

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

**ANSIEDAD EN NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME
NEFRÓTICO**

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO DE LA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Por

MANDY ANDREA LÓPEZ BAUMGART

Previo a optar el título de

PSICÓLOGA

En el grado académico de

LICENCIATURA

Guatemala, septiembre de 2009

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín

DIRECTORA

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes

SECRETARIA

Doctor René Vladimir López Ramírez

Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo

REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS

Ninette Archila Ruano de Morales

Jairo Josué Vallecios Palma

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

ANTE CONSEJO DIRECTIVO



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 033-2009
CODIPs. 1255-2009

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

21 de septiembre de 2009

Estudiante

Mandy Andrea López Baumgart
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DÉCIMO OCTAVO (18°) del Acta VEINTITRÉS GUIÓN DOS MIL NUEVE (23-2009), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 17 de septiembre de 2009, que copiado literalmente dice:

“DÉCIMO OCTAVO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: **ANSIEDAD EN NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME NEFRÓTICO**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

MANDY ANDREA LÓPEZ BAUMGART

CARNÉ No.199818359

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Karen Gálvez de Dorloni; revisado por el Licenciado Carlos Orantes. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA

/Velveth S.

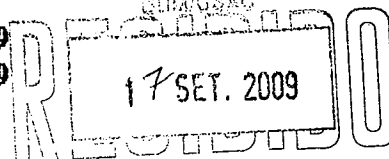


ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Reservado e Información
CUM/USAC

CIEPs.: 125-09
REG.: 033-09



INFORME FINAL

Firma: *JP* hora: 19:10 Registro: 033-09

Guatemala, 16 de septiembre del 2009.

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Carlos Orantes, ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

"ANSIEDAD EN NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME NEFRÓTICO".

ESTUDIANTE:
Mandy Andrea López Baumgart

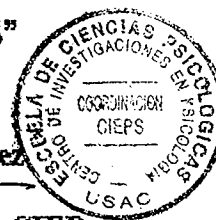
CARNÉ No.:
1998-18359

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 25 de agosto del 2009, y se recibieron documentos originales completos el 11 de septiembre del 2009, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Mayra Luna de Álvarez
Licenciada Mayra Luna de Álvarez
COORDINADORA



Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs.-
"Mayra Gutiérrez"

/Sandra G.
CC. archivo



CIEPs. 126-09
REG. 033-09

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Guatemala, 16 de septiembre del 2009.

Licenciada Mayra Frine Luna de Álvarez, Coordinadora.
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada Luna:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

"ANSIEDAD EN NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME NEFRÓTICO".

ESTUDIANTE:
Mandy Andrea López Baumgart

CARNÉ No.:
1998-18359

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 21 de agosto del 2009, por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado Carlos Orantes
DOCENTE REVISOR



/Sandra G.
c.c. Archivo

Guatemala, 25 de junio del 2009

Licenciada
Mayra Fryné Luna de Alvarez
Centro de Investigaciones en Psicología CIEP's

Licenciada Luna:

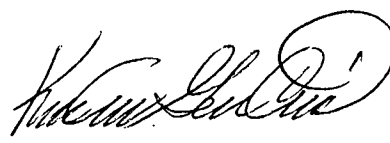
Atentamente le informo que he asesorado y aprobado el informe final titulado:
"Ansiedad en niños con diagnóstico de síndrome nefrótico", correspondiente a la
carrera de Licenciatura en Psicología, estudio presentado por la estudiante:

Mandy Andrea López Baumgart

Carné 199818359

Solicito a usted continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente,



Karen Gálvez de Dorigoni
Colegiado # 12,023
Asesora



CIEPs. 007-09
REG.: 222-03

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacepsic@usac.edu.gt

APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Guatemala, 24 de febrero del 2009.

ESTUDIANTE:
Mandy Andres López Baumgart

CARNÉ No.:
1998-18359

Informamos a usted que el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, de la Carrera de Licenciatura en Psicología, titulado:

"ANSIEDAD EN NIÑOS DE 5 A 15 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME NEFRÓTICO".

