



# Ansiedad en niños y cuidadores que acuden a un servicio de urgencias pediátricas hospitalarias

Alejandra González Anido<sup>a</sup>, Lucía Pérez Cabeza<sup>b</sup>, Leire Erkoreka González<sup>b</sup>,  
Zuria Alonso Ganuza<sup>b</sup>, María Azcarraga Orbe<sup>c</sup>, Rubén de Pedro Ullate<sup>c</sup>,  
Rita Touza Piñeiro<sup>d</sup>, Reda Rahmani<sup>b</sup>, Nora Olazábal Eizaguirre<sup>b</sup>, Cristina León Álvarez<sup>a</sup>.

a. Psicóloga interno residente; b. MIR especialista en psiquiatría;

c. Psiquiatra adjunto; d. Psicóloga clínica.

S<sup>o</sup> de Psiquiatría. Hospital de Basurto. Bilbao

## RESUMEN

**Introducción:** La ansiedad, que en su origen tiene una función adaptativa, es una reacción emocional ante una situación que pone en peligro la integridad del individuo, sea esta amenaza real o no.

Partiendo de la hipótesis de que acudir a un servicio de urgencia puede ser secundario a niveles elevados de ansiedad basal en los padres, proponemos un estudio en el que medimos la ansiedad estado y rasgo tanto de los niños como del progenitor y otros factores que pudieran influir en la frecuentación a este servicio.

**Objetivos:** Determinar los niveles de ansiedad en los niños y acompañantes que demandan atención sanitaria en un servicio de urgencias hospitalarias, así como correlacionar otras variables que puedan influir o se asocian a los niveles de ansiedad de los mismos.

**Material y métodos:** Se realiza entrevista individual a todos los niños entre 9 y 14 años y sus acompañantes, tras ser atendidos en el servicio de urgencias de pediatría y traumatología en horario de tarde. Se obtiene una muestra compuesta de un total de 105 casos. Además del cuestionario socio-demográfico, se aplican el Cuestionario de Autoevaluación ansiedad estado-rasgo en niños (STAIC) y el Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI) de adultos a los acompañantes.

**Resultados:** No se han hallado niveles elevados de ansiedad estadísticamente significativos ni en los niños ni en sus cuidadores durante su paso por la urgencia ni en ansiedad-rasgo ni en ansiedad-estado.

Un nivel de ansiedad elevado como rasgo de personalidad, no está relacionado con la visita a urgencias ni en los niños ni en sus cuidadores ante situaciones de no urgencia. Ni tampoco se encuentra un nivel de ansiedad-estado elevado que justifique la visita al servicio de urgencia debido a una situación percibida como urgente.

**Conclusión:** Ninguna de las variables estudiadas ha demostrado una relación estadísticamente significativa con niveles elevados de ansiedad ni en los niños ni en sus cuidadores cuando acuden a un servicio de urgencias.

**Palabras clave:** Niños, cuidadores, ansiedad, urgencias.



## Anxiety among children and carers in a hospital emergency service of pediatrics

### ABSTRACT

**Introduction:** Anxiety, which originally has got an adaptive function, is an emotional reaction to a situation considered dangerous by the individual, either it is a real situation or not.

Based on the hypothesis that going to an Emergency Service can be a consequence of high levels of anxiety in children or their parents, we design a study to measure the levels of state and trait anxiety both in the children and their parents, as well as other factors that could have an influence on it.

**Objectives:** To determine the levels of anxiety in the children and their carers demanding assistance in an Emergency Service, as well as to correlation other variables that could be influencing on their anxiety levels.

**Material and Methods:** An individual interview to all the children between 9 and 14 years old and their carers was held, after they had been assisted in the Emergency Services of Pediatrics and Traumatology. A total sample of 105 children was obtained. Besides the sociodemographic questionnaire, the State–Trait Anxiety Inventory for Children (STAI–C) was also applied among the children. The State–Trait Inventory (STAI) was used among the adults.

**Results:** There haven't been found statistically significant high state or trait levels of anxiety neither in the children nor in their carers when demanding assistance in an Emergency Service.

A high anxiety level as a personality trait in children or their carers was not associated with a non-urgent consultation in our sample. A high state–anxiety was neither found.

