



DIPUTACIÓN DE PALENCIA



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Escuela de Enfermería de Palencia
“Dr. Dacio Crespo”

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Actuaciones de enfermería para la
disminución de la ansiedad de los
padres con hijos hospitalizados**

Revisión bibliográfica

Alumna: Julia Arroyo Calderón

Tutor: Héctor Ruiz Rojo

Junio, (2017)

ÍNDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	3
○ Definición de ansiedad.....	3
○ Clasificación de la ansiedad.....	4
○ Manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad.....	5
○ Medición de la ansiedad.....	5
○ La ansiedad en la hospitalización.....	6
○ Justificación	6
Objetivos.....	9
Material y métodos.....	10
Resultados.....	13
○ Unidades de neonatología.....	13
○ Unidades de oncología.....	18
○ Unidades de hospitalización general.....	22
○ Urgencias hospitalarias y atención primaria pediátricas.....	23
Discusión.....	27
Conclusiones.....	30
Bibliografía.....	31
Anexos.....	34
○ Anexo I. ESCALA DE HAMILTON.....	34
○ Anexo II. ESCALA EADG (ANSIEDAD – DEPRESION).....	36
○ Anexo III. ESCALA DE HADS.....	37
○ Anexo IV. ESCALA ANSIEDAD ESTADO/RASGO (STAI).....	38
○ Anexo V. PIP.....	40
○ Anexo VI. Tabla de artículos utilizados en la revisión.....	42

Índice de tablas

Tabla 1 Clasificación de trastornos de ansiedad según DSM - IV Y CIE – 10.....	4
Tabla 2 Estructura del guion de la entrevista y preguntas realizadas.....	15
Tabla 3 Promedio y desviación estándar de los puntajes del PIP.....	18
Tabla 4 Ítems de las escalas de frecuencia y dificultad del PIP.....	18
Tabla 5 Coeficiente de correlación de Spearman entre los puntajes del PIP.....	19
Tabla 6 Tasa de respuestas a las preguntas abiertas del cuestionario.....	23

Índice de figuras

Figura 1: Clasificación de los artículos utilizados según su contenido.....	11
Figura 2. Grado de ansiedad de los padres de los RN internados en la UCIN.....	12

GLOSARIO

CIE: Clasificación internacional de enfermedades.

CCD: Cuidados centrados en el desarrollo.

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud.

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría.

MC: Método canguro.

MeSH: Medical Subjects Headings.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.

RN: Recién nacido.

RNPT: Recién nacido pretermino.

RESUMEN

Introducción: La ansiedad es un estado psicológico que se presenta de manera desagradable durante la hospitalización infantil. La ansiedad que se genera en los padres debe ser entendida como un sentimiento de miedo en donde los profesionales de enfermería deben intervenir mediante una relación de ayuda adecuada. El objetivo general de este trabajo es describir las actuaciones que pueden realizar los profesionales de enfermería para disminuir la ansiedad de los padres con hijos hospitalizados.

Material y métodos: Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cuiden, Scielo y Dialnet. Tras adecuarse a los criterios de selección, se utilizaron 10 artículos.

Resultados: Los resultados reflejan los diferentes métodos para disminuir la ansiedad en los padres con hijos hospitalizados en distintas unidades de internamiento. En la unidad de neonatología a través del método canguro y del método de relación de ayuda, en oncología a través del apoyo psicológico y la información recibida a los padres, en las unidades de hospitalización general mediante la pedagogía hospitalaria. La participación de los padres en los cuidados durante el periodo de hospitalización disminuye la ansiedad. La corta edad de los padres y su inexperiencia, producen un mayor grado de ansiedad. La ansiedad de los padres es inversamente proporcional a la edad de los niños, el tiempo que lleva diagnosticado, el tiempo que lleva con el tratamiento y la renta familiar.

Discusión: La ansiedad de los padres con niños hospitalizados es similar en las diferentes unidades de hospitalización por lo que las diferentes técnicas utilizadas pueden extrapolarse a los cuidados de enfermería generales.

Palabras clave: hospitalización, relaciones padre-hijo, enfermería, ansiedad, método canguro, estrés psicológico

ABSTRACT

Introduction: Anxiety is a psychological state that presents in an unpleasant way during the hospitalization of children. The anxiety that is generated in the parents should be understood as a feeling of fear where the nursing professionals must intervene through an appropriate help relationship. The general objective of this work is to describe the actions nurses can take to reduce the anxiety of parents with hospitalized children.

Material and methods: A bibliographic review was performed in Pubmed, Cuiden, Scielo and Dialnet databases. After adjusting for the selection criteria, 10 items were used.

Results: The results reflect the different methods to reduce anxiety in parents with hospitalized children in different hospitalization units. In the unit of neonatology through the kangaroo method and the aid relationship method, in oncology through psychological support and information received to parents, in the general hospitalization units through hospital pedagogy. Parental involvement in care during hospitalization reduces anxiety. The short age of the parents and their inexperience, produce a greater degree of anxiety. Parental anxiety is inversely proportional to the age of the children, the time they are diagnosed, the time they take with treatment and the family income.

Discussion: The anxiety of parents with hospitalized children is similar in the different hospitalization units, so the different techniques used can be extrapolated to general nursing care.

Key words: hospitalization, parents, nursing care, anxiety, psychological stress.

INTRODUCCIÓN

Definición de ansiedad

A nivel conceptual, la ansiedad es entendida como un estado psicológico que se presenta de manera desagradable, asociado a cambios psicofisiológicos, que son manifestaciones de un contenido intrapsíquico, es decir, de naturaleza mental (1-2). La ansiedad se definiría como un sentimiento de miedo, donde en muchas ocasiones no se identifican las razones de dicho sentimiento, lo que aumenta ostensiblemente la angustia manifestada.

Otra definición de ansiedad, propuesta por Al-Namankany, De Souza y Ashley establece que es una respuesta multisistémica ante una creencia de peligro o amenaza, la cual es una experiencia individual, subjetiva, que varía entre las personas, y genera un serio impacto en la vida cotidiana (3).

Este fenómeno debe entenderse como un concepto multidimensional que consta de tres componentes de respuesta cognitivo, fisiológico y motor que interactúan entre sí (4).

Según varios autores y teorías, se puede diferenciar la ansiedad fundamentalmente en dos tipos: ansiedad de rasgo (AR) y ansiedad de estado (AE). La ansiedad de rasgo indica las características constantes de la persona, mientras que la ansiedad de estado se refiere a cómo se siente puntualmente en un momento determinado (5).

Clasificación de la ansiedad

Según la clasificación internacional de enfermedades y Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría la ansiedad puede clasificarse en (6):

Tabla 1: Clasificación de trastornos de ansiedad según DSM - IV -TR Y CIE – 10	
DSM – IV	CIE - 10
	Trastorno de la ansiedad fóbica
Fobia social	Fobias sociales
Fobia simple	Fobias específicas
Agorafobia sin crisis de angustia	Agorafobias
	Otros trastornos de la ansiedad

Trastorno de la angustia con agorafobia	Trastorno de angustia
Trastorno de la angustia sin agorafobia	
Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno de ansiedad generalizada
	Trastorno mixto ansioso - depresivo
	Otros trastorno mixto ansiedad
	Otros trastorno de ansiedad
Trastorno obsesivo-compulsivo	Trastorno obsesivo-compulsivo
	Reacciones de estrés y trastornos de adaptación
Trastorno por estrés postraumático	Trastorno por estrés postraumático
Trastorno por estrés agudo	Reacción de estrés agudo
	Trastorno de la adaptación
	Trastorno disociativos
Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica	
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	
	Trastorno somatomorfos
Trastorno de ansiedad no especificado	Otros trastornos neuróticos
Fuente: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. López-Ibor et al.	

Manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad

Las manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad son muy variadas y pueden clasificarse en diferentes grupos (7):

Físicos: Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, “nudo” en el estómago, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.

Psicológicos: Inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos más extremos, temor a la muerte, a la locura, o al suicidio.

De conducta: Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos tensión de las mandíbulas, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación, etc.

Intelectuales o cognitivos: Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc.

Sociales: Irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos.

Medición de la ansiedad

Se muestra a continuación diferentes métodos para medir la ansiedad mediante diferentes escalas:

- Escala de Hamilton (8)

Prueba desarrollada por Max Hamilton en 1959, se destaca por sus propiedades psicométricas pues cuenta con amplia validez y confiabilidad en relación con otros instrumentos de su tipo. La escala consta de 14 ítems mediante los cuales se explora ansiedad, tensión, síntomas neurovegetativos y somáticos, logrando obtener una valoración cuantitativa en cada participante. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los

resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento (Anexo I)

- Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) (9)

Consta de dos sub-escalas, una de ansiedad y otra de depresión. Cada sub-escala tiene 9 ítems de respuesta dicotómica (Si / No) y se estructuran en 4 ítems iniciales de despistaje, para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan si se obtiene respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más para ansiedad y más de 1 para depresión) (Anexo II)

- Escala de HADS (10)

Zigmond y Snaith (1983) diseñaron una escala que sustituye los síntomas que pueden ser provocados por la dolencia física por otros más específicos de la vivencia psíquica del trastorno, con la finalidad de proporcionar un instrumento para detectar estados de depresión y ansiedad en pacientes de servicios hospitalarios no psiquiátricos.

