



ORIGINAL

Alteración emocional en atención primaria y urgencias pediátricas. ¿Se enfadan los padres durante la atención pediátrica?



Antonio Fernández-Castillo^{a,*} y María J. Vílchez-Lara^b

^a Universidad de Granada, Granada, España

^b Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Servicio Andaluz de Salud, Granada, España

Recibido el 27 de septiembre de 2013; aceptado el 7 de noviembre de 2014

Disponible en Internet el 1 de agosto de 2015

PALABRAS CLAVE

Ansiedad;
Ira;
Atención sanitaria
pediátrica;
Gravedad percibida

KEYWORDS

Anxiety;
Anger;
Paediatric health
care;
Perceived severity

Resumen En el presente trabajo nos proponemos estudiar la presencia de ansiedad e ira en atención pediátrica, explorando posibles diferencias entre atención primaria y urgencias pediátricas. Es objetivo adicional determinar cuáles de las variables estudiadas predicen en mayor grado ansiedad en la muestra de progenitores estudiados. En este estudio participaron un total de 1517 progenitores cuyos hijos habían sido atendidos en servicios de pediatría. El método se basa en un estudio descriptivo transversal mediante encuesta, donde los participantes contestaron el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI). Nuestros resultados indican una 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. De las dimensiones de ira consideradas, la expresión como sentimiento es la que más predice la presencia de ansiedad en los padres. 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.

© 2015 Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Emotional alteration in Primary Health Care and paediatric emergencies. Do parents get angry during paediatric care?

Abstract A study was conducted in order to determine the presence of anxiety and anger in paediatric health care, exploring possible differences between primary health care and paediatric emergencies. The study also sought to determine which of the variables studied better predict anxiety in the sample of parents studied. A total of 1.517 parents whose children had

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: afcastil@ugr.es (A. Fernández-Castillo).

been attended in paediatric department participated in this study. The method was based on a cross-sectional descriptive study using a questionnaire, where all the participants answered the State-Trait Anger Expression Inventory and the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. The results indicate a significant association between anxiety and both the considered dimensions of anger and the level of severity perceived by parents in the child's health status. From the anger dimensions considered, anger as a feeling is the most predictive expression of parental anxiety. Emotional alterations in paediatric health care settings should be prevented, detected when they occur, and effectively treated to avoid different negative consequences.

© 2015 Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Las alteraciones emocionales son estados transitorios usualmente debidos a situaciones percibidas por los individuos como amenazantes o de peligro. Entre las más frecuentes se encuentran la ansiedad, la ira o el estrés (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel, & Spielberger, 2001).

Por lo que concierne a la ira, diversos autores la han considerado como una emoción básica experimentada por el ser humano en situaciones de frustración o injusticia, diferenciándose entre la expresión y el control internos y externos de la misma (Miguel-Tobal et al., 2001). En el mismo sentido y siguiendo la línea del análisis de sus dimensiones y manifestaciones (Forgays, Spielberger, Ottaway, & Forgays, 1998; Miguel-Tobal et al., 2001; Siegman, Townsend, Blumenthal, Sorkin, & Civelek, 1998; Spielberger, 1985), para ser más específicos se han considerado 3 expresiones básicas de la ira: como sentimiento, verbal y física. De ellas, la primera hace referencia a la intensidad de los sentimientos de ira experimentados por una persona en un momento dado, mientras que la segunda hace referencia a expresiones en forma de agresividad verbal o comentarios que expresan irritación, indignación, cólera o enfado.

La tercera manifestación se fundamenta en expresiones físicas y motoras de ira y se relacionaría con la expresión de agresividad contra otros, contra sí mismo o contra el ambiente físico y sus elementos. Igualmente, desde hace tiempo y de forma similar a lo que ocurre con otras manifestaciones de alteración emocional, es frecuente diferenciar entre ira como rasgo de personalidad e ira asociada a situaciones específicas o ira-estado (Forgays et al., 1998).

Frecuentemente se ha asociado la aparición de ira con la presencia de otras alteraciones emocionales tales como ansiedad y estrés (Spielberger, 1985). De hecho, en estudios clásicos se ha encontrado que aunque la ira y la ansiedad suelen aparecer unidas, la ira suele predominar sobre la ansiedad cuando la persona cree que un ataque o una acción pueden mejorar claramente una situación en la que hay factores amenazantes (Berkowitz & Harmon-Jones, 2004; Lazarus, 1991). Igualmente, otros autores han señalado que la ansiedad puede asociarse a indignación e ira especialmente en ambientes y durante procesos de interacción social específicos, maximizándose cuando se da ausencia de conducta asertiva o un déficit en el control de emociones (Martin & Dahlen, 2005; Weber, Wiedig, Freyer, & Gralher, 2004).