**Discussion:** In our sample, none of the studied variables was found to have a statistically significant association with high state or trait anxiety levels among children and their carers, who are demanding assistance in an Emergency Service.

**Key words:** Children, carers, anxiety, emergency.

### Introducción

La ansiedad es un estado de angustia y desasosiego producido por temor ante una amenaza o peligro. La ansiedad es una reacción emocional implicada en los procesos de adaptación ante eventos adversos o peligros reales o imaginarios, que prepara al organismo para reaccionar ante esa situación de peligro o amenaza dirigida contra su cuerpo o modo de vida. Esta reacción se caracteriza por alteraciones a nivel fisiológico, cognitivo y/o motor. Desde esta perspectiva, la existencia de respuestas de ansiedad es más signo de salud que una señal de enfermedad.

Existe un nivel de ansiedad que se considera normal e incluso útil, se le denomina umbral emocional. Sin embargo, cuando la ansiedad supera ciertos límites, nos encontramos ante la ansiedad patológica que supone una merma de la calidad de vida, siendo un punto de partida para el desarrollo de trastornos por ansiedad. Puede afectar a personas de todas las edades y sobre todo a aquellas que están sometidas a una tensión constante.

La ansiedad tiene dos formas de ser medida, una es la *Ansiedad Rasgo* que se define como



la disposición conductual adquirida que posee el individuo ante el estímulo ansioso, que le predispone a percibir un amplio rango de circunstancias objetivamente no peligrosas como amenazantes, y responder a ellas, con una ansiedad desproporcionada en intensidad o magnitud, al peligro objetivo. Y *Ansiedad Estado* que se define como el estado emocional transitorio del organismo como respuesta ante el estímulo que se caracteriza por presentar sentimientos de tensión, debido a un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Se presentan interacciones entre el factor riesgo (permanente) de la personalidad y la aparición del factor estado (situacional y temporal); un alto nivel de ansiedad-rasgo predispone generalmente a los individuos a tener niveles elevados de ansiedad-estado en situaciones percibidas como estresantes y amenazadoras.

Desde la edad temprana existen angustias y reacciones de miedo hacia un suceso temible, aunque mal definido, expresado a través de síntomas físicos o psíquicos que tienen una función defensiva ante la experiencia de amenaza. Estos miedos son expresión de su proceso de maduración emocional, social e intelectual, y van quedando atrás al superarse cada etapa. Cuando, por el contrario, estos temores evolucionan de modo diferente, ya sea por una excesiva persistencia en el tiempo, por su intensidad, o por las situaciones a las que se asocian, es posible que resulten patológicos y que pasen a formar parte o a desencadenar un Trastorno de Ansiedad.

Como vemos, existen miedos evolutivos normales y esenciales para el desarrollo psicológico sano infantil. Los aportes genéticos y el contexto ambiental determinarán que estos miedos evolutivos normales constituyan un estadio en el desarrollo psicológico o se transformen en trastornos de ansiedad infantiles. Respecto al contexto ambiental, la vivencia transmitida por el adulto que acompaña al niño influirá de forma importante para que la respuesta de ansiedad se constituya en normal o

patológica. Si el adulto permite al niño expresar la ansiedad, y considera natural que tenga miedo, permitirá crear un contexto propicio para la desaparición del temor original. Por tanto, es imprescindible considerar la interpretación que los padres y los adultos significativos para el niño hagan de la ansiedad, ya que influirá como modelo de imitación para la planificación de la conducta futura del niño. Unos padres con miedos y preocupaciones desproporcionados sobre situaciones cotidianas, presentarán a su hijo, a través del vínculo, su particular interpretación del mundo como un lugar peligroso, frente al que es conveniente desarrollar conductas defensivas.

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los más comunes de los problemas mentales, emocionales y de comportamiento que se presentan en la niñez y en la adolescencia. Aproximadamente, 13 de cada 100 niños y adolescentes de entre 9 y 17 años experimentan algún tipo de trastorno de ansiedad. Las niñas se ven más afectadas por el problema que los niños y cerca de la mitad de los niños y adolescentes con estos trastornos padecen un segundo trastorno de ansiedad u otro trastorno mental o de comportamiento, como la depresión. Además, los trastornos de ansiedad pueden coexistir con trastornos de salud físicos que necesitan tratamiento. Puede manifestarse de muchas formas, como el trastorno de ansiedad por separación, la fobia social o el trastorno de ansiedad generalizada.