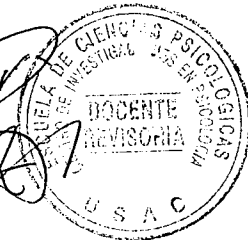
ASESORADO POR: *Licenciada Carmen Isabel Howard*

Por considerar que cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-, ha sido **APROBADO** por la Coordinación de Investigaciones y se solicita iniciar la fase de Informe Final de Investigación.

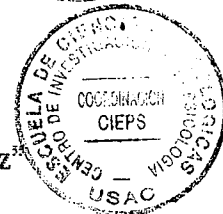
Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Carlos Orantes
Licenciada Carlos Orantes
DOCENTE REVISOR



Mayra Luna de Alvarez
Vo.Bo.
Licenciada Mayra Luna de Alvarez, Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. "Mayra Gutiérrez"



/Sandra G.
CC. Archivo



Guatemala, 20 de abril del 2009

A quien interese:

Por este medio se hace constar que Mandy Andrea López Baumgart, estudiante de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, realizó su trabajo de campo en los meses de octubre y noviembre del 2008 en mi clínica privada.

El cual lleva el nombre de "Ansiedad en niños con diagnóstico de síndrome nefrótico".

Sin otro particular me suscribo de usted,

Atentamente,

Dr. Randall Lou Meda
Nefrólogo Pediatra

Randall Manuel Lou Meda
Médico y Cirujano
Colegiado No. 0003

DEDICATORIAS

A Dios, mi familia, mis amigos y a mis angelitos que le dieron sentido a mi vida, y que cada día me ayudan a querer ser una mejor persona.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Randall Lou: por brindarme la oportunidad de trabajar con niños con enfermedades renales, y por confiar en mí.

A la Licda. Karen Gálvez: por su amistad y ayuda para concluir mi trabajo de investigación.

Índice

• Prólogo	1
• Capítulo I	
• Introducción	2
• Marco Teórico	
1. El niño enfermo	3
1.1 Efectos emocionales	3
1.2 La enfermedad crónica	5
1.2.1 La familia frente al niño enfermo	6
1.3 Hospitalización infantil.....	6
1.3.1 Efectos de la hospitalización.....	7
1.3.1.1 Variables intervinientes.....	7
1.3.1.2 Separación de los padres y familiares.....	7
1.3.1.3 Influencias de los padres en la ansiedad del niño hospitalizado.....	8
2. Síndrome nefrótico.....	8
2.1 Presentación clínica.....	10
2.2 Diagnóstico.....	11
2.3 Tratamiento.....	11
2.3.1 Tratamiento específico.....	12
2.3.1.1 Prednisona.....	12
2.4 Pronóstico.....	13
3. Ansiedad.....	14
3.1. Ansiedad infantil.....	14
3.2. Manifestaciones de la angustia del niño	15
3.1.1 Trastornos de ansiedad generalizado (DSM-IV).....	16
3.1.2 Origen.....	17
3.1.3. Factores.....	17
3.1.5 Ansiedad y hospitalización.....	19
4. Hipótesis.....	21
5. Variables independiente y dependiente.....	21
• Capítulo II	
Técnicas y procedimientos.....	22
• Capítulo III	
Presentación de análisis e interpretación de resultados.....	23
• Capítulo IV	
Conclusiones.....	43
Recomendaciones.....	45
Bibliografía.....	47
Anexos.....	49
Resumen.....	50

Prólogo

En la sociedad guatemalteca, el síndrome nefrótico en niños es poco conocido ya que su incidencia es baja. No se tienen datos sobre el desarrollo psicológico de estos niños que deben vivir su infancia y preadolescencia tomando medicamentos, con prohibiciones alimenticias y esperando el día que se presente la recaída nuevamente.

En el síndrome nefrótico la aparición del edema afecta la imagen corporal del niño, lo que provoca conductas antisociales, por no querer ser vistos. El tratamiento para esta enfermedad consiste en altas dosis de corticoides, que producen múltiples efectos secundarios en la fisiología y conducta del niño.