Se ha encontrado evidencia también de que las personas con niveles relativamente más altos de ansiedad social presentan más emociones negativas y mayores niveles de ira tanto en situaciones de interacción social como en las de no interacción social (Kashdan & Collins, 2010), así como que la ansiedad podría moderar los efectos de la expresión de ira y enfado (Bocharov & Knyazev, 2011). Desde esta perspectiva, la persona percibiría un aspecto del contexto como claramente causante de la situación de alteración emocional, y además la ira sería en este caso un mecanismo de afrontamiento o de reducción de las condiciones amenazantes, de peligro o aversivas.

Los efectos de la ansiedad y otras alteraciones emocionales han sido estudiados extensamente en diferentes contextos específicos, entre los que se incluye el sanitario. En el ámbito de la atención a la salud, las alteraciones emocionales suponen un tema de interés, no solo por ser potencialmente negativas durante la interacción médico-paciente y nocivas por su incidencia en la recuperación de la salud, sino también por ser perniciosas durante los procesos de intervención sanitaria (Fernández-Castillo & López-Naranjo, 2006; Fernández-Castillo & Vílchez-Lara, 2011; Garzón, 2013; Moyano Díaz et al., 2011).

Debido a la asociación entre ansiedad e ira (Howell, Rice, Carmon, & Hauber, 2007), suele ser habitual que las relaciones interpersonales se vean en ocasiones deterioradas, por lo que llegar a situaciones de agresividad puede ser algo relativamente frecuente. De hecho, son significativos los estudios que se han centrado en la investigación de la agresividad y la violencia en el contexto sanitario sufrida por el personal que trabaja en estos ámbitos. Según diversos estudios sobre profesionales sanitarios, el personal de enfermería es especialmente vulnerable, y sobre todo los trabajadores de departamentos de emergencias, donde algunos investigadores han encontrado un 82% de personas agredidas verbalmente en alguna ocasión por pacientes o familiares (Zampieron, Galeazzo, Turra, & Buja, 2010).

Según Boz et al. (2006), un 88.6% de los trabajadores de emergencias sanitarias participantes en su estudio habían sufrido agresiones verbales en el último año, y un 49.4% violencia física. Otros estudios incluso han encontrado que un 30% del personal de departamentos de emergencias sanitarias podría sufrir agresiones casi a diario, siendo la más frecuente la agresión de tipo verbal (Ryan & Maguire, 2006).

De hecho, y según estos autores, entre un 81 y un 89% de los participantes habían sufrido agresiones verbales en el último mes. Sobre la atención sanitaria en general, algunas revisiones encuentran indicadores algo menos alarmantes, señalando por ejemplo un rango de entre un 15 y un 62% de profesionales los que habían sufrido abusos verbales en el último año (Forrest, Parker, Hegarty, & Tuschke, 2010). En algunos casos se ha apuntado que la agresividad puede deberse a variables como insuficientes medidas de seguridad o vulnerabilidad de los profesionales (Catlette, 2005), pero sin lugar a dudas la alteración emocional, el miedo, la ansiedad y la ira podrían ser variables claramente relacionadas, sobre todo en las interacciones con pacientes, familiares y visitas.

Aunque se ha evidenciado que una circunstancia de pérdida de salud se asocia a la aparición de alteraciones emocionales, y ello ha sido objeto de atención para los investigadores incluso en el contexto de atención pediátrica (Alparslan, Ucak, Serttas, & Akcay, 2011; Hofmann, Heering, Sawyer, & Asnaani, 2009; Szasz, Szentagotai, & Hofmann, 2011), no demasiados estudios han sondeado la asociación entre ira y ansiedad en este ámbito. Lo que sí parece fuera de toda duda es que una situación de pérdida de salud de un(a) hijo(a), asociada a otras circunstancias ambientales y sociales dentro de un contexto específico como es el de atención sanitaria, es habitualmente generadora de estrés y otras alteraciones emocionales, como por ejemplo miedo, ansiedad o ira, e incluso agresividad en este contexto (Fernández-Castillo & Vilchez-Lara, 2009, 2014; Stochel-Gaudyn, Składzień, Skalski, & Fyderek, 2013).

El incremento en dicha alteración emocional se asocia además a aspectos como la gravedad del paciente, la interacción y comunicación con el equipo sanitario, así como a otras características del contexto, la accesibilidad, etc. (Fernández-Castillo, López-Naranjo, & Vilchez-Lara, 2009; Fernández-Castillo, Vilchez-Lara, & López-Naranjo, 2013; Gudmundsdottir, Hornquist, & Boman, 2013). Estas mismas variables, posiblemente intensificadas por detonantes contextuales específicos, podrían asociarse de manera decidida a la estimulación de la ira (Berkowitz & Harmon-Jones, 2004); destacan entre ellas también la insatisfacción con la atención recibida (Fernández-Castillo & Vilchez-Lara, 2015; Fernández-Castillo, Vilchez-Lara, & Sada-Lázaro, 2011).