Los padecimientos físicos pueden percibirse de manera amenazante y generar respuestas ansiosas llevando a consultar en servicios hospitalarios de urgencia por patología no urgente. Las emociones y la salud física se relacionan íntimamente, ante un padecimiento físico, el individuo se encuentra emocionalmente frágil porque nuestro bienestar mental se basa, en parte, en la ilusión de invulnerabilidad. La enfermedad ataca la premisa de que nuestro mundo privado está a salvo y seguro. De pronto nos sentimos débiles, impotentes y vulnerables. La



emoción más típica cuando estamos enfermos es el miedo y la ansiedad. Así ante un padecimiento físico, percibido de manera amenazante, se pueden generar respuestas ansiosas llevando a consultar en servicios hospitalarios de urgencia por patología no urgente.

La morbilidad es el factor que más influye en la utilización de los servicios de urgencias pediátricas, no obstante, el carácter urgente no sólo se explica por la patología. Se han estudiado otros factores que pudieran influir en la demanda de atención urgente, pero no se conoce exactamente cómo y en qué grado cada uno de ellos modifica la utilización<sup>(2,4)</sup> y tampoco ha sido posible identificarlos todos<sup>(1,3,5,6,7)</sup>. En la edad adulta, algunas características de los individuos se han relacionado con el nivel de demanda<sup>(4,6,8,9)</sup>. También el malestar psíquico se ha implicado en la demanda de una mayor atención médica urgente<sup>(9,10)</sup>. Pese a que los patrones de uso de los adultos pueden no ser válidos en edad infantil, dado que los niños no tienen capacidad para decidir cuándo acudir a Urgencias, las variables psicológicas de los padres pudieran ser un factor importante a tener en cuenta.

En diversos estudios, las madres han sido el eje de muchas investigaciones que las han considerado factores determinantes en la utilización de los servicios sanitarios. La percepción que ellas tienen del grado de vulnerabilidad ante la enfermedad se ha mostrado predictora de la utilización de los servicios pediátricos<sup>(11)</sup>. Las creencias y percepciones maternas sobre la salud pueden resultar determinantes, al influir en la posterior utilización de los servicios por parte de los hijos cuando alcancen la edad adulta<sup>(10,12)</sup>.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Objetivos

Se realiza un estudio observacional, prospectivo y longitudinal con la intención de conocer el nivel de ansiedad en niños y sus cuidadores, partiendo de las siguientes hipótesis:

- Un servicio de urgencias puede ser percibido como una amenaza que incrementa los niveles de ansiedad.
- Los niveles de ansiedad en cuidadores influyen en el nivel de ansiedad de los niños.
- Otras variables pueden influir en el modo de respuesta al estrés de los niños.

### Ámbito y selección de pacientes

Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital de Basurto, en Bilbao, donde se atienden niños de 0 a 15 años en la Comarca de Bilbao. Así mismo, niños de la misma franja de edad, atendidos en el Servicio de Urgencias de Traumatología de dicho hospital.

Se realiza el reclutamiento de los pacientes durante tres meses, los días laborables en horario de tarde y se obtiene una muestra de 120 niños (71 niños y 35 niñas) de edades comprendidas entre 9 y 14 años y los correspondientes cuidadores (mayores de 18 años) de los cuales el 76% fueron las madres y el 11 % los padres de los pacientes. La patología por la que consultaron los pacientes de nuestra muestra era aquella que pudo ser dada de alta en el día, que no precisó hospitalización posterior. Los principales diagnósticos fueron dolor abdominal y cefalea en las urgencias pediátricas, así como contusiones y heridas inciso-contusas en las urgencias traumatológicas. De la muestra seleccionada se excluyeron 14 por encuestas incompletas.