Es un cuestionario auto aplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad y otra de depresión. Los ítems de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton, evitando la inclusión de síntomas físicos. Los ítems de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia (pérdida de placer).

La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos (rango 0 - 3), con diferentes formulaciones de respuesta. (Anexo III)

- Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAI) (11)

Tiene por objetivo evaluar dos componentes de la ansiedad: Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo. Es un instrumento bastante utilizado en la práctica clínica y en investigaciones, para evaluar la ansiedad en adultos. Consta de 40 ítems, la mitad de los ítems pertenecen a la subescala Estado, formada por frases que describen cómo se siente la persona en ese momento.

La otra mitad, a la subescala Rasgo, que identifican como se siente la persona habitualmente. Para realizarla se utiliza una escala tipo Likert, con cuatro puntos, donde uno significa absolutamente no, y cuatro muchísimo. A mayor puntuación, mayor es la ansiedad. (Anexo IV)

- PIP (pediatric inventory for parents)

Es una escala específica para la evaluación de estrés parental, consta de 42 ítems que evalúan la frecuencia y la dificultad presentadas por los padres ante los eventos relacionados al cuidado del niño. Estos ítems se agrupan en cuatro dominios: comunicación (9 ítems), función emocional (15 ítems), cuidados médicos (8 ítems), y función familiar (10 ítems), y se evalúan en dos subescalas: frecuencia con la que se experimentaron determinados eventos en la última semana (PIP-F), y dificultad para enfrentar estas situaciones evaluación del estrés en padre con hijos con problemas de salud graves(PIP-D). (Anexo V)

La ansiedad en la hospitalización

La hospitalización durante el periodo infantil no es una experiencia infrecuente en nuestro entorno. Uno de cada cuatro niños hasta su adolescencia requiere ser ingresado en una unidad médica. Esta situación es percibida de manera hostil, generando temores y miedos tanto en el niño como en sus familiares más directos. Por un lado, el niño (especialmente en la etapa lactante) se siente indefenso ante el ambiente, no llegando a comprender la gravedad de su situación mórbida, viviendo el momento conforme a sus limitaciones. Durante el periodo de permanencia hospitalaria son habituales los factores estresantes para él, bien sean los propios de la enfermedad: como pruebas diagnósticas o tratamientos médicos (como los propios de la hospitalización: cambio de rutinas, separación de su entorno familiar, ruidos de aparatos desconocidos, luminosidad, etc.)

Sin embargo, la mayoría de las veces no es el niño quien percibe la mayor ansiedad por esta situación adversa, sino que son los padres quienes se sienten incapaces de protegerlos cuando observan a sus hijos angustiados, irritables e inquietos, con alteraciones en el descanso y en la alimentación por falta de adaptación al entorno. Además, los padres se encuentran en un espacio vital

más reducido del habitual, en el que permanecerán la mayoría del tiempo que dure la hospitalización de sus hijos.

Durante la estancia clínica se ponen a prueba los mecanismos y estrategias familiares para afrontar situaciones que distan de ser lo esperado en una situación normal y que se transforma en una experiencia estresante y traumática. Llegando a ser a veces incluso necesaria la colaboración de un equipo psicoterapéutico (5).

Justificación

Los padres son la mejor compañía que un niño hospitalizado puede tener. A la par, el internamiento de un hijo, puede suponer una ansiedad y un sufrimiento muy altos para los progenitores. Con esta revisión quiero investigar a cerca del papel que puede jugar el profesional de enfermería en este proceso, para que sea lo menos traumático posible.

OBJETIVOS

General

Describir las actuaciones que pueden realizar el personal de enfermería y otros profesionales sanitarios para disminuir la ansiedad de los padres con hijos hospitalizados.

Específicos

- Conocer las escalas para la medición de la ansiedad.
- Abordar los métodos que pueden utilizar los profesionales de enfermería para disminuir la ansiedad de los padres con hijos hospitalizados durante su estancia en el hospital.
- Conocer cuáles son las mayores preocupaciones de los padres con hijos hospitalizados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

La metodología que se ha seguido en la realización de este trabajo es una búsqueda bibliográfica a partir de la pregunta PICO:

P Pacientes	I Intervenciones	C Comparación	O Objetivo
Padres de niños hospitalizados	Estrategias para disminuir la ansiedad de padres con niños hospitalizados	No intervención	Describir las estrategias más eficaces para la disminución de la ansiedad en padres con hijos hospitalizados.
¿Qué actuaciones puede realizar el personal de enfermería para disminuir la ansiedad de los padres con hijos hospitalizados?			

Fuentes de obtención de datos

Se realizó una búsqueda bibliográfica entre los meses de octubre de 2016 y abril de 2017, encontrando artículos relacionados con el tema en las siguientes bases de datos: PubMed, Cuiden, Scielo y Dialnet.

Se utilizaron las siguientes palabras clave:

Base de datos	Palabras clave
PubMed	anxiety AND parents AND nursing care
Cuiden	ansiedad AND padres
Scielo	ansiedad AND padres AND hijos
Dialnet	ansiedad AND padres AND hijos

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Artículos disponibles a texto completo de forma gratuita.
- Artículos en español y en inglés.
- Artículos que pasaran el cuestionario CASPE (12).

Criterios de exclusión

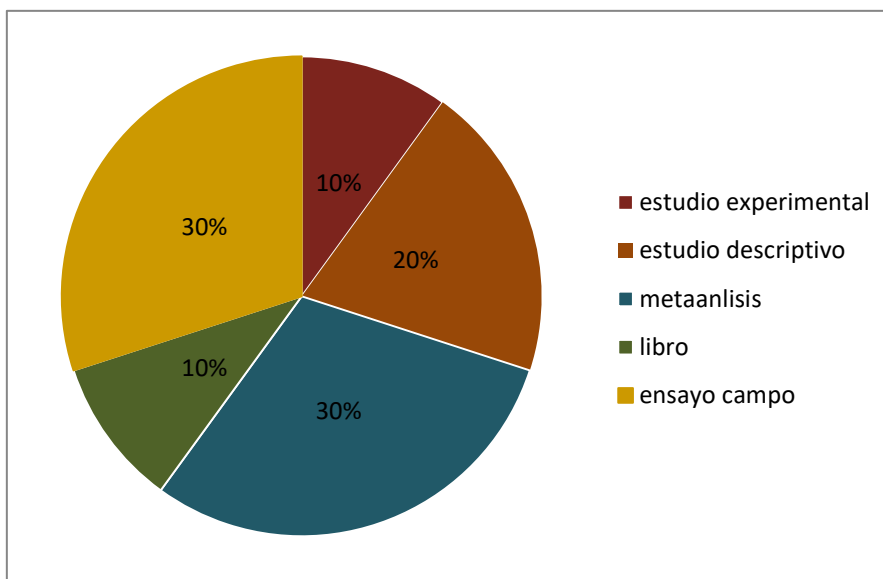
- Artículos no disponibles a texto completo de forma gratuita.
- Artículos en idiomas diferentes al idioma español e inglés.
- Artículos que no pasaran el cuestionario CASPE (12).

Selección de artículos

Base de datos	Palabras clave	Encontrados	Seleccionados
PubMed	anxiety AND parents AND nursing care	72	1
Cuiden	ansiedad AND padres	84	3
Scielo	ansiedad AND padres AND hijos	22	2
Dialnet	ansiedad AND padres AND hijos	89	4

En total se analizaron 10 artículos de tipología diversa y todos fueron revisados con la parrilla de lectura crítica CASPe, la cual superaron.

Figura 1: Clasificación de los artículos utilizados según su contenido.