Según refiere Lou que en Guatemala, 8 pacientes por millón de habitantes presentan cada año síndrome nefrótico y en la actualidad no se ha realizado ningún estudio sobre el efecto psicológico que tiene en el desarrollo del niño. Esta investigación es de mucha utilidad para poder conocer el grado de ansiedad que presentan los niños con síndrome nefrótico, a fin de planear estrategias que permitan que en el futuro se proporcione un tratamiento integral médico – psicológico.

Así mismo, se podrá orientar a los padres y maestros sobre las posibles conductas que presentará el niño a lo largo de su enfermedad y sugerir guías para reorientar las que sean potencialmente perjudiciales para el paciente.

CAPÍTULO I

Introducción

La presente investigación consistió en identificar y clasificar el nivel de ansiedad en que se encuentran los niños con síndrome nefrótico. Este síndrome es de causa desconocida; se presenta en 2 de cada 10,000 personas. En niños se presenta en edad preescolar, generalmente cuando el niño tiene de 2 a 3 años, predominando en el sexo masculino.

La lesión primaria se ubica en las unidades funcionales del riñón que son los nefrones, específicamente en los glomérulos. El glomérulo es el filtro a través del cual se destila la sangre. En el síndrome nefrótico, el daño al glomérulo hace que este filtre sustancias que en condiciones normales no se hace, en este caso la proteína. La lesión en el glomérulo es secundaria a cambios inflamatorios secundarios al depósito de inmunocomplejos. La pérdida masiva de proteína por el glomérulo hace que la proteína en la sangre baje. Al bajar la proteína sérica, baja la presión coloidosmótica (que detiene el agua dentro de los vasos sanguíneos) y el agua se deposita en los tejidos produciendo edema (hinchazón). El síndrome nefrótico se divide en dos grupos principales, el síndrome nefrótico primario, en el cual hay afección glomerular con hallazgos histopatológicos definidos y el síndrome nefrótico secundario a enfermedades sistémicas, infecciones, procesos alérgicos, intoxicaciones, neoplasias, problemas cardíacos y vasculares.

Con esta investigación se logró comprobar que en los niños con enfermedades crónicas, como el síndrome nefrótico, el nivel de ansiedad es mayor que de un niño sano, debido a los medicamentos, así como a los efectos secundarios de éstos, agregando que en cualquier momento pueden sufrir un recaída; en ocasiones debe ser hospitalizado, quedando solos en la mayoría de los casos, otro de los principales desencadenantes de ansiedad en estos niños es la preocupación de los padres que les provoca asumir actitudes de sobreprotección excesiva.

Según el DSM-IV ansiedad es un estado del organismo caracterizado por aprensión, recelo y malestar general, cuya causa de origen es desconocida para el individuo se distingue del miedo o temor, porque esta no tiene ningún factor desencadenante. Las causas de esta ansiedad son varias: factores temperamentales o factores ambientales, como un alto nivel de exigencia por parte de los padres.

Con esta investigación se da a conocer el nivel de ansiedad que presentan los niños con síndrome nefrótico.

La población se conformó de 14 niños y niñas comprendidos entre las edades de 5 años 11 meses a 15 años 11 meses, de diferente clase socioeconómica, con domicilio

en el área rural y urbana que asisten a la clínica del Dr. Randall Lou, nefrólogo pediatra, ubicada en el Centro Médico clínica 904.

Para el procedimiento de recolección de información, de esta investigación se realizó una sesión de 60 minutos con cada caso. La sesión se distribuyó de la siguiente manera: primero, se realizaron juegos conforme a la edad del niño/a para establecer rapport; luego se aplicó la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños (CMAS – R) para verificar en que nivel de ansiedad se encontraba el niño.

Marco teórico

1. El niño enfermo

La enfermedad es un episodio normal e inevitable en la vida del niño. Las enfermedades llamadas “infantiles” son muestra de ello. En el espíritu del niño la enfermedad y el médico ocupan un lugar importante.¹

Se entiende la enfermedad como una alteración del estado de salud, enfermar es una situación que tenemos que afrontar en cualquiera de las etapas de la vida, incluyendo obviamente la niñez. La enfermedad física en sus múltiples formas, benigna o grave, aguda o crónica, puede ocurrir en al vida de cualquier niño.