### Diseño

La recogida de datos se realiza en el servicio de urgencias una vez que los pacientes fueron dados de alta médica y previo consentimiento informado de sus cuidadores. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico e historial médico con el fin de obtener datos epidemiológicos y sanitarios como: edad, sexo, estructura familiar (situación civil de los padres, número de hermanos y posición en la fratría), situación laboral de los padres, origen y antecedentes psiquiátricos (niños y cuidadores), que pudieran ser variables relacionadas con nuestro objetivo.



Para evaluar la ansiedad se utilizó como instrumento de medición autoaplicado el cuestionario STAI (State Trait Anxiety Inventory)<sup>(13)</sup> en su versión española IDARE (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo) tanto a los niños (STAI-C), como a sus cuidadores (STAI). Este cuestionario está constituido por dos escalas de 20 ítems cada una, que se utilizan para medir las dos dimensiones de la ansiedad: 1) La Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) es una propensión ansiosa relativamente estable. En la que se pide a los individuos describir como se sienten generalmente y 2) La Ansiedad-Estado (A-Estado) que se entiende como una condición emocional transitoria y en la que deben indicar como se sienten en el momento de rellenar el cuestionario.

Ubicándose en una escala tipo likert de 4 puntos para adultos y de 3 puntos para niños. La puntuación total en cada uno de los conceptos oscila entre 0 y 60 puntos. No existen puntos de corte propuestos, sino que las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en centiles en función de la edad y el sexo. Después de una búsqueda bibliográfica acordamos considerar como punto de corte para valorar estado de ansiedad elevado los percentiles superiores a 85<sup>(14-16)</sup>.

La diferenciación de nuestra variable urgencia real o no, fue tomada según el criterio médico del especialista responsable de cada caso que evaluaba la presencia o no de datos objetivos de patología urgente.

**Tabla 1. Descripción de la muestra.**

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Hombre	71	67 %
	Mujer	35	33 %
<b>Total</b>		106	100 %
<b>Acompañante</b>	Padre	12	11 %
	Madre	81	76 %
	Ambas	6	5,70 %
	Otros	7	6,60 %
<b>Total</b>		106	100 %
<b>Estado civil padres</b>	Casado	76	71,70 %
	Soltero	5	4,70 %
	Separado	21	19,80 %
	Pareja sin formalizar	4	3,80 %
<b>Total</b>		106	100 %
<b>Situación laboral</b>	Con trabajo	93	87,70 %
	Sin trabajo	13	12,30 %
<b>Total</b>		106	100 %
<b>Hermanos/as</b>	Hijo único	35	33 %
	Hijo mayor	29	27,30 %
	Hijo mediano	13	12,26 %
<b>Total</b>		106	100 %
<b>Atc psiquiátricos niños/as</b>	Si	26	24,50 %
	No	80	75,50 %
<b>Total</b>		106	100 %
<b>Atc psiquiátricos padres</b>	Si	23	21,70 %
	No	83	78,30 %
<b>Total</b>		106	100 %
<b>Origen familiar</b>	Nacional	88	83 %
	Inmigrante	18	17 %
<b>Total</b>		106	100 %
<b>Tipo urgencia</b>	Traumatológica	41	38,70 %
	Pediátrica	65	61,30 %
<b>Total</b>		106	100 %
<b>Urgencia real</b>	Si	37	34,90 %
	No	69	65,10 %
<b>Total</b>		106	100 %



### Procesamiento y análisis estadístico

Todo el estudio estadístico fue desarrollado con el programa SPSS® versión 16.0 para Windows®.

Se utilizó la prueba de Chi cuadrado de Pearson para las variables categóricas, la T de Student para la comparación de medias de edad y la prueba ANOVA para variables con más de dos medias, considerándose resultados significativos cuando  $p < 0.05$ .

## RESULTADOS

En la muestra de pacientes y cuidadores que hemos estudiado cabe destacar que no se han hallado niveles elevados de ansiedad estadísticamente significativos durante su paso por la urgencia ni en ansiedad-rasgo ni en ansiedad-estado.

**Tabla 2. Resultados.**

		Estadísticos			
		STAI-C rasgo	STAI-C estado	STAI rasgo	STAI estado
<b>N</b>	<b>Válidos</b>	105	106	105	106
	<b>Media</b>	43,56	54,76	55,70	55,92
	<b>Mediana</b>	40,00	60,00	50,00	50,00
	<b>Desv. típ.</b>	31,556	32,764	15,235	16,560
	<b>Mínimo</b>	1	1	40	10
	<b>Máximo</b>	99	99	90	99

**STAI-C rasgo**

Gráfico 1.  
Distribución ansiedad-rasgo en niños.