Fuente: elaboración propia

Para recoger la información más relevante de cada estudio y poder compararla realizamos una tabla (Anexo VI) donde se agrupan los datos en los siguientes apartados:

- Título del artículo, autores y año de publicación
- Tipo de estudio
- Muestra y características de la muestra
- Aspectos estudiados
- Instrumentos utilizados
- Resumen de los resultados

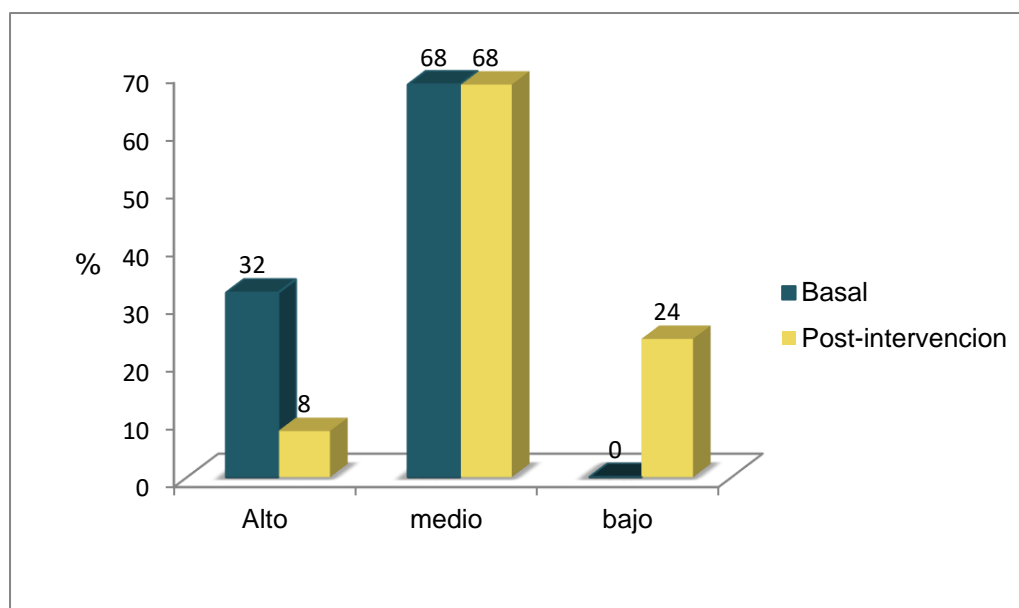
RESULTADOS

Unidades neonatales

Se realizó un estudio en el Hospital General Regional de México (13) en el cual se incluyeron 100 padres, 50 correspondientes a la etapa basal y 50 a la etapa postintervención. En los dos grupos no hubo diferencias estadísticamente significativas en el parentesco, la edad, el estado civil, escolaridad, tamaño de la familia y nivel socio-económico. Se aplicó en la muestra el Modelo de Relación de Ayuda que consta de 4 fases:

- Primera fase: exploratoria. Se realizó una entrevista a padres de los niños recién nacidos de primer ingreso a la UCIN, con un cuestionario semiestructurado para identificar necesidades y expectativas de ayuda por parte de la enfermera de pediatría que trabaja en la UCIN.
- Segunda fase: medición basal. Con un cuestionario semiestructurado se llevó a cabo una entrevista en el momento de la primera visita para obtener información sobre la relación de ayuda recibida, explorando aspectos de comunicación, empatía y simpatía. Se evaluó el estado de ansiedad de los padres a través del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI) (Anexo 1) con los resultados que se muestran en la figura 2.

Figura 2. Grado de ansiedad de los padres de los recién nacidos internados en la UCIN



Fuente: Relación de ayuda: intervención de enfermería para padres de recién nacidos hospitalizados en la UCIN. Hernández et al (13).

- Tercera fase. Se desarrolló la estrategia educativa para enfermeras de pediatría con tres componentes; taller, asesoría en servicio y discusión de casos.
 - a) El taller: se realizó con la participación de enfermeras, investigadores y un psicólogo, durante cinco días, una hora por día, con una técnica de discusión grupal, y revisión bibliográfica.
 - b) Asesoría en servicio: con tres asesorías como mínimo por enfermera, de media hora cada una en el momento de la visita de los padres al recién nacido, para favorecer la interacción entre la enfermera y los padres.
 - c) Discusión de casos: se llevó a cabo en cuatro sesiones por semana, una hora diaria.
- Cuarta fase: postintervención. Evaluación de la relación de ayuda y la ansiedad situacional en los padres.

Con estadística descriptiva se analizó la necesidad de ayuda en los padres y las características de las enfermeras y padres participantes en el estudio. Para evaluar el efecto de la intervención educativa se comparó la medición antes y después de la intervención.

Los padres manifestaron preocupaciones por el estado de salud y las condiciones de su hijo, además de sus necesidades de información y apoyo social tanto por el personal de salud como por parte de sus familiares durante la hospitalización. La relación de persona a persona, que las enfermeras establecieron, disminuyó significativamente la proporción de los padres con alto grado de ansiedad

La intervención educativa en las enfermeras tuvo impacto positivo observado en los resultados. La relación de ayuda fue la base de la intervención educativa a las enfermeras y la calidad de su aplicación se observó al establecer una mayor comunicación, empatía y simpatía: los padres refirieron tener mayor confianza y apoyo por parte de las enfermeras.

Cuando la enfermera adopta una actitud cálida, de respeto, comprensión y empatía brinda una atención integral que contribuye a disminuir la ansiedad situacional de los padres de niños hospitalizados, por lo que se debe promover la aplicación general del Modelo de Relación de Ayuda.

Otro de los recursos que se ha demostrado eficaz para disminuir la ansiedad de los padres en la UCIN es el método canguro (14-15). Esta técnica surgió a finales de la década de los 70 en la unidad de neonatología del Instituto Materno-infantil de Bogotá, como respuesta a una carencia de recursos humanos y materiales suficientes para la atención de los recién nacidos enfermos.

Es un método que permite el contacto piel con piel entre la madre o padre y el hijo, durante un periodo de tiempo de al menos dos horas, con lo que se favorece el vínculo afectivo. Además de estabilizar las constantes de los recién nacido pretérmino (RNPT), actuar como analgésico y favorecer la lactancia materna, es importante destacar los beneficios que produce en los padres como disminuir los sentimientos de ansiedad y estrés de la separación y reforzar el rol como cuidadores. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo ha reconocido como un método de cuidado neonatal que conlleva claros beneficios. Cabe decir que es un método que nació antes que los Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD) y tenía el objetivo de reducir la mortalidad infantil y los costes.

La familia reclama estar con su RN durante su ingreso en la UCIN pero las rutinas de esta unidad les impide muchas veces el acceso, a pesar de que existe la evidencia que establecer el vínculo materno-filial es la clave para el buen desarrollo neurológico del niño inmaduro.

Por esto, los CCD que comprenden intervenciones dirigidas a optimizar tanto el macroambiente (luces, ruidos...) como el microambiente en que se desarrolla el niño (postura, manipulaciones, dolor) favorece la permanencia de la familia en la UCIN el tiempo que deseen y sea posible, ya que, se centra también en intervenciones dirigidas a la familia para facilitar al máximo su papel de cuidador principal del niño. Además potencia el MC y prepara a los padres para el momento de vuelta a casa, sintiéndose más seguros y habiendo establecido el vínculo paterno-filial.

En un proyecto FIS se realizó un estudio en la Unidad Neonatal del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada (16) en la que participaron un total de 23 padres y madres de niños nacidos pretérmino, que habían estado ingresados en dicha unidad. Solamente participaron en la investigación uno de los miembros de cada pareja. La selección se basó en los criterios de homogeneidad y heterogeneidad, para obtener participantes suficientes en cada uno de los perfiles resultantes. Del total de participantes, 16 fueron usuarios del programa del alta precoz, y 7 fueron usuarios del programa estándar de asistencia, siendo dados de alta cuando los niños alcanzaron el peso mínimo según criterio facultativo

Para la obtención de los resultados se realizaron diferentes entrevistas semiestructuradas. El guion y las preguntas realizadas se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Estructura del guion de la entrevista semiestructurada y preguntas realizadas
<i>Sección 1. Problemas y preocupaciones en domicilio</i>
Atención sanitaria recibida en domicilio
Cuidados a su hijo
Emociones asociadas a su llegada a domicilio
Preguntas: ¿Cuál ha sido su peor experiencia como padre/madre de un niño prematuro? ¿Cómo se ha sentido al llegar al domicilio?
<i>Sección 2. Situación actual de los padres</i>
Distribución del tiempo
Situación y problemas con respecto a la salud física/emocional
Situación y problemas económicos y laborales
Pregunta: ¿Cómo ha cambiado su vida tras ser padre de un niño prematuro?
Fuente: Efectos de un programa de alta precoz sobre las preocupaciones de los padres de niños prematuros. Fernández et al. (16)

Los padres y madres entrevistados señalaron confrontar un número importante de obstáculos y preocupaciones ante la inminencia del momento del alta y durante los primeros días en domicilio. La mayor preocupación fue el estado de

salud de su hijo y los pasos a seguir en caso de que enfermase. Los motivos de preocupación con respecto a la salud fueron la posibilidad de una infección (debido al estado de inmadurez), los problemas para dormir, y el hecho de no darse cuenta a tiempo de que su hijo estuviese enfermo. Los padres entrevistados expresaron gran dificultad para interpretar el comportamiento de su hijo (p.ej., si el llanto del hijo tiene que ver con que se encuentra con hambre o enfermo). Entre los hombres cabe destacar la preocupación por el estado de salud de su mujer, especialmente en aquellos casos en que el la prematuridad apareció como algo inesperado.

