review and meta-analysis. *Respir Res.* 2024;25:219.
16. Jaeger CB. Baby and family-centered care in the neonatal intensive care unit: changing perspective. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2024;36(2):185-192.
17. Mariani I, Vuillard CLJ, Bua J, Girardelli M, Lazzerini M. Family-centred care interventions in neonatal intensive care units: a scoping review of randomized controlled trials. *BMJ Paediatr Open.* 2024.
18. Turner M, Chur-Hansen A, Winefield H. Improving mental health outcomes of parents of infants treated in neonatal intensive care units: a scoping review. *J Neonatal Nurs.* 2022;28(5):327-334.
19. Labrie NHM, van Veenendaal NR, Ludolph RA, Ket JCF, van der Schoor SRD, van Kempen AAMW. Effects of parent-provider communication during infant hospitalization in the NICU on parents: a systematic review with meta-synthesis and narrative synthesis. *Patient Educ Couns.* 2021;104(7):1526-1552. doi:10.1016/j.pec.2021.04.023.
20. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.



21. Bloyd C, Murthy S, Song C, Franck LS, Mangurian C. National cross-sectional study of mental health screening practices for primary caregivers of NICU infants. *Children (Basel)*. 2022;9(6):793. doi:10.3390/children9060793.
22. Snijkers JTW, et al. Examining the optimal cutoff values of HADS, PHQ-9 and GAD-7 as screening instruments for depression and anxiety. *Neurogastroenterol Motil*. 2021.
23. Franco-Paredes K, Castro-López VR. Systematic review of the psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Mexican samples. *Rev Psicopatol Psicol Clin*. 2021.
24. Cassiani-Miranda CA, et al. Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in primary care populations. *Rev Iberoam Diagn Eval Psicol*. 2024.
25. Pasyar N, Zare M, Rahnema M. The predictive roles of parental stress and intolerance of uncertainty on psychological well-being of parents with a newborn in neonatal intensive care unit. *BMC Pediatr*. 2023;23:569.
26. Taştı A, Toptaş Kılıç S. Factors associated with parental stress in the neonatal intensive care unit. *Adv Neonatal Care*. 2025;25(3):208-217.
27. Cescutti-Butler L, et al. Financial burden experienced by families during NICU hospitalization and after discharge. *Eur J Pediatr*. 2024.
28. Rodrigues SM, Shin SS, Pinto MD, Bounds DT, Terry J, Burton CW. Parenting expectations, NICU experiences, and maternal psychological outcomes: an exploratory mixed-methods study. *Adv Neonatal Care*. 2024;24(2):195-207.
29. Al Maghaireh DF, Abdullah KL, Chong MC, Chua YP. Prevalence of anxiety, depression, and stress among parents of neonates admitted to neonatal intensive care unit: a systematic review and meta-analysis. *Children (Basel)*. 2023.
30. Hendy A, Saat NY, Konukbay D, et al. Stressors experienced by parents of hospitalized infants in the neonatal intensive care unit. *J Neonatal Nurs*. 2025.
31. Gong Y, Zhou H, Zhang Y, et al. Validation of the Generalized Anxiety Disorder-7 scale as a screening tool for anxiety. *J Affect Disord*. 2021;282:98-103.
32. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(6):893-897.