Específicamente las manifestaciones de la enfermedad en un(a) hijo(a), así como la gravedad de la misma, podrían ser variables que desempeñaran ese rol generador de alteración emocional (Fernández-Castillo & Vilchez-Lara, 2015; Gamell et al., 2011). Cuando consideramos precisamente la gravedad, podría ser relevante no tanto el diagnóstico clínico o la severidad reconocida por el profesional sanitario, sino la percepción y la valoración que el paciente o los familiares hacen de la situación, y que podría diferir de la opinión profesional (Fernández-Castillo & López-Naranjo, 2006; Fernández-Castillo & Vilchez-Lara, 2015; Rodriguez, Clough, Gowda, & Tucker, 2012).

Si todas estas asociaciones descritas durante los procesos de atención sanitaria y pediátrica son relevantes, todavía podrían ser más intensas en servicios de urgencias por ser este un ámbito especialmente sensible (Fein, Zempsky, & Cravero, 2012; Fernández-Castillo & López-Naranjo, 2006; Nager, Mahrer, & Gold, 2010).

Por tanto, aunque algunos estudios han descrito la presencia de alteraciones emocionales como ansiedad e ira en diferentes contextos de atención sanitaria, no son muchos los que han estudiado su presencia en atención pediátrica, y todavía menos en servicios de urgencias pediátricas. En el presente estudio nos proponemos en primer lugar analizar la asociación entre ansiedad, ira y gravedad percibida por los padres en sus hijos, en el contexto sanitario específico de atención pediátrica. En segundo lugar, se buscan posibles diferencias tanto en ira y ansiedad como en gravedad percibida, en función del tipo de contexto sanitario pediátrico, diferenciando entre atención primaria y urgencias. Por último, el tercer objetivo se centra en determinar cuáles de las variables estudiadas (tipologías de manifestaciones de ira y gravedad percibida) predicen en mayor grado el estado de ansiedad en la muestra de progenitores atendidos.

Método

Participantes

En este estudio participaron un total de 1517 padres de menores atendidos en servicios de pediatría de 13 centros sanitarios de las provincias de Granada, Almería, Jaén y Málaga. De ellos, 806 (53.1%) habían sido atendidos en atención primaria pediátrica y 711 (46.9%), en servicios de urgencias pediátricas.

Por lo que respecta a la muestra de padres, 489 (32.2%) eran hombres y 1028 (67.8%), mujeres. Sus edades estaban comprendidas entre 18 y 66 años ($M = 34.85$, $DT = 7.83$). Por lo que concierne al nivel de estudios parental, 164 progenitores (10.8%) informaban no tener estudios, 456 (30.1%) habían completado estudios primarios, 538 (35.5%) estudios medios y 359 (23.7%) habían finalizado estudios universitarios.

Por lo que respecta a los descendientes, 885 (58.3%) eran hijos y 632 (41.1.7%) hijas, y sus edades estaban comprendidas entre 0 y 17 años ($M = 5.31$, $DT = 3.89$).

Procedimiento

En primer lugar se procedió a contactar con las autoridades del Servicio Andaluz de Salud para solicitar autorización para recabar información en centros de salud de las provincias de Andalucía Oriental. Además se obtuvo autorización de los Comités de Investigación y Ética para el desarrollo de nuestra investigación.

La cumplimentación de los cuestionarios fue llevada a cabo por entrevistadores con experiencia, contratados por el equipo de investigación. Los evaluadores se personaban en los centros con los que habíamos contactado y procedían a solicitar la colaboración de los progenitores que se encontraban a la espera de ser atendidos en las consultas de pediatría.

Se informó a todos los padres sobre los objetivos generales de la investigación y el anonimato de su participación, solicitándose por tanto sinceridad en sus respuestas. Antes de la cumplimentación de los instrumentos de evaluación se les informó de la posibilidad de abandonar la investigación en el momento en que pudiesen considerarlo oportuno y se les solicitó la firma de un consentimiento informado.

Los cuestionarios se administraron individualmente, y por separado en los casos en que ambos progenitores quisieron participar.

La respuesta a los instrumentos de evaluación se llevó a cabo en la sala de espera de los centros de salud considerados o en la sala de espera de los servicios de urgencias, respectivamente.