La inmadurez apareció como preocupación central, muy relacionada con las dudas respecto a la evolución y los efectos del diagnóstico en el futuro. Así mismo, las particularidades del diagnóstico de prematuridad, la falta de información recibida en el hospital con respecto al desarrollo futuro, y el tamaño y peso del hijo, hicieron que éste se percibiera como más frágil que un niño no prematuro.

Los padres y madres entrevistados mostraron dudas con respecto a sus capacidades y habilidades para cuidar de manera eficaz a su hijo. Se sintieron inseguros sobre el modo de proporcionar cuidados básicos en el domicilio (p.ej., bañarlo o darle la comida).

Estas preocupaciones fueron mayores en aquellos padres que eran primerizos. Aquellos que ya tenían hijos señalaron sentirse más confiados con respecto a los cuidados y a sus habilidades, aunque también se encontraban preocupados con respecto al desarrollo futuro de su hijo, dado el diagnóstico de prematuridad.

Finalmente, aquellos padres que recibieron el programa de alta precoz señalaron menos preocupaciones, puesto que les era más fácil resolverlas y plantear sus dudas. Las visitas del personal enfermero fueron percibidas como una gran ayuda para no sentirse desbordados por estos obstáculos. Sin embargo, aunque se observaron diferencias con respecto a la intensidad, las temáticas asociadas a las preocupaciones fueron idénticas en los dos grupos de padres.

Existe una necesidad de intervenciones dirigidas a pediatras y profesionales de la salud para promover las habilidades para detectar y hacer frente a la ansiedad en los padres de sus pacientes.

Los profesionales de enfermería deben conocer los mecanismos involucrados en el establecimiento del vínculo materno y el apego de los padres con el recién nacido para promocionar y apoyar la integración de los padres en el cuidado y recuperación de sus hijos. Por su relación cercana con los padres, pueden proporcionar cuidados centrados en la familia estableciendo una relación de ayuda terapéutica efectiva, reforzando actitudes y comportamientos positivos que ayuden a los padres a adaptarse a la hospitalización, a aprender a cuidar de sus hijos y en algunos casos, a afrontar la pérdida y el duelo.

Unidades de oncología

En base a un estudio que se ha realizado en el Ambulatorio Infantil del Hospital del Cáncer de Camargo (17) se ha evaluado la existencia de ansiedad en padres con hijos hospitalizados. En el estudio participaron 101 padres, el 94,1% eran del sexo femenino y el 87,1% eran madres. Los niños tenían entre 8 meses y 18 años y el 75,2% estaban en tratamiento en el momento de la entrevista. Los diagnósticos más frecuentes fueron: leucemia linfoblástica aguda (n=32), retinoblastoma (n=10), sarcomas de tejidos blandos (n=10).

En este estudio se aplicaron dos instrumentos de evaluación de ansiedad a los padres: STAI-E (Anexo IV) y PIP (Anexo V). Para evaluar la presencia de síntomas de ansiedad en los padres, sólo se utilizó la escala STAI-E, por considerarse sensible a las variaciones de tensión, de acuerdo con el contexto, y que presenta adecuados índices de confiabilidad. El STAI-E contiene 20 afirmaciones, donde se le pide a los sujetos que indiquen cómo se sienten en ese momento, con relación a los síntomas de ansiedad. Se utiliza una escala tipo Likert, con cuatro puntos, donde uno significa absolutamente no, y cuatro muchísimo, para cada ítem con afirmaciones sobre el presente estado de ansiedad. A mayor puntuación, mayor es la ansiedad.

El otro instrumento de evaluación utilizado es el PIP que es una escala específica para la evaluación de estrés parental (Anexo V)

En el estudio las puntuaciones variaron entre 59 hasta 182 para la subescala PIP-F, y de 49 hasta 188, para la subescala PIP-D. Se obtuvo una puntuación media de 130,4 (\pm 27,6) para la subescala PIP - D. El dominio Función Emocional obtuvo los promedios más altos en ambas subescalas

Dominios	PIP - Frecuencia		PIP - Dificultad	
	M	DE (\pm)	M	DE (\pm)
Comunicación	24,7	6,3	21,4	6,7
Cuidados médicos	28,2	6,4	19,5	7,4
Función familiar	29,6	7,5	28,2	8,2
Función emocional	47,9	11,4	48,5	12,9
Total	130,4	27,6	117,5	30,9

Fuente: Estrés relacionado al cuidado: el impacto del cáncer infantil en la vida de los padres. Alves DF et al. (17)

Los tres eventos con mayor frecuencia para los sujetos fueron: "Pensar en otros niños gravemente enfermos"; "Quedarme con mi hijo durante los procedimientos médicos"; y "Ayudar a mi hijo en sus necesidades de higiene". Por otra parte, los tres eventos con promedios más altos fueron: "Temer que mi hijo/hija pueda enfermarse gravemente o pueda morir"; "Preocuparme con el impacto de la enfermedad a largo plazo"; y "Pensar en otros niños gravemente enfermos".

PIP	Frecuencia		Dificultad	
	Promedio	DE	Promedio	DE
Pensar en otros niños gravemente enfermos.	4,17	0,94	3,93	1,11
Quedarme con mi hijo durante los procedimientos médicos.	3,94	1,36	2,62	1,56
Ayudar a mi hijo en sus necesidades de higiene.	3,91	1,3	1,78	1,18
Preocuparme con el impacto de la enfermedad a largo plazo.	3,76	1,26	3,56	1,33
Temer que mi hijo/hija pueda enfermarse gravemente o pueda morir.	3,52	1,43	3,98	1,44

Fuente: Estrés relacionado al cuidado: el impacto del cáncer infantil en la vida de los padres. Alves DF et al. (17)

Las puntuaciones del PIP, no demostraron diferencias significativas en relación con el género de los padres, el de los niños, el estado civil, ni los años de estudio, sin embargo, se correlacionó de forma significativa con la edad de los padres o tutores, en la subescala frecuencia se muestra que los padres más jóvenes relataron mayores niveles de estrés que padres de mayor edad. La edad de los niños estuvo inversamente correlacionada a las puntuaciones de PIP-F, indicando que los padres de niños menores relataron una frecuencia mayor de eventos estresantes. Para ambas subescalas, PIP-F y PIP-D, los padres de niños con menos tiempo de diagnóstico presentaron mayor frecuencia y dificultad frente a los eventos estresantes.

En la evaluación de la ansiedad, las puntuaciones variaron en un rango de 25 a 61 puntos, con una media de 42,1 ($\pm 9,0$). Las puntuaciones de la STAI-E estuvieron inversamente correlacionados con la edad del niño ($r=-0,23$ $p=0,02$), el tiempo de diagnóstico ($r=-0,23$ $p=0,02$), el tiempo de tratamiento ($r=-0,19$ $p=0,04$), la edad de los padres ($r=-0,23$ $p=0,02$) y la renta familiar ($r=-0,23$ $p=0,02$). Se observó que en todos los dominios del PIP, resultaron en correlación positiva y significativa con el estado de ansiedad (Tabla 5).

Tabla 5. Coeficiente de correlación de Spearman entre las puntuaciones del (PIP)		
PIP	Correlación STAI -E	P
Subescala Frecuencia		
Comunicación	0,28	0,0051
Cuidados médicos	0,36	0,0002
Función familiar	0,42	<0,0001
Función emocional	0,54	<0,0001
Subescala dificultad		
Comunicación	0,38	<0,0001
Cuidados médicos	0,35	0,0003
Función familiar	0,36	<0,0001
Función emocional	0,54	0,0002
Fuente: Estrés relacionado al cuidado: el impacto del cáncer infantil en la vida de los padres. Alves DF et al. (17)		

Los resultados demostraron que los padres más jóvenes de niños menores relataron mayor nivel de estrés y de ansiedad. Estos resultados sugieren que la inexperiencia de los padres más jóvenes con el papel parental puede generar mayores niveles de estrés y ansiedad cuando se enfrentan a la enfermedad crónica del niño. En relación a la edad del niño, el más alto nivel de estrés y ansiedad presentado por los padres de los niños menores puede justificarse por la mayor dependencia de estos en relación con las actividades de autocuidado.

Los resultados de la aplicación del PIP, confirmaron las consideraciones con relación a la vulnerabilidad de los padres a los síntomas de ansiedad cuando se enfrentan con la condición de enfermedad de sus hijos y que además las correlaciones positivas entre el PIP y el STAI-E indican que cuanto mayor es el nivel de estrés de los padres, más síntomas de ansiedad presentan.