La enfermedad constituye una experiencia en la que toda la familia toma parte y si es un niño o niña quien esta enfermo, toda la familia se altera, originándose así una situación de crisis.

Cuando la salud es suplantada por la enfermedad, aparecen sensaciones tanto físicas como psíquicas en la persona: malestar, dolor, debilidad, ansiedad, cambios vagos en las sensaciones viscerales y alteraciones de los hábitos cotidianos. Todos estos fenómenos son extraños y perturbadores y con frecuencia generan temores en el niño, quien no ha aprendido todavía que estas sensaciones son pasajeras.²

Es necesario tener en cuenta las notorias variaciones individuales que hacen que la enfermedad se acompañe de un componente afectivo propio de cada niño con base en su estado de desarrollo y su historia personal y familiar.

1.1. Efectos emocionales

Los efectos emocionales más importantes de la enfermedad sobre el niño suelen dividirse en dos categorías:

¹ Ajuriaguerra, J de y D Marcelli. “Manual psicopatología del niño”. 3ra Edición. España. Editorial Masson, S.A., 1996. Pag. 494 Pags

² www.medicina.udea.edu.co/publicaicones/crianzahumanizada

1. Los que son el resultado de la interrupción del modo normal de vida. Como:
 - Divorcio de los padres
 - Cambio de domicilio
 - Cambio repentino del nivel de vida acostumbrado, por situaciones económicas, sociales, etc.³

2. Aquellos que resultan de los pensamientos o reacciones emocionales del niño con respecto a la enfermedad misma. Entre éstos son frecuentes:
 - Ansiedad: explica los cambios anímicos que ocurren en los niños. Algunos se vuelven introvertidos y otros quisquillosos que exigen atenciones durante todo el día.

 - Temor a morir: esta situación es más común en los niños enfermos de lo que los padres o los médicos suponen y hace necesaria una actitud de diálogo y ayuda ante ella.

 - Culpabilidad y deseo de recibir castigo: en los niños en edad escolar son habituales las explicaciones culposas de la enfermedad, como atribuir la diabetes a que “comí mucha azúcar” o la fiebre reumática a que “corrí demasiado”. A menudo los niños interpretan su enfermedad como un castigo por sus malas acciones o por la violación de reglas, como es de frecuente ocurrencia en los niños víctimas de quemaduras.

Las manifestaciones de malestar más comunes en los niños enfermos suelen ser:

- ✓ Ira y resentimiento: con alguna frecuencia los niños rehusan cooperar con su tratamiento o ingerir las drogas que les son prescritas. Esta situación es más frecuente en las fases iniciales de la enfermedad.

- ✓ Disminución de la autoestima: la mayoría de las enfermedades producen alteración de la imagen corporal que el niño ha venido construyendo en sus percepciones subjetivas. El hecho de sentirse en condiciones de desventaja ante sus compañeros constituye un reto grande para su autoestima, el cual afrontará de acuerdo con su alta o baja autoimagen que haya logrado construir en sus experiencias previas.

- ✓ Sentimientos de impotencia: por lo general, la enfermedad entraña algún tipo de reposo y la necesidad de ser atendido. La restricción de los movimientos puede ser más perturbadora para el niño que la misma enfermedad y suelen aumentar las expresiones de sentimientos agresivos en los niños de cualquier edad.

³ Ajurriaguera, J de y D Marcelli Op Cit, pag

- ✓ Los efectos que la enfermedad ocasiona en el niño varían según la enfermedad misma, las técnicas de diagnóstico y tratamiento, la personalidad del niño y la dinámica de la constelación familiar.

Comenta Pericchi que es importante que el niño enfermo reciba orientación sobre la enfermedad y sus causas; brindarle explicaciones adecuadas, tranquilizarlo y animarlo en sus vivencias personales, teniendo siempre en cuenta su grado de desarrollo psíquico.