Como criterios de inclusión se consideraron la participación voluntaria en el estudio, con la necesaria firma del consentimiento informado mencionado. Fueron criterios de exclusión cualquier circunstancia que impidiera, dificultara o aconsejara la no cumplimentación de los cuestionarios, tales como la imposibilidad de separarse del(a) hijo(a), nivel educativo inadecuado para la comprensión de los cuestionarios, pobre comprensión del idioma español o no firmar el consentimiento informado requerido.

Análisis de datos

El análisis de datos estuvo compuesto por un análisis descriptivo y de frecuencias, análisis de correlaciones (específicamente correlación de Pearson), comparación de medias y análisis de regresión lineal múltiple. En relación con los análisis estadísticos, todos fueron llevados a cabo con el programa SPSS, y en todos el nivel de significatividad asumido fue de $p < .05$.

Instrumentos

Datos sociodemográficos. 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 del(a) hijo(a) en el momento de acudir al servicio de salud en cuestión. Esta podía ser baja, media o alta gravedad percibida.

Para la evaluación del estado de ira se usó la subescala estado de ira del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2). Dicho inventario es la versión adaptada a la población española (Miguel-Tobal et al., 2001) del *State-Trait Anger Expression Inventory-2* de Spielberger (1996). El inventario permite obtener una valoración de la ira como estado y como rasgo, aparte de otros indicadores más complejos. La escala de estado, utilizada en este estudio, está compuesta por 15 ítems que, además de obtener un valor de ira-estado general, permiten la expresión de 3 componentes específicos: sentimiento de ira, expresión verbal y expresión física.

Cada ítem se estructura en formato de respuesta con 4 opciones: (a) *no en absoluto*; (b) *algo*; (c) *moderadamente*, y (d) *mucho*. El rango de puntuaciones que un sujeto puede obtener en la escala utilizada está entre 15 y 60. Los estudios normativos iniciales señalan una media de 18.15 ($DT=5.08$) para varones y 17.51 ($DT=5.00$) para mujeres, respectivamente. En el caso de las mujeres, una puntuación igual o inferior a 15 indica un nivel de ira-estado nulo. Puntuaciones entre 16 y 27 se corresponden con ira baja, entre 28 y 42 se correspondería con un nivel de ira moderado, y puntuaciones entre 43 y 60 indican un nivel de ira alto (Miguel-Tobal et al., 2001).

Para los varones, estas 4 valoraciones se estructuran como sigue: un nivel nulo se asocia a puntuaciones igual o

inferiores a 15; ira baja con puntuaciones entre 16 y 32; ira moderada asociada a puntuaciones de entre 33 y 40, y por último los niveles considerados elevados de ira se corresponden con puntuaciones igual o superiores a 41. También en estudios normativos la correlación entre el estado de ira y la ansiedad-estado ($r = .63$) es significativa (Miguel-Tobal et al., 2001).

Por otra parte, la correlación test-retest en el estudio de validación original alcanza un valor un tanto bajo (0.20) para la escala de ira-estado, explicable debido a que se trata por definición de un estado emocional cambiante en función de variables estimulares externas. Por lo que se refiere al alfa de Cronbach para la escala en el estudio de validación original de la versión española, este alcanzó un valor de 0.89, mientras que en nuestro caso el mismo indicador de consistencia interna fue de 0.84.

Para evaluar la variable ansiedad se usó la última versión española del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI) desarrollado por Spielberger, Gorsuch y Lushene (2002). Con 2 cuestionarios separados, el STAI fue diseñado para medir la ansiedad entendida como rasgo y como estado (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1983). Como se ha comentado, en este estudio solo se usó la forma diseñada para medir la ansiedad como estado, de cara a poder asociar dicha alteración emocional con la situación específica en que se encontraba cada participante.

El instrumento está compuesto por 20 ítems con 4 posibles opciones de respuesta, que oscilan desde 0 (*nada*) a 3 (*mucho*); por tanto, el rango de puntuación total posible es de 0 a 60, y 30 el valor que indica la tendencia general central.

La consistencia interna del instrumento en su versión española, según el estudio original, es alta. Así, según sus autores (Spielberger et al., 2002), el contraste Kuder-Richardson 20 (KR-20) estaba entre 0.90 y 0.93, y la fiabilidad según el procedimiento de 2 mitades fue de 0.94 para esta subescala. Su validez convergente con otras medidas de ansiedad es igualmente satisfactoria (Spielberger, 1977). Se trata además de un cuestionario altamente conocido y utilizado, tanto en muestras internacionales como nacionales, donde presenta unas excelentes propiedades psicométricas (Fonseca-Pedrero, Paino, Sierra-Baigrie, Lemos-Giráldez, & Muñiz, 2012). En nuestro estudio, la consistencia interna fue excelente (alfa de Cronbach = 0.89).

Resultados

Descriptivos

En relación con la gravedad percibida por los padres, 718 (47.3%) informaron percibir el estado de salud de su hijo(a) 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.