Grahn en su publicación "Cáncer care" en la revista europea de Atención al Cáncer (18) sostiene que la mayor necesidad con que se encuentran las familias es la de la información: una información adecuada y suficiente, que les ayude a comprender qué es lo que está pasando. En segundo lugar, precisan el apoyo necesario para movilizar y poner en marcha estrategias de afrontamiento que sean más convenientes para responder a las demandas que impone la nueva situación y que, casi siempre, superan sus capacidades y recursos, tanto a nivel personal como familiar.

Para Grahn, los aspectos educativos de la intervención familiar deben centrarse en dos líneas fundamentalmente:

- En la información que reciben los padres sobre la enfermedad (etiología, síntomas, curso o pronóstico), y en el procesamiento de la misma. Es necesario ayudar a la familia a anticiparse a los cambios en el estilo de vida que requiera la enfermedad, aumentando con ello la capacidad de afrontamiento
- En el apoyo psicológico y afectivo

Unidades de hospitalización general

Una investigación llevada a cabo en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca (19) con el objeto de indagar la situación actual en la que se encuentra el niño hospitalizado en relación a su situación emocional y escolar, y en cuanto a las posibilidades de actuación en estos ámbitos, se evaluó la presencia de síntomas de ansiedad en los padres y la relación que ésta pudiera tener con la ansiedad manifestada por sus hijos. En esta investigación han participado 45 madres y padres, éstos en la mayoría estaban casados, representado por el 84,4% de los casos, y con domicilio habitual en la provincia de Salamanca (España).

Como instrumento de medida para los síntomas de ansiedad de este colectivo de participantes en la investigación se utilizó una Entrevista para Padres de Niños Hospitalizados, además se empleó el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI).

El análisis de los datos realizado puso de manifiesto que el porcentaje del 93,3% manifiesta ampliamente la intranquilidad y nerviosismo de los padres ante la enfermedad de su hijo, lo que conlleva a la necesidad de prestar algún tipo de orientación familiar dentro de la institución hospitalaria con el fin de proporcionar a los padres una información clara y concisa sobre la enfermedad de sus hijos, lo que conducirá a un mejor control sobre la situación y una mayor cooperación con el personal médico y sanitario. Por otra parte el 82,2% de los padres entrevistados hacen referencia a que la enfermedad de su hijo afecta al resto de miembros de la familia, remiten preocupación, nerviosismo, aunque tratan de seguir una vida normal, algunos de estos padres entrevistados refieren además la necesidad de asistencia psiquiátrica y psicológica.

Según Palomo del Blanco (20) la pedagogía hospitalaria es un método que intenta paliar, compensar, curar los efectos de la enfermedad en el niño y en su entorno familiar, contrarrestando en lo posible los efectos derivados de la permanencia en un medio hostil, por ser desconocido, estresante, por la confluencia de tantos factores implicados y por la interacción de tantas fuerzas. Aparece así en el panorama educativo la conveniencia de una orientación a la familia en relación a la actitud que debe tener ante la enfermedad, con la

conducta más adecuada para favorecer la actitud del niño en el hospital, pero también se perfila la necesidad de programas de información para los padres, del establecimiento de relaciones con los profesionales y del intercambio de experiencias entre los propios acompañantes de los pequeños pacientes.

Este tipo de programas consisten en su gran mayoría en brindar una forma diferente de educación. Esta educación puede ir desde una conversación personal e informal entre la familia y el médico, a un programa más elaborado, diseñado, organizado y ofrecido por educadores y profesionales de la salud. El objetivo de este tipo de educación es ofrecer información a la familia, sobre la causa de la enfermedad y la necesidad de tratamiento médico del pequeño paciente, y así de esta manera tratar de reducir los posibles problemas psicológicos que pudieran derivarse

En este sentido, se debe ofrecer una orientación educativa a la familia y explicar a los padres las repercusiones de la enfermedad y la hospitalización. Debido a que la familia asume la mayor parte de la responsabilidad en el cuidado del niño enfermo, deben ofrecerse intervenciones educativas y de apoyo como una parte rutinaria de la atención al paciente pediátrico.

Participación de los padres durante la hospitalización infantil

Un estudio realizado en los servicios de pediatría de tres hospitales de Portugal (21) se centró en el reconocimiento de las necesidades y responsabilidades de los padres durante la hospitalización del niño. Para ello fue aplicado un cuestionario con preguntas abiertas a los padres o cuidadores, enfermeros y médicos, el método llevado a cabo fue entregarlo en un sobre cerrado a todos los que reunían los criterios de inclusión. La muestra fue constituida por 660 padres/acompañantes y 95 profesionales de la salud. En relación a los acompañantes del niño, la muestra fue constituida por madres (82%), padres (17%) y apenas 1% de otros acompañantes, con un promedio de edades de 33 años y en relación a los profesionales de la salud, el 86% eran enfermeros y el 14% médicos, con edades entre 24 y 56 años, el 35% tenían calificación pediátrica y 76% ejercían la profesión hace más de 6 años.

A los padres o cuidadores se les efectuó las siguientes preguntas abiertas (tabla 6), Ese proceso permitió realzar temas y unidades de registro, posibilitando el estudio de opiniones, actitudes, valores y creencias.

Tabla 6. Tasa de respuestas a las preguntas abiertas del cuestionario.			
Preguntas	Entregadas	Respondidas	Tasa de respuesta (%)
Preguntas a los padres			
¿Qué entiende por participación de los padres en los cuidados de la salud cuando un/a hijo/a está hospitalizado/a?	660	392	59,4
¿En cuáles cuidados a su hijo/a le gustaría participar?	660	81	12,3
¿Qué piensa que podría ser hecho para mejorar la asistencia al niño durante y después de la hospitalización?	660	44	6,6
Preguntas a los profesionales de la salud			
¿Qué entiende por participación de los padres en los cuidados de la salud de niños hospitalizados?	95	77	88,1
¿Qué estrategias utilizan para que los padres participen de los cuidados de la salud de los niños durante la internación?	95	74	77,9
En relación a su hospital ¿Qué piensa que se debería hacer para mejorar la participación de los padres en los cuidados de la salud al niño durante y después de la hospitalización?	95	64	67,4
En relación a su hospital ¿Qué piensa que se debería hacer para mejorar la asistencia a los niños durante la hospitalización?	95	66	69,5
Fuente: Participación de los padres en los cuidados de la salud de niños hospitalizados. Lopes et al. (21)			

De los resultados obtenidos derivaron las dimensiones, dominios y categorías sobre la participación de los padres en los cuidados de la salud.

Del análisis de los datos cualitativos sobresalieron tres dimensiones significativas: lo cotidiano de los cuidados de la salud al niño en el hospital, perspectivas de participación de los padres en los cuidados de la salud del niño hospitalizado, y continuidad de los cuidados de la salud del niño después de la hospitalización.

La dimensión en la que se obtuvieron más resultados fue de las perspectivas de participación de los padres en los cuidados de la salud del niño hospitalizado.

Las perspectivas de participación engloban aspectos sobre la presencia, participación, necesidades y beneficios para el niño y padres, necesidades de información, responsabilidades y derecho a la salud, realización de cuidados y ayuda a los profesionales de la salud.

La presencia y la participación de los padres en el cuidado de niños hospitalizados permiten, de cierto modo, una aproximación a los profesionales de la salud, situación en la que la comunicación y la comprensión mutua asumen un papel fundamental.

La participación de los padres en los cuidados de la salud de niños hospitalizados presenta múltiples formas de expresión. Cuando la comunicación entre los profesionales de la salud y la familia es eficaz, existe una reducción de la ansiedad de los padres y una mayor propensión para su participación, lo que favorece la adhesión a los tratamientos, al proceso de enfrentar la enfermedad y la autonomía de los padres.

Urgencias hospitalarias y atención primaria

Se realizó un estudio en los servicios de pediatría de 13 centros sanitarios de las provincias de Granada, Almería, Jaén y Málaga (22), con el objetivo de determinar la presencia de ansiedad e ira en atención pediátrica, explorando posibles diferencias entre atención primaria y urgencias pediátricas. El objetivo adicional era determinar cuáles de las variables estudiadas predecían mayor grado de ansiedad en la muestra de progenitores estudiados. Participaron un total de 1517 padres, 806 (53.1%) habían sido atendidos en atención primaria pediátrica y 711 (46.9%), en servicios de urgencias pediátricas. Para realizar el estudio se solicitó a cada participante que informara de su edad, sexo, origen demográfico (inmigrante - no inmigrante) y nivel de estudios. Además, se solicitó que señalaran cómo de grave percibían la situación de su hijo en el momento de acudir al servicio de salud en cuestión. Esta podía ser baja, media o alta. Para ello se utilizó la escala de ansiedad estado - rasgo (STAI), solo se usó la forma diseñada para medir la ansiedad como estado (STAI-E), de cara a poder asociar

dicha alteración emocional con la situación específica en que se encontraba cada participante.