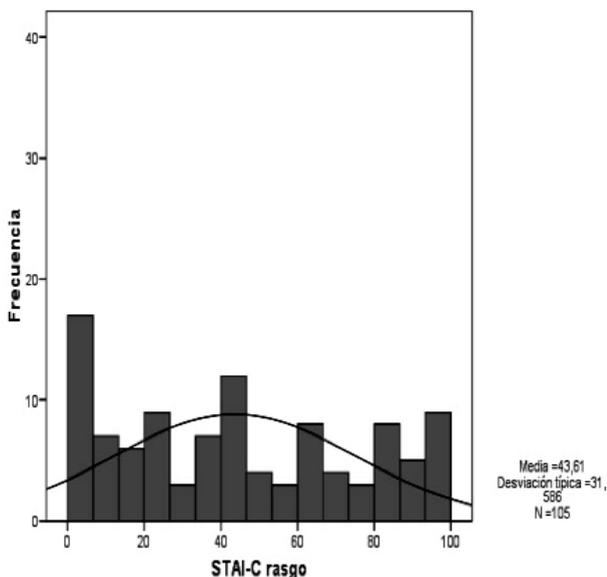


Gráfico 2.  
Distribución ansiedad–estado en niños.

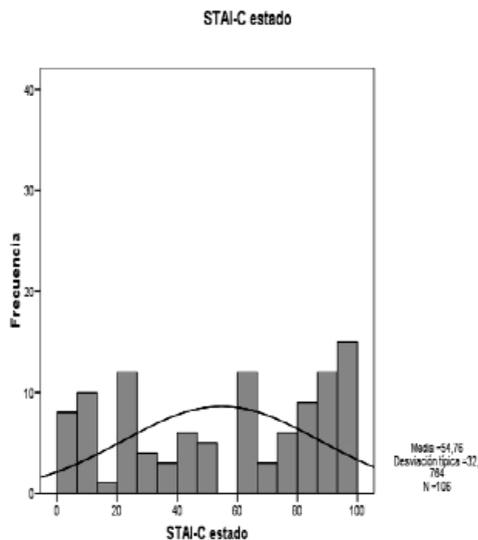


Gráfico 4.  
Distribución ansiedad–estado en adultos.

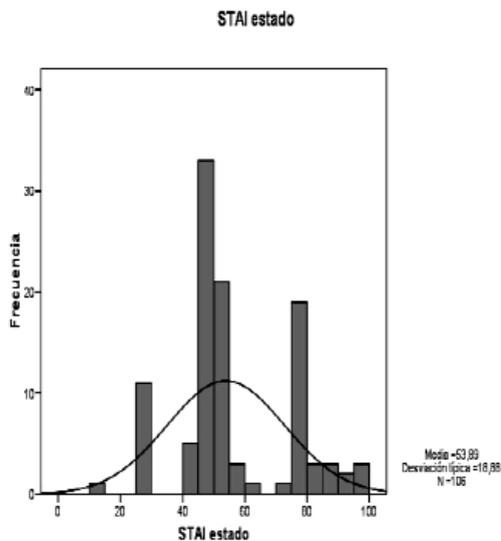
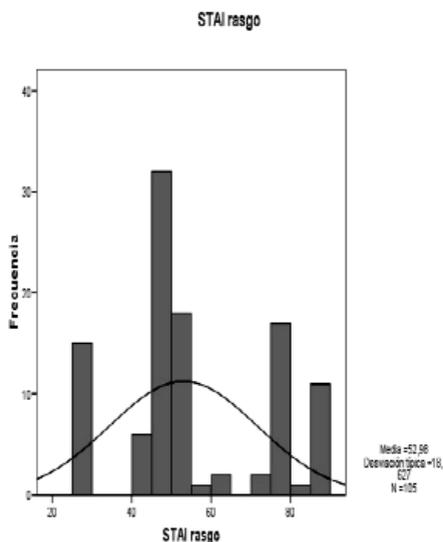


Gráfico 3.  
Distribución ansiedad–rasgo en adultos.