En relación con la ira, el valor medio de ira total expresado por la muestra fue de 19.66 ($SD=4.65$). Si tenemos en cuenta que la puntuación mínima en el cuestionario sería 15, la máxima 60, el valor central 37.5, o los criterios referenciados en la descripción del instrumento, la media de nuestros sujetos se encuentra en un nivel bajo de ira.

Tabla 1 Correlaciones entre ansiedad, las diversas expresiones de ira consideradas y el nivel de gravedad percibida en los hijos

	Ansiedad
Ira-Total	0.44**
Ira-Sentimiento	0.49**
Ira-Expresión física	0.14**
Ira-Expresión verbal	0.36**
Gravedad percibida	0.35**

** $p < .01$.

Por lo que concierne a la ansiedad, el valor medio expresado por la muestra fue de 43.11 ($SD=9.46$), lo que indica un valor promedio elevado de acuerdo con el indicador de centralidad ya comentado del instrumento.

Asociación de variables

En primer lugar se llevó a cabo un análisis de correlaciones bivariadas para determinar la posible asociación entre la expresión global de ansiedad por un lado y las diferentes dimensiones de ira consideradas. Igualmente se calculó la correlación entre ansiedad y la valoración de la gravedad en el estado de salud del(a) hijo(a) percibida por el padre/madre. Dichos resultados se detallan en la [tabla 1](#).

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

Diferencia de medias

En relación con el segundo de los objetivos de nuestro estudio, se desarrollaron varias pruebas *t* para muestras

Tabla 3 Análisis de regresión lineal múltiple: ansiedad, ira y gravedad percibida en la atención sanitaria infantil

Criterio	Predictores	Beta	<i>p</i>
Ansiedad	Ira-Sentimiento	0.381	.000
	Gravedad percibida	0.262	.000
	Ira-Expresión verbal	0.145	.000
	Ira-Expresión física	0.081	.001

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.

Como se puede observar en la [tabla 2](#), 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.

Análisis de regresión

En lo que concierne al tercero de nuestros objetivos, se desarrolló un análisis de regresión lineal en el que se consideró como criterio el nivel general de ansiedad y como variables predictoras los indicadores específicos de ira y la gravedad de la enfermedad percibida por los padres durante la atención sanitaria recibida.

Los resultados se resumen en la [tabla 3](#).

El modelo mostró unos buenos estadísticos ($F(4, 1512) = 176.27$, $p < .00$; $R = 0.56$, $R^2 = 0.32$, R^2 ajustada = 0.32, error estándar = 7.82), llegando a explicar el 32% de la variabilidad de la ansiedad general, de acuerdo con la R^2 corregida. Estos resultados indican que todos los

Tabla 2 Diferencias en alteración emocional y gravedad percibida según tipo de servicio de salud (Atención pediátrica primaria/Servicios de urgencias pediátricos)

Variable	Servicio de salud	n	Media (DT)	Error estándar	T-test
Ansiedad	Atención primaria	806	42.37 (8.93)	0.31	$t(1516) = 3.25$ $p = .00$
	Servicios de Urgencias	711	43.95 (9.97)	0.37	
Ira-Total	Atención primaria	806	19.46 (4.71)	0.17	$t(1516) = 1.1.77$ $p = .08$
	Servicios de Urgencias	711	19.89 (4.57)	0.17	
Ira-Sentimiento	Atención primaria	806	7.18 (2.17)	0.08	$t(1516) = 4.88$ $p = .00$
	Servicios de Urgencias	711	7.78 (2.58)	0.10	
Ira-Expresión física	Atención primaria	806	5.92 (1.1.42)	0.05	$t(1516) = 1.1.66$ $p = .10$
	Servicios de Urgencias	711	5.81 (1.1.20)	0.04	
Ira-Expresión verbal	Atención primaria	806	6.36 (2.05)	0.07	$t(1516) = .65$ $p = .51$
	Servicios de Urgencias	711	6.29 (1.1.85)	0.07	
Gravedad percibida	Atención primaria	806	1.54 (0.62)	0.02	$t(1516) = 5.71$ $p = .00$
	Servicios de Urgencias	711	1.73 (0.68)	0.03	

predictores introducidos en el modelo presentan poder predictivo sobre la ansiedad de los progenitores en estas situaciones. De todas las variables consideradas, la ira como sentimiento, seguida de la percepción de gravedad en el/la hijo(a), son las variables que alcanzan mayores niveles de beta.