En relación con la gravedad percibida por los padres, 718 (47.3%) informaron percibir el estado de salud de su hijo como de baja gravedad, 649 de los progenitores (42.8%) percibieron el estado de salud del menor como de gravedad media, y solo 150 de ellos (9.9%) percibieron el estado de gravedad como de grave o muy grave. Y en relación con la ira, el valor medio de ira total expresado por la muestra fue de 19.66 siendo la puntuación mínima 15 y la máxima 60, el grado de ira se encuentra en un nivel bajo, en cambio en cuanto a la ansiedad el valor medio expresado por la muestra fue de 43.11, lo que indica un valor promedio elevado de acuerdo con la STAI-E.

Para realizar una asociación de estas variables se llevó a cabo un análisis de para determinar la posible asociación entre la expresión global de ansiedad por un lado y las diferentes dimensiones de ira consideradas (sentimiento, expresión física, expresión verbal). Igualmente se calculó la correlación entre ansiedad y la valoración de la gravedad en el estado de salud de su hijo percibida por el padre/madre.

Los resultados muestran una asociación positiva y significativa entre ira y ansiedad momentos antes de la recepción de la atención sanitaria. Específicamente se encontró una asociación positiva y significativa entre una alta ansiedad, así como: un alto nivel de ira general; niveles altos en las manifestaciones específicas de ira: ira como sentimiento, expresión física de ira y expresión verbal de ira, y por último altos niveles de gravedad percibida en el menor por los padres.

También se realizaron varias pruebas para muestras independientes de cara a determinar posibles diferencias en las variables de interés, en función del tipo de situación de atención sanitaria en la que se encontraba la familia, diferenciando entre atención pediátrica primaria y urgencias pediátricas.

Los resultados revelan diferencias significativas tanto en ansiedad como en gravedad percibida en los niños, en función de la situación de atención sanitaria considerada. Adicionalmente puede observarse que no se encontraron

diferencias significativas en ira, a excepción de la dimensión específica de ira como sentimiento, donde los niveles fueron más altos en urgencias pediátricas. Por lo demás, en todos los casos donde los resultados fueron significativos, los niveles de alteración emocional siempre eran más elevados en los servicios de urgencias pediátricos.

DISCUSIÓN

La hospitalización de un menor es un evento que causa ansiedad e inseguridad en los padres, debido al ambiente físico de la unidad y a los procedimientos invasivos que requieren por sus condiciones de salud. Todo esto provoca una alteración del núcleo familiar, debido a la condición de vulnerabilidad del menor, interfiriendo en el vínculo afectivo madre e hijo.

A través del método de relación de ayuda las enfermeras adoptan una actitud cálida, respetuosa y comprensiva ante los padres que manifiestan preocupaciones por el estado de salud de su hijo. Al establecer una mayor comunicación, con empatía y simpatía, los padres refirieron tener mayor confianza y apoyo en las enfermeras.

En el momento del alta, llevar a cabo un protocolo específico (programa de alta precoz) en el que los padres tuvieron el apoyo de las enfermeras a través de visitas, produjo una disminución de la intensidad de la ansiedad por parte de los padres que fueron incluidos en este programa.

El personal de enfermería debe conocer los mecanismos involucrados en el establecimiento del vínculo materno y el apego de los padres con el recién nacido, reforzando actitudes y comportamientos positivos que ayuden a los padres a adaptarse a la hospitalización.

Los dos eventos que mayor ansiedad producen en los padres fueron: "Quedarme con mi hijo durante los procedimientos médicos"; y "Ayudar a mi hijo en sus necesidades de higiene". La enfermera está presente en estos dos procedimientos y es fundamental que contribuya, mediante una adecuada educación e información, para que estas técnicas les sean cercanas y lo menos traumáticas posibles.

En los estudios revisados se puede observar que, en la mayor parte de las ocasiones, el cuidador principal es la madre, además de ser la que mayor ansiedad padece. El método canguro en el recién nacido es un buen método para fomentar el vínculo materno-filiario durante la hospitalización. Otro método para que las madres no presenten los mayores grados de ansiedad sería instruir a los padres a formar parte de los cuidados tanto como ellas. Mediante el método de pedagogía hospitalaria, los padres se involucran más en las tareas hospitalarias, repartiendo el peso de los cuidados en ambos progenitores.

También se ha podido ver que tanto los padres primerizos como los más jóvenes son los que más ansiedad manifiestan, tanto en el momento del ingreso como al alta hospitalaria. Cuando observemos esta tipología de progenitores, deberemos estar más encima de ellos puesto que son los que tienen menos experiencia en el rol parental.

La edad de los niños hospitalizados, el tiempo del diagnóstico, el tiempo de tratamiento, la edad de los padres y la renta familiar están inversamente relacionados con el grado de ansiedad de los padres, es decir, cuanto más joven es el hijo mayor ansiedad manifestarán los padres y cuanto más tiempo lleven de tratamiento menos ansiedad manifestarán éstos. Lo tendremos que tener en cuenta a la hora de realizar cualquier intervención con esas familias que tienen más riesgo.

En cuanto a la información que damos a los padres, debe ser adecuada y suficiente para que les ayude a comprender qué es lo que está pasando, que sea lo suficientemente clara para responder a las demandas que impone la nueva situación ya que, casi siempre, superan sus capacidades y recursos, tanto a nivel personal como familiar. Esta información se basa en dos líneas, el apoyo psicológico y el tipo de información en cuanto a etiología, síntomas, curso y pronóstico.

En cuanto a la diferencia entre atención primaria y urgencias pediátricas destaca la existencia de mayores niveles de ansiedad en urgencias, dato que por otra parte es comprensible si tenemos en cuenta que generalmente cuando los padres acuden a urgencias suele deberse a un problema de salud de mayor envergadura o donde la gravedad percibida por los padres también es mayor.

La participación de forma activa de los padres durante el periodo de hospitalización es otro método demostrado que produce una disminución de la ansiedad, por lo que nosotros como profesionales, instruiremos a las familias en todos los cuidados posibles y les haremos protagonistas de la asistencia.

Los diferentes métodos de ayuda que realizan los profesionales se pueden realizar en todo tipo de situaciones y unidades dado que disminuyen favorablemente la ansiedad de los padres. Estos métodos aportan nuevos conocimientos a los profesionales de la salud, acerca de los sentimientos y necesidad de apoyo a los padres de niños hospitalizados, lo cual es un aspecto fundamental para adecuar la atención, cuya dirección debe ser la satisfacción de necesidades específicas de estos padres. A la vez contribuye a mejorar el ejercicio profesional, ya que muchas veces la atención se ve limitada a técnicas y procedimientos de cuidados en el ámbito biológico, dejando en segundo plano el apoyo psicológico y social que estos padres necesitan.

CONCLUSIONES

La hospitalización infantil es un momento en la vida de los padres que les causa una gran ansiedad.

En la mayoría de los casos las cuidadoras principales son las madres y son las que más ansiedad sufren, comparadas con los padres.

La corta edad de los padres y su inexperiencia, producen un mayor grado de ansiedad.

La ansiedad de los padres esta inversamente proporcional relacionada con la edad de los niños, el tiempo que lleva diagnosticado, el tiempo que lleva con el tratamiento y la renta familiar.

El método canguro o el método de relación de ayuda son dos técnicas fundamentales para la disminución de la ansiedad en los padres.

En cuanto a la circunstancia ante el ingreso, los padres padecen más ansiedad si es a través de la unidad de urgencias pediátricas que a través de atención primaria pediátrica.