Una vez atendidos por el servicio de urgencias solo el 34,9% de la muestra es valorado como urgencia real.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre los niños que presentan altos niveles de ansiedad–rasgo, y una valoración médica urgente respecto a aquellos cuya valoración médica es de no urgencia (Chi–cuadrado,  $p=0.628$ ) ni tampoco existen diferencias en sus cuidadores (Chi–cuadrado,  $p=0.468$ ). Por lo que, en esta muestra, un nivel de ansiedad elevado como rasgo de personalidad, no está relacionado con la visita a urgencias ni en los niños ni en sus cuidadores ante situaciones de no urgencia.

Tampoco existen diferencias estadísticamente significativas entre ansiedad–estado y valoración urgente ni en niños (Chi–cuadrado,  $p=0.257$ ) ni en sus cuidadores (Chi–cuadrado,  $p=0.425$ ). Lo que indica que no existe una situación percibida con niveles de ansiedad elevados cuando acuden al servicio de urgencia que motive una consulta urgente.



Con los datos obtenidos a partir de nuestra muestra, no se podría afirmar que exista una relación significativa entre niveles elevados de ansiedad-estado entre cuidadores y niños. Lo que querría decir que un posible estado ansioso de los cuidadores ante una situación percibida como de urgencia médica, no afectaría al estado ansioso de los niños. No obstante, este estudio debería ser replicado en otra muestra para poder corroborar estos resultados.

No se encuentran diferencias significativas entre el nivel de ansiedad y el lugar que ocupa el niño en la fratría, ni en ansiedad-rasgo (ANOVA,  $p=0.148$ ) ni en ansiedad-estado (ANOVA,  $p=0.706$ ). Por lo que no implicaría niveles de ansiedad más altos en los primogénitos como se ha visto en otros estudios<sup>(17)</sup>.

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos que acuden al servicio de urgencia valorados por los profesionales como urgencia real y aquellos cuya valoración es de no urgente en función de las características familiares, evaluadas mediante las siguientes variables: estado civil de los padres (Chi-cuadrado,  $p=.295$ ), situación laboral de los padres (Chi-cuadrado,  $p=.774$ ), país de origen (Chi-cuadrado,  $p=.697$ ), figura acompañante (Chi-cuadrado,  $p=.206$ ).

Tampoco aparecen diferencias entre las valoraciones de urgencia real y no-urgencia en cuanto a variables sociodemográficas de los niños: sexo (Chi-cuadrado,  $p=.598$ ), edad (ANOVA,  $p=.305$ ). Ni en cuanto a antecedentes psiquiátricos, ni de los niños (Chi-cuadrado,  $p=.362$ ) ni de los padres (Chi-cuadrado,  $p=.611$ ).

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en nuestra muestra no confirman nuestras hipótesis iniciales, es decir, que un servicio de urgencias puede ser percibido como una amenaza que incrementa los niveles de ansiedad, que los niveles de ansie-

dad en cuidadores influyen en el nivel de ansiedad de niños, y que otras variables (situación en la fratría, situación socioeconómica, estructura familiar) pueden influir en el modo de respuesta al estrés de los niños.

En primer lugar, no hemos objetivado que ni los niños ni los cuidadores que los acompañan al Servicio de Urgencias presenten unos niveles de ansiedad estado y rasgo más elevados que los esperados. Quizás a la hora de decidir el punto de corte que define a los sujetos con ansiedad elevada nos hayamos decantado por criterios muy rígidos, y probablemente los resultados habrían sido más favorables en caso de decidimos por otros, dado que se han manejado distintos valores en estudios previos. No obstante, basándonos en la bibliografía<sup>(14,15,16)</sup>, el percentil 85 resultaba un punto de corte con una sensibilidad y especificidad aceptables para discriminar al grupo de sujetos con un nivel de ansiedad que podríamos considerar patológico, como ya hemos indicado previamente en el apartado de material y métodos. Cabría la posibilidad de contrastar estos hallazgos reclutando a un grupo control que nos sirviera de comparador, y que probablemente nos podría aportar una idea más aproximada del impacto que tiene sobre niños y padres el acudir a un Servicio de Urgencias.