Discusión

En el presente estudio nos proponíamos estudiar la presencia de ansiedad e ira en la atención pediátrica en diferentes centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud. Los resultados iniciales han mostrado diversas cuestiones de gran interés. En primer lugar destaca un resultado esperable en base a la evidencia existente, como es la asociación significativa entre ansiedad e ira. Diversos estudios, y desde hace tiempo, ya habían encontrado esta relación (Howell et al., 2007; Spielberger, 1985), aunque todavía no había sido específicamente evidenciada en el contexto de atención pediátrica y concretamente en padres de pacientes atendidos tanto en atención primaria como de urgencias. Tanto la expresión global de ira como las diferentes dimensiones consideradas se han visto relacionadas positivamente con la presencia de ansiedad en los contextos estudiados.

Este resultado es, por otra parte, no solo coherente con la investigación y la evidencia existente, sino esperable teniendo en cuenta que un contexto de urgencia sanitaria es en definitiva un ambiente generador de ansiedad. Adicionalmente, se consideró en nuestro estudio la valoración parental de la gravedad percibida en el/la hijo(a), en lugar de otros indicadores más clínicos o sanitarios tales como el diagnóstico o la valoración médica de la gravedad; esta variable resultó de alto interés a lo largo de nuestra investigación. Inicialmente encontramos una asociación significativa y positiva con la ansiedad durante la atención primaria, tal y como habría sido de esperar.

Un segundo grupo de resultados se relaciona con el objetivo planteado de buscar diferencias entre los 2 contextos sanitarios considerados: atención primaria pediátrica y servicios de urgencias pediátricas. En este sentido los resultados han sido dispares y altamente interesantes de nuevo. En primer lugar destaca la existencia de mayores niveles de ansiedad en urgencias pediátricas que en atención primaria, dato por otra parte comprensible si tenemos en cuenta que generalmente cuando los padres acuden a urgencias pediátricas suele deberse a la presencia de un problema de salud en el menor de mayor envergadura o donde la gravedad percibida por los padres también es mayor, tal y como indica el último resultado de la [tabla 2](#) referido a la gravedad percibida.

Aunque este resultado es rotundo y esperable, en relación con la ira, los resultados no son tan uniformes. Así, los datos han mostrado que no existen diferencias en ira, enfado o irritabilidad general entre las 2 situaciones de atención sanitaria pediátrica consideradas. Cuando se toman en consideración las dimensiones específicas de ira, tampoco resultan significativas las posibles diferencias entre atención primaria y urgencias en relación con las expresiones de ira física e ira verbal. No obstante, los resultados llamaron nuestra atención en relación con la presencia relevante

de ira como sentimiento. Esta variable sí difiere, y alcanza niveles significativamente mayores en los servicios de urgencias pediátricas que en los servicios de atención primaria pediátrica.

Para explorar qué dimensiones de ira de las consideradas podría predecir ansiedad, se desarrolló el último de nuestros objetivos, en el que nos planteábamos conocer esa relación predictiva tomando en cuenta la gravedad percibida en la muestra global. Los resultados confirman la tendencia de los anteriores, mostrando que en efecto todas las variables consideradas explican la alteración emocional. El modelo presenta una potencia moderada a tenor del valor encontrado en la R^2 ajustada. De todas las variables consideradas, la ira como sentimiento alcanza un valor beta mayor, por lo que entendemos que presenta un poder predictivo mayor, siendo la expresión física de ira la que muestra un poder predictivo menor.

Podemos considerar por tanto que, a pesar de que se considere relativamente frecuente la presencia de ira en contextos sanitarios, tanto en sus manifestaciones verbales como físicas (Forrest et al., 2010; Ryan & Maguire, 2006; Zampieron et al., 2010), nuestros resultados no la confirman en su totalidad, y que incluso no existen mayores niveles de ira en estas expresiones en urgencias que en atención primaria. Las expresiones de agresividad verbal y/o física encontradas en urgencias no son en nuestro caso superiores a las encontradas en atención primaria. Objetivo diferente podría ser intentar buscar qué otras variables, independientemente de la gravedad percibida o asociada a la enfermedad o situación infantil en ese contexto, podrían predecir la aparición de ira y ansiedad en el contexto de urgencias, que es como hemos visto el ámbito donde la alteración emocional es significativamente mayor.

Podemos comentar, en relación con la línea de resultados, que aunque la ira puede ser entendida como un mecanismo de afrontamiento e incluso de amortiguación de la alteración emocional, sobre todo en su expresión verbal y física, su presencia en estas manifestaciones no es más frecuente en urgencias, donde la alteración emocional es claramente mayor, que en atención primaria. Lo que no quiere decir que los padres no estén manifestando enfado e irritación como sentimiento. Posiblemente en un contexto como el sanitario la fuente de alteración emocional fundamental podría ser el estado de salud del menor, y en este sentido, las manifestaciones de irritación, indignación, exasperación —o en definitiva ira en su forma verbal y física— no se entienden como mecanismos eficaces de afrontamiento o reducción de la alteración emocional debida a amenaza, peligro, etc.