La participación en los cuidados por parte de los padres produce una disminución de su ansiedad ya que se sienten parte del cuidado activo del su hijo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alarcón RD, Mazzotti G, Nicolini H. Psiquiatría. 2a ed. El Manual Moderno: Washington; 2005.
2. Capponi R. Psicopatología y Semiología Psiquiátrica. Editorial Universitaria: Santiago; 2002.
3. Al-Namankany A, De Souza M, Ashley P. Evidence-based dentistry: analysis of dental anxiety scales for children [Internet]. 2012 [acceso el 11 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.nature.com/bdj/journal/v212/n5/abs/sj.bdj.2012.174.html>.
4. Klingberg G, Broberg AG. Dental fear/anxiety and dental behavior management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. Int J Paediatr Dent. 2007; 17(6): 391-406.
5. Sorli D, Rubio N. Hospitalización en Pediatría: ansiedad de los padres y apoyo recibido del personal sanitario. Metas Enferm. 2016; 18(10): 70 – 75.
6. López-Ibor JJ, Valdés M, editores. DMS-IV-TR-AP. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Atención Primaria. Barcelona: Masson; 2004.
7. Baeza J. Clínica de la Ansiedad. Especialistas en el tratamiento de la ansiedad [Internet]. Clinica de la ansiedad. [acceso el 11 abril de 2017]. Disponible en: <https://www.clinicadeansiedad.com>
8. Carrobes JA, Costa M, Del Ser T, Bartolomé P. La práctica de la terapia conductual. Valencia: Promolibro, 1986.
9. Martín Carbonell, M. (2016). Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. Universitas Psychologica; 15(1): 177-192.
10. Villafafila C, Cordoba C, Begines E, Escobedo E, Guijarro E, Castillo MA. Visita guiada a la UCI-Neonatal: influencia en los estados afectivos y emocionales de los padres. Madrid: Biblioteca Lascasas; 2015.
11. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. STAI, Manual the StateTrait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire). Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press; 1988

12. Cabello JB. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español [Sede Web]. Alicante: CASPe; 2005 [acceso 14 de abril de 2017]. Disponible en: <http://redcaspe.org>
13. Hernandez D, Flores S. Relación de ayuda: intervención de enfermería para padres de recién nacidos hospitalizados en la UCIN [Internet]. 2017 [acceso el 11 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2002/eim023b.pdf>
14. Porta R, Capdevila E. Un nuevo enfoque en la atención al recién nacido enfermo. El rol de los padres. C. Med. Psicosom [revista en internet]. 2014 [acceso 11 de abril de 2017]; 109: 53-57. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4678967>
15. Pallás C. Percepciones de los padres. Relación con las normas de entrada a la unidad neonatal. Servicio de Neonatología del Hospital 12 de Octubre. Madrid; 2007.
16. Fernández M, Cruz F, Toral I, González P, Rivas A, Pérez N. Efectos de un programa de alta precoz sobre las preocupaciones de los padres de niños prematuros.
17. Alves DF, Guirardello EB, Kurashima A. Estrés relacionado al cuidado: el impacto del cáncer infantil en la vida de los padres [Internet]. 2013 [acceso 11 April 2017]. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/52962/56992>
18. Grahn G. Coping with the Cancer Experience. Developing an Education and Support programme for Cancer Patients and their significant others. Patient Education Counseling. 1998; 34 (3): 185 - 200
19. Serradas, M. La acción educativa como alternativa en la reducción de la ansiedad en el niño hospitalizado. Universidad de Salamanca. Facultad de Educación. 2002
20. Palomo del Blanco M. El niño hospitalizado. Características, evaluación y tratamiento. Madrid: Pirámide; 1995.
21. Falleiros D, Oliveira E, Lopes P, Garcia de Lima R. Participación de los padres en los cuidados de la salud de niños hospitalizados. Rev Latino-Am Enfermagem. 2014; 22(3): 432-9.

22. Fernández-Castillo A, Vílchez-Lara M. Alteración emocional en atención primaria y urgencias pediátricas. ¿Se enfadan los padres durante la atención pediátrica?. Revista Latinoamericana de Psicología. 2015; 47(3): 205-212.

ANEXOS

Anexo I. ESCALA DE HAMILTON

Síntomas de los estados de ansiedad	ausente	leve	moderado	grave	muy grave
1. Estado de ánimo ansioso. (Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión, irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. Tensión. (Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones de sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud)	0	1	2	3	4
3. Temores. (A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes)	0	1	2	3	4
4. Insomnio. (Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio, cansancio al despertar)	0	1	2	3	4
5. Intelectual - cognitivo. (dificultad para concentrarse, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. (Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día)	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales. Musculares. (Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, crujiir de dientes)	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales. Sensoriales. (Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos, escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. (taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares)	0	1	2	3	4
	0	1	2	3	4

10. Síntomas respiratorios. (opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea)					
11. Síntomas gastrointestinales. (dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta)	0	1	2	3	4
12. síntomas genitourinarios. (Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.)	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. (boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea, piloerección)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico). (Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics; inquietud: pasearse de un lado al otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular. Tragar saliva, eructar, taquicardia en reposo, frec. respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, pupilas dilatadas, exoftalmos, tics en los párpados)	0	1	2	3	4

Anexo II. ESCALA EADG (ANSIEDAD – DEPRESION)

Subescala de ansiedad	Si/No
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	
2. ¿ha estado muy preocupado por algo?	
3. ¿Se ha sentido muy irritable?	
4. ¿Ha tenido dificultades para relajarse?	
Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando	
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	
7. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores hormigueos, mareos?	
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?	
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?	
Total ansiedad	

≥4: Ansiedad probable

Subescala de Depresión	Si/No
1. ¿Se ha sentido con poca energía?	
2. ¿Ha perdido interés por las cosas?	
3. ¿Ha perdido confianza en sí mismo?	
4. ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?	
Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas continuar preguntando	
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	
6. ¿Ha perdido peso? A causa de su falta de apetito	
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?	
9. ¿Crees que usted ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	
Total depresión	

≥2: Depresión probable

Anexo III. ESCALA DE HADS.

ANSIEDAD	DEPRESION
<p>A.1 Me siento tenso /a o nervioso/a</p> <p>3. casi todo el dia 2. gran parte del dia 1. de vez en cuando 0. nunca</p>	<p>D.1 sigo disfrutando de las cosas como siempre</p> <p>3. ciertamente, igual que antes 2. no tanto como antes 1. solamente un poco 0. Ya no disfruto nada</p>
<p>A.2 siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder</p> <p>3. si, y muy intenso 2. si, pero no muy intenso 1. si, pero no me preocupa 0. no siento nada de eso</p>	<p>D.2 Soy capaz de reirme y ver el lado bueno de las cosas</p> <p>3. actualmente, en absoluto 2. actualemnte, mucho menos 1. actualemnte algo menos 0. igual que siempre</p>
<p>A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones</p> <p>3. casi todo el dia 2. gran parte del dia 1. de vez en cuando 0. nunca</p>	<p>D.3 Me siento alegre</p> <p>3. nunca 2. muy cosas veces 1. en algunas ocaciones 0. gran parte del dia</p>
<p>A.4 Soy capaz de mantenerme sentadp/a relajado/a y tranquilo/a</p> <p>3. nunca 2. raras veces 1. a menudo 0. siempre</p>	<p>D.4. Me siento lento/a o torpe</p> <p>3. gran parte del dia 2. a menudo 1. a veces 0. nunca</p>
<p>A.5. experimento una sensacion de nervios y hormigueos en el estomago</p> <p>3. muy a menudo 2. a menudo 1. solo en algunas ocasiones 0. nunca</p>	<p>D.5. He perdido interes por mi aspecto personal</p> <p>3. completamente 2. no me cuido como deberia hacerlo 1. es posible que no me cuide lo que deberia 0. me cuido como siempre he hecho</p>
<p>A.6. Me siento inquieto como si no pudiera parar de moverme</p> <p>3. realmente mucho 2. bastante 1. no mucho 0. nunca</p>	<p>D.6. Espero las cosas con ilusion</p> <p>3. en absoluto 2. mucho menos que antes 1. algo menos que antes 0. muy a menudo</p>
<p>A.7. Experimento de repente sensaiones de gran angustia o temor</p> <p>3. muy a menudo 2. con cierta frecuencia 1. raramente 0. nunca</p>	<p>D.7. Soy capaz de sifrutar con un buen libro o un buen programa de radio o tv</p> <p>3. casi nunca 2. pocas veces 1. algunas veces 0. a menudo</p>

Anexo IV. ESCALA ANSIEDAD ESTADO/RASGO (STAI)

	casi nunca	a veces	a menudo	Casi siempre
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy atado (oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Miento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades de amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por las cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomarme las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste	0	1	2	3

36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molesta pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

Anexo V. PIP

COMUNICACION	nunca	raramente	algunas veces	a menudo	muy a menudo
2. discutir	1	2	3	4	5
7. hablar con el medico	1	2	3	4	5
12. sentirme confundido	1	2	3	4	5
17. hablar con la enfermera	1	2	3	4	5
22. Desacuerdo equipo	1	2	3	4	5
27. Sentir que no entienden gravedad	1	2	3	4	5
32. Hablar con mi hijo de la enfermedad	1	2	3	4	5
37. Hablar con la familia	1	2	3	4	5
40. Preocuparme relación con mi hijo	1	2	3	4	5
CUIDADOS MÉDICOS	nunca	raramente	algunas veces	a menudo	muy a menudo
3. Llevar a mi hijo al hospital	1	2	3	4	5
8. Ver/comer	1	2	3	4	5
13. Estar con mi hijo	1	2	3	4	5
18. Tomar decisiones	1	2	3	4	5
23. Ayudarle/higiene	1	2	3	4	5
28. Cambios tratamiento	1	2	3	4	5
33. Ayudarle/procedimientos	1	2	3	4	5
38. Acompañar/tratamiento	1	2	3	4	5
DISTRES EMOCIONAL	nunca	raramente	algunas veces	a menudo	muy a menudo
1. Dificultad dormir	1	2	3	4	5
4. Recibir Noticias preocupantes	1	2	3	4	5
6. Ver cambios humor	1	2	3	4	5
9. Esperar resultados médicos	1	2	3	4	5
11. Tratar de no pensar dificultades	1	2	3	4	5
14. Enterarme dolor hijo	1	2	3	4	5
16. Ver hijo triste	1	2	3	4	5
19. Imaginar hijo aislado	1	2	3	4	5
21. Anestesiado	1	2	3	4	5
24. Preocuparme consecuencias	1	2	3	4	5
26. Sentirme indefenso	1	2	3	4	5
29. Sentir incertidumbre	1	2	3	4	5
31. Pensar en otros niños enfermos	1	2	3	4	5
34. Acelerado, sudoración, temblores	1	2	3	4	5
36. Sentir miedo empeore	1	2	3	4	5