En esta misma línea, y con los datos hallados, no podríamos afirmar que rasgos de ansiedad paternos puedan favorecer una mayor demanda de atención urgente, a diferencia de lo hallado por otros equipos que han investigado sobre el tema y que han observado que en las consultas pediátricas generales, las madres hiperfrecuentadoras presentaban niveles mayores tanto de ansiedad rasgo como de estado que las madres no hiperfrecuentadoras<sup>(18)</sup>. Tampoco hemos hallado una correlación entre los niveles de ansiedad de los niños y los de sus progenitores (o cuidadores), ni como rasgo ni como estado, lo cual iría en contra de nuestra suposición respecto al papel que pueden jugar los niveles de ansiedad paternos en los niños.



Existen publicaciones que señalan niveles más altos de ansiedad en niños hospitalizados que han pasado por una situación conflictiva a nivel familiar el último año(19). También, que es mayor en aquellos que reciben menos visitas. Al hilo de estas observaciones, analizamos los niveles de ansiedad de los niños según la estructura familiar (padres casados, separados/divorciados, solter@s) sin hallar diferencias entre los distintos grupos. Quisimos ver, así mismo, si existían diferencias según el lugar que ocupaban en la fratría, dado que se han descrito niveles más elevados de ansiedad en primogénitos hospitalizados, pero tampoco hallamos ninguna diferencia.

Cuando comparamos los grupos según la urgencia de la patología por la que se consulta, tampoco se aprecian diferencias estadísticamente significativas respecto a los niveles de ansiedad, ni de los padres ni de los niños. Inicialmente pensamos que quizás los padres o los niños que consultaban por patología no urgente pudieran presentar niveles más elevados de ansiedad rasgo, que justificarían una consulta, en principio, inmotivada. Por otro lado, aquellos que consultaran por patología urgente deberían mostrar mayor ansiedad estado. En cualquier caso, ninguna de estas suposiciones se ha cumplido en nuestra muestra.

Por lo tanto, no hemos podido corroborar nuestra hipótesis inicial respecto al papel que pudiese jugar la ansiedad paterna tanto en la demanda de asistencia urgente como en el nivel de ansiedad de los niños.

No obstante, como limitaciones, convendría destacar que las mediciones se han realizado al alta, tras haberse dado una respuesta a la demanda que motivaba la consulta, tratándose además de patología menor que no ha requerido de hospitalización más prolongada. Estudios previos han observado, en una muestra de niños hospitalizados para una intervención quirúrgica menor, niveles de ansiedad estadísticamente más bajos en el postoperatorio que en

el preoperatorio<sup>(19)</sup>. En nuestra muestra podría darse el mismo fenómeno, y en la recogida de datos que hemos realizado difícilmente habrá podido reflejarse el verdadero impacto que tiene la vivencia de estar en un Servicio de Urgencias. Probablemente cabría esperar niveles más altos de ansiedad si la medición se hubiera realizado durante la espera (previo a la resolución de la consulta), pero por motivos éticos (primar la asistencia a la investigación) y organizativos no se ha podido realizar así.

Para finalizar, parece conveniente señalar que a pesar de que el STAI-C es una prueba psicométrica adaptada y validada para niños de entre 9 y 14 años, hemos observado dificultades a la hora de comprender algunos ítems, sobre todo entre los más jóvenes. Debido al nivel de vocabulario empleado, creemos pudiera haber influido en el modo de responder a los ítems, resultando unos hallazgos que no estarían reflejando la realidad.

### Contacto

Alejandra González Anido  
Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto  
Avda. Montevideo, 18. 48003-Bilbao  
Tel.: 94 400 60 66 / 94 400 62 74  
Fax: 94 400 62 13  
alejandra.gonzalezanido@osakidetza.net





## BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Bellón Saameño JA, Castillo Castillo R. Cultura sanitaria materna y utilización pediátrica en atención primaria. *Atención Primaria*. 1992; 10:591-7.
2. Wolfe BL. Children's utilization of medical care. *Medical Care*. 1980; 18: 1196-207.
3. Soriano Faura J, Lázaro Armengol C, Gómez Gil A. Determinantes del uso de las consultas de pediatría: estudio de morbilidad infantil y variables maternas. *Atención Primaria*. 1999; 23: 132-6.
4. Newacheck PW. Characteristics of children with high and low usage of physician services. *Medical Care*. 1992; 30:30-42.
5. Polo Martín P, Reyes Díaz E, Mateu Mahiques J, Casanova Matutano C. Análisis de la relación entre morbilidad y nivel de demanda en atención primaria pediátrica. Un estudio sobre 1.359 niños. *Anales Españoles de Pediatría*. 1998; 49:273-9.
6. Starfield B, Hankin J, Steinwachs DM, Horn SD, Benson P, Katz H, et al. Utilization and morbidity: random or tandem. *Pediatrics*. 1985; 75: 241-17.
7. Woodward CA, Boyle MH, Offord DR, Cadman DT, Links PS, Munroe-Blum H, et al. Ontario Child Health Study: patterns of ambulatory medical care utilization and their correlates. *Pediatrics*. 1988; 82:425-34.
8. Horwitz SM, Morgenstern H, Berkman LF. The impact of social stressors and social networks on pediatric medical care use. *Medical Care*. 1985; 38:423-7.
9. Cortés JA, Peñalver C, Alonso J. La prevalencia de malestar psíquico en atención primaria y su grado de relación con la frecuentación de consultas. *Atención Primaria*. 1993; 11:459-63.
10. Igual Rosado R, Castro Nicolau E, Alonso Martínez I, Terradas Corominas M, De Frutos Gallego E, Cebriá Andreu J. Hiperfrecuentación en las consultas: ¿hay relación con la personalidad de la madre? *Anales Españoles de Pediatría*. 2003; 58: 29-33.
11. Levy JC. Vulnerable children: parents' perspectives and the use of medical care. *Pediatrics*. 1980; 65:956-63.
12. Montalbán J. Relación entre ansiedad y dinámica familiar. *Atención Primaria*. 1998; 21:67-76.
13. Spielberger CD, Gorsuch RL y Lushene R. Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI). 3ª Ed. Madrid:TEA; 1982.
14. Mazzaro B, Almirón L, Giménez N, Czernik G. Aplicación de una escala de evaluación de ansiedad en alumnos adolescentes del Polimodal de una Escuela periférica de la Ciudad de Corrientes. Reunión de Comunicaciones Científicas y Tecnológicas de la Secretaría General de Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional del Nordeste. 18 al 21 de octubre de 2005. Corrientes, Argentina. Disponible en: URL: <http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-116.pdf>
15. Vila G, Zipper E, Dabras M, Bertrand C, Robert JJ, Ricour C et al. Mental disorders in obese children and adolescents. *Psychosomatic Medicine*. 2004; 66:387-394.
16. Alejos M, Aráoz LM, Castañeda AM. Ansiedad Estado-Rasgo en niños y adolescentes durante la hospitalización. [www.psicocentro.com](http://www.psicocentro.com)
17. Bras J. Dar peces y enseñar a pescar. ¡Cuánto trabajo, madre mía! *Atención primaria*. 2005; 36(2): 69-70.
18. Tapia C, Orozco D, Gil V. Influencia de la ansiedad materna en la frecuentación de las consultas de pediatría de atención primaria. *Atención primaria*. 2005; 36(2):64-70.
19. Moñiz MV, Vaz FJ, Vázquez F. Evaluación de la respuesta psicológica perioperatoria en la cirugía de corta estancia hospitalaria. *Anales de Pediatría*. 2000; 53(3):229-233.
20. Lewin AB, Storch EA, Silverstein JH, Blaumeister AL, Strawser MS, Geffken GR. Validation of the Pediatric Inventory in mothers of children with type I Diabetes: an examination of parenting stress, anxiety and childhood psychopathology. *Families, System and Health*. 2005; 1(23):56-65.
21. Crandall WV, Halterman TE, Mackner LM. Anxiety and pain symptoms in children with Inflammatory Bowel Disease and Functional Gastrointestinal Disorders undergoing colonoscopy. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2007; 44:63-73.
22. Li HCW, Lopez V. Assessing children's emotional responses to surgery: a multidimensional approach. *Journal of Advanced Nursing*. 2006; 54:543-550.