Habrían sido de esperar mayores niveles de cólera, irritabilidad, enfurecimiento, enfado y en definitiva ira en las expresiones verbal y física en urgencias pediátricas en comparación con los servicios de atención primaria, teniendo en cuenta la mayor presencia de ansiedad en dicho contexto y a tenor de los estudios que han encontrado altos indicios de agresividad física y verbal en otros servicios de urgencias sanitarias (Forrest et al., 2010; Zampieron et al., 2010). Posiblemente nuestros resultados, que parecen apuntar en la dirección opuesta, puedan explicarse por las circunstancias específicas que se dan en la atención pediátrica y por otras variables que quedan fuera de esta investigación y que futuros estudios habrán de abordar.

Para concluir, señalar que dada la evidente presencia de alteración emocional en contextos de atención sanitaria, y sobre todo en urgencias pediátricas, no deben descartarse medidas específicas de atención y abordaje (Fernández-Castillo & López-Naranjo, 2006; Nager et al., 2010; Vázquez et al., 2014). Aunque generalmente se entienden como situaciones de alteración emocional puntual y que no precisan una intervención formal prolongada, no por ello han de quedar sin atención; los profesionales sanitarios deben estar alerta y con la predisposición de atenuar dichas situaciones en la medida de lo posible.

Financiación

Este estudio es parte de un proyecto de investigación subvencionado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Código: 0142/08. (La entidad subvencionadora no ha tomado parte ni ha influenciado de ningún modo el diseño del estudio, los análisis de datos, la interpretación de los resultados, la redacción de este trabajo ni la decisión de someter este estudio a la consideración de esta revista. Los autores han trabajado con total independencia de la entidad que concedió la subvención.)