Actuaciones de enfermería para la disminución de la ansiedad de los padres con hijos hospitalizados

ROL FAMILIAR	nunca	raramente	algunas veces	a menudo	muy a menudo
5. No poder acudir trabajo	1	2	3	4	5
10. Problemas económicos	1	2	3	4	5
15. Atender otro familiar	1	2	3	4	5
20. Estar lejos de la familia	1	2	3	4	5
25. Tener poco tiempo	1	2	3	4	5
30. Estar en hospital	1	2	3	4	5
35. Sentir inseguridad	1	2	3	4	5
39. Perderme acontecimientos	1	2	3	4	5
41. Notar cambio pareja	1	2	3	4	5
42. Pasar mucho tiempo	1	2	3	4	5

Anexo VI: Tabla de artículos utilizados en la revisión

Título y autores, año de publicación	Tipo de estudio	Muestra y características de la muestra	Aspectos estudiados	Instrumentos utilizados	Resumen de los resultados
Relación de ayuda: intervención de enfermería para padres de recién nacidos hospitalizados en la UCIN Hernández-Herrera et al 2002	Ensayo de campo	Se incluyeron 100 padres, 50 correspondientes a la etapa basal y 50 a la etapa postintervención	Sobre los componentes de la relación de ayuda de enfermería a padres de niños hospitalizados en la UCIN.	Primera fase exploratoria: Se realizó una entrevista a padres de los niños recién nacidos de primer ingreso a la UCIN Segunda fase medición basal: Con un cuestionario semiestructurado Tercera fase: Se desarrolló la estrategia educativa para enfermeras pediatras Cuarta fase: evaluación de la relación de ayuda y la ansiedad	La relación de persona a persona que las enfermeras establecieron con los padres de niños hospitalizados en la UCIN en donde éstos manifestaron sus preocupaciones por el estado de salud y las condiciones de su hijo, además de sus necesidades de información mostraron una disminución significativa en la proporción de los padres con alto grado de ansiedad
Un nuevo enfoque en la atención al recién nacido enfermo. El rol de los padres Porta et al 2014	Metaanálisis.	22 artículos relacionados con el tema	Estudios apoya los beneficios de los CCD.	Buscadores con estas palabras clave: Prematuros. UCIN. Cuidados centrados en desarrollo. Neurodesarrollo	El modelo basado en los CCD no presenta riesgos, es recibido con entusiasmo por las familias, valorado positivamente por los profesionales implicados en el cuidado de prematuros y representa un enfoque ético a los cuidados médicos en la UCIN.
Percepciones de los padres. Relación con las normas de entrada a la unidad neonatal Pallás et al. 2007	Metaanálisis	34 artículos relacionados con el tema	Presencia de los padres en la UCIN.	Buscadores con estas palabras clave: prematuros, padres, UCIN, CCD, MC.	El sufrimiento de los padres es mucho menor en las unidades en las que se permite un estrecho contacto físico entre los padres y el hijo.

Título y autores, año de publicación	Tipo de estudio	Muestra y características de la muestra	Aspectos estudiados	Instrumentos utilizados	Resumen de los resultados
Efectos de un programa de alta precoz sobre las preocupaciones de los padres de niños prematuros Fernández et al 2015	Estudio descriptivo	23 padres y madres de niños nacidos pretérmino	Preocupaciones de los padres al alta domiciliaria, emociones tras el alta domiciliaria, cambios en la vida tras el alta domiciliaria. .	Entrevistas que se realizaron en la Unidad Neonatal durante los meses de junio de 2012 a febrero de 2013	La existencia de importantes preocupaciones relacionadas con las habilidades y el cuidado del hijo, y su futuro desarrollo asociado al diagnóstico de prematuridad. Las principales emociones fueron la tranquilidad acompañados de momentos de miedo y ansiedad por la evolución del hijo.
Estrés relacionado al cuidado: el impacto del cáncer infantil en la vida de los padres Alves et al 2013	Estudio descriptivo transversal	101 padres de niños con cáncer	El nivel de estrés de los padres de niños con cáncer e identificar correlaciones entre los datos sociodemográficos y los niveles de ansiedad.	Pediatric Inventory for Parents. (PIP) Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado	Los niveles mas altos de estrés y ansiedad se evidenciaron por padres jóvenes, de niños pequeños y con menos tiempo de diagnóstico. El miedo a la muerte y del impacto de la enfermedad en la vida del niño se consideraron los eventos más estresantes para los padres.
Coping with the Cancer Experience. Developing an Education and Support programme for Cancer Patients and their significant others. Patient Education Counseling Grahn G 1998	Ensayo de campo	149 parejas que estaban involucrados activamente en el desarrollo del programa de educación y apoyo.	Aprender no sólo sobre los procedimientos de enfermedad y tratamiento, sino también sobre el proceso de adaptación a vivir con la incertidumbre inherente a un diagnóstico de cáncer.	El programa, titulado Aprender a vivir con el cáncer.	Aumentar el conocimiento y facilitar los esfuerzos para hacer frente a la experiencia con el cáncer

Título y autores, año de publicación	Tipo de estudio	Muestra y características de la muestra	Aspectos estudiados	Instrumentos utilizados	Resumen de los resultados
La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo: Un aspecto más en la intervención sociofamiliar. Serradas et al 2003	Metaanálisis	17 artículos relacionados con el tema	El impacto de la enfermedad en la familia, la presencia de los padres en el hospital como, proponer algunas alternativas y/o soluciones dirigidas a paliar las influencias negativas de la enfermedad, resultados de una investigación realizada en el Servicio de Pediatría del Hospital Clínico Universitario de Salamanca (España)	Entrevista para Padres de Niños Hospitalizados , además se empleó el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo	El apoyo emocional a los padres de los niños hospitalizados, con el fin de transmitirles tranquilidad y apoyo, crear un clima de confianza, reducir el miedo y ansiedad, fomentando la expresión emocional y ayudándoles en la adaptación al proceso hospitalario, Ello se reflejará en una disminución en los niveles de ansiedad de los padres
El niño hospitalizado características, evaluación y tratamiento Palomo del Blanco et al 1999	Libro		Problemática de la hospitalización infantil. Estrés y contexto hospitalario. Evaluación de la experiencia de hospitalización infantil. Intervención en la hospitalización infantil		Formas de actuación dirigidas a padres, educadores y personal sanitario, a tener en cuenta previamente a la hospitalización del niño, antes de una operación quirúrgica y en la atención hospitalaria a la infancia.
Participación de los padres en los cuidados de la salud de niños hospitalizados Falleiros et al 2014	Ensayo de campo	660 padres/acompañantes, y 95 profesionales de la salud	“Experimentando los problemas del tratamiento”; “Temiendo la posibilidad de asustarse” y “Experimentando el descuido del otro”.	Cuestionario en un sobre cerrado a todos los que reunían los criterios de inclusión. STAI.	Los profesionales del área de la salud, con destaque para los de enfermería, reflexionen sobre sus acciones de cuidados orientadas a los padres de hijos con cáncer, reconociendo sus necesidades existenciales y objetivando auxiliarlos en su facticidad.

Título y autores, año de publicación	Tipo de estudio	Muestra y características de la muestra	Aspectos estudiados	Instrumentos utilizados	Resumen de los resultados
<p>Alteración emocional en atención primaria y urgencias pediátricas. ¿Se enfadan los padres durante la atención pediátrica?</p> <p>Fernández-Castillo et al</p> <p>2014</p>	<p>Estudio descriptivo</p>	<p>participaron un total de 1517 progenitores cuyos hijos habían sido atendidos en servicios de pediatría</p>	<p>Asociación significativa entre ansiedad y las diferentes dimensiones de ira consideradas, y también con el nivel de gravedad percibido por los padres en el estado de salud del menor</p>	<p>Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI)</p>	<p>Las alteraciones emocionales en contextos de atención sanitaria pediátrica deben ser prevenidas, detectadas cuando ocurren y atendidas de manera eficaz para evitar consecuencias negativas de diverso tipo.</p>