La enfermedad del niño también tiene efectos en los padres y es asimilada como una agresión, capaz de reactivar vivencias y problemas personales de cada uno de ellos, especialmente referidos a sentimientos de culpa. Sienten que no han sido capaces de velar por el bienestar de su hijo lo cual es la principal función parental. La función del médico cobra aquí una fundamental importancia en el sentido de permitir mediante el diálogo una expresión de estos sentimientos y aclarar mediante sus orientaciones todas aquellas dudas – fundadas o no – que surgen en momentos como estos.⁴

1.2. La enfermedad crónica

A diferencia de la aguda, la enfermedad crónica se acompaña de una percepción más profunda y permanente por parte del niño de la sensación de estar enfermo y de ser diferente a otros niños, sobre todo cuando sobrevienen restricciones de ciertas funciones como la visión, la audición, la coordinación y la fuerza muscular.

Las reacciones dependen de la edad y la comprensión que el niño puede tener de su enfermedad. Antes de los 3 ó 4 años, la enfermedad es difícilmente percibida como tal; cada episodio es vivido independientemente. (Ajuriaguerra, de J y D Marcelli) El niño es entonces sensible a las separaciones, hospitalizaciones, “agresiones” sufridas (intervenciones quirúrgicas, inyecciones). Entre los 4 y 10 años, la enfermedad es, como cualquier episodio agudo, la ocasión para una regresión más o menos profunda y prolongada. Ante la persistencia de la enfermedad, el niño pone en marcha las defensas, que a grandes rasgos se distinguen según tres modalidades:

- Oposición: el niño rehúye la limitación impuesta por la enfermedad o los cuidados. Este rechazo puede ser masivo, con crisis de agitación, cólera e impulsividad, o más matizado bajo el aspecto de una negación de sus dificultades, con lo cual se manifiestan conductas inconvenientes o incluso peligrosas para su condición como quitarse las curaciones o sondas. (Ajuriaguerra, de J y D Marcelli)
- Sumisión e inhibición: siempre asociadas al sentimiento de una pérdida. La enfermedad puede acompañarse de una vivencia depresiva en la que interviene la herida narcisista, en forma de vergüenza de su cuerpo y sentimiento de

⁴ www.medicina.udea.edu.co/publicaciones/crianzahumanizada

culpabilidad. La inhibición puede ser física, caracterizada por la pasividad y aceptación de la dependencia; o psíquica, con una inhibición intelectual cuya traducción más inmediata es la incapacidad para comprender la enfermedad.

- **Sublimación y colaboración:** son los mecanismos defensivos más positivos de liberación pulsional. Puede tratarse de una identificación con el agresor bienhechor con frecuencia (el médico); o de una identificación positiva con uno de los padres por efecto de la misma enfermedad. La posibilidad de dar al niño una mayor autonomía, responsabilizándole de su propio tratamiento está en la dirección de estas defensas.⁵

1.2.1. La familiar frente al niño enfermo

La enfermedad del niño constituye un acontecimiento para el conjunto de la vida familiar. Se produce una sorda inquietud, una difusa impresión de extrañeza en toda la casa.⁶

La enfermedad de este crea, dificultades en los padres, tanto en la rutina de casa como en la laboral.

La rutina o status del niño, cambia drásticamente; es apartado de la vida corriente y de los ambientes habituales, teniendo al niño solamente en su cuarto o incluso acostado por largos periodos de tiempo.

Las reacciones de angustia, de confusión extrema, hasta de pánico o cólera, son habituales cuando se anuncia la enfermedad. Las reacciones defensivas constituyen la primera manifestación de la culpabilidad constante de las familias. Esta exagera las reacciones de ambivalencias hacia el pequeño enfermo y explica en parte las actitudes descritas en todas las enfermedades crónicas: sobreprotección ansiosa, rechazo, negación omnipotente de la enfermedad o del papel de los médicos. La familia pasa en general por estas diversas etapas antes de acabar en la aceptación tolerante y realista de la enfermedad.⁷

1.3. Hospitalización infantil

Las enfermedades son un acontecimiento común en la vida del ser humano. Por otra parte, un acontecimiento amenazante y especialmente durante la infancia, es la hospitalización. Se han estudiado diferentes efectos de la hospitalización en los niños; la separación de la familia, un entorno extraño y desconocido, dolor y malestar, intimidación de