Referencias

- Alparslan, G. B., Ucar, H., Serttas, M., & Akcay, P. (2011). The effect of coloring book for children with leukemia and their families on parent anxiety. *Turkiye Klinikleri Tip Bilimleri Dergisi*, 31, 1401–1409.
- Berkowitz, L. & Harmon-Jones, E. (2004). Toward an understanding of the determinants of anger. *Emotion*, 4, 107–130.
- Bocharov, A. V. & Knyazev, G. G. (2011). Interaction of anger with anxiety and responses to emotional facial expressions. *Personality and Individual Differences*, 50, 398–403.
- Boz, B., Acar, K., Ergin, A., Erdur, B., Kurtulus, A., Turkcu, I., et al. (2006). Violence toward health care workers in emergency departments in Denizli, Turkey. *Advances in Therapy*, 23, 364–369.
- Catlette, M. (2005). A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers. *Journal of Emergency Nursing*, 31, 519–525.
- Fein, J. A., Zempsky, W. T., & Cravero, J. P. (2012). Relief of pain and anxiety in pediatric patients in emergency medical systems. *Pediatrics*, 130, E1391–E1405.
- Fernández-Castillo, A. & López-Naranjo, I. (2006). Estrés parental en la hospitalización infantil. *Ansiedad y Estrés*, 12, 1–7.
- Fernández-Castillo, A. & Vilchez-Lara, M. J. (2009). Opinión profesional sobre la hospitalización infantil de inmigrantes de origen latinoamericano en Andalucía, España. *Revista de Salud Pública*, 11, 336–346.
- Fernández-Castillo, A. & Vilchez-Lara, M. J. (2011). Family adaptability, cohesion and anxiety during pediatric hospitalization: Differences between populations of immigrant and non-immigrant origin. *Journal of Comparative Family Studies*, 42, 891–901.
- Fernández-Castillo, A. & Vilchez-Lara, M. J. (2014). Anxiety and parent's beliefs about medication in primary pediatric health care. *Clínica y Salud*, 25, 117–122.
- Fernández-Castillo, A. & Vilchez-Lara, M. J. (2015). Factors related to dissatisfaction and anger in parents of children treated at paediatric emergency services. *Anales de Pediatría*, 82, 12–18.
- Fernández-Castillo, A., López-Naranjo, I., & Vilchez-Lara, M. J. (2009). Alteraciones emocionales y hospitalización infantil: contagio emocional entre padres e hijos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 62, 253–264.
- Fernández-Castillo, A., Vilchez-Lara, M. J., & López-Naranjo, I. (2013). Parental stress and satisfaction during children's hospitalization: Differences between immigrant and autochthonous population. *Stress and Health*, 29, 22–30.
- Fernández-Castillo, A., Vilchez-Lara, M. J., & Sada-Lázaro, E. (2011). Satisfaction with hospitalization scale: Adaptation and psychometric properties. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20, 383–400.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S., & Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del «Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo» (STAI) en universitarios. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20, 547–561.
- Forgays, D. K., Spielberger, C. D., Ottaway, S. A., & Forgays, D. G. (1998). Factor structure of the State-Trait Anger Expression Inventory for middle-aged men and women. *Assessment*, 5, 141–155.
- Forrest, L., Parker, R., Hegarty, K., & Tuschke, H. (2010). Patient initiated aggression and violence in Australian general practice. *Australian Family Physician*, 39, 323–326.
- Gamell, A., Corniero, P., Palazon, P., Parra, C., Trenchs, V., & Luaces, C. (2011). Parental presence during invasive procedures in a Spanish pediatric emergency department: incidence, perspectives, and related anxiety. *European Journal of Emergency Medicine*, 18, 202–207.
- Garzón, A. (2013). Transformaciones y nuevas perspectivas profesionales y académicas de la Psicología de la Salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45, 241–252.
- Gudmundsdottir, E., Hornquist, L., & Boman, K. K. (2013). Psychological outcomes in Swedish and Icelandic parents following a child's cancer-in the light of site-related differences. *Supportive Care in Cancer*, 21, 1637–1645.
- Hofmann, S. G., Heering, S., Sawyer, A. T., & Asnaani, A. (2009). How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 389–394.
- Howell, C. C., Rice, M. H., Carmon, M., & Hauber, R. P. (2007). The relationships among anxiety, anger, and blood pressure in children. *Applied Nursing Research*, 20, 17–23.
- Kashdan, T. B. & Collins, R. L. (2010). Social anxiety and the experience of positive emotion and anger in every day life: An ecological momentary assessment approach. *Anxiety, Stress & Coping*, 23, 259–272.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York, NY: Oxford University Press.
- Martin, R. C. & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*, 39, 1249–1260.
- Miguel-Tobal, J. J., Casado, M. I., Cano-Vindel, A., & Spielberger, C. D. (2001). *Manual del inventario de expresión de ira estado-rasgo (STAXI-2)*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Moyano Díaz, E., Icaza, G., Mujica, V., Núñez, L., Leiva, E., Vázquez, M., et al. (2011). Patrón de comportamiento tipo A, ira y enfermedades cardiovasculares (ECV) en población urbana chilena. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43, 443–453.
- Nager, A. L., Mahrer, N. E., & Gold, J. I. (2010). State trait anxiety in the emergency department. *Pediatric Emergency Care*, 26, 897–901.
- Rodríguez, C. M., Clough, V., Gowda, A. S., & Tucker, M. C. (2012). Multimethod assessment of children's distress during noninvasive outpatient medical procedures: Child and parent attitudes and factors. *Journal of Pediatric Psychology*, 37, 557–566.
- Ryan, D. & Maguire, J. (2006). Aggression and violence — a problem in Irish accident and emergency departments? *Journal of Nursing Management*, 14, 106–115.

- Siegman, A. W., Townsend, S. T., Blumenthal, R. S., Sorkin, I. J. D., & Civelek, A. C. (1998). Dimension of anger and CHD in men and women: Self-ratings versus spouse ratings. *Journal of Behavioral Medicine, 21*, 315–336.
- Spielberger, C. D. (1977). *Test Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D. (1985). Assessment of state and trait anxiety: Conceptual and methodological issues. *The Southern Psychologist, 2*, 6–16.
- Spielberger, C. D. (1996). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1983). *State-Trait Anxiety Inventory*. San Francisco, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (2002). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid, España: TEA.
- Stochel-Gaudyn, A., Składzien, T., Skalski, J. H., & Fyderek, K. (2013). The emotional reactions of parents to the hospitalization and conservative treatment of children after cardiac surgery in comparison to the parents of children treated for acute infection. *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska, 10*, 27–30.
- Szasz, P. L., Szentagotai, A., & Hofmann, S. G. (2011). The effect of emotion regulation strategies on anger. *Behaviour Research and Therapy, 49*, 114–119.
- Vázquez, F. L., Hermida, E., Díaz, O., Torres, A., Otero, P., & Blanco, V. (2014). Intervenciones psicológicas para cuidadores con síntomas depresivos: revisión sistemática y metanálisis. *Revista Latinoamericana de Psicología, 46*, 178–188.
- Weber, H., Wiedig, M., Freyer, J., & Gralher, J. (2004). Social anxiety and anger regulation. *European Journal of Personality, 18*, 573–590.
- Zampieron, A., Galeazzo, M., Turra, S., & Buja, A. (2010). Perceived aggression towards nurses: Study in two Italian health institutions. *Journal of Clinical Nursing, 19*, 2329–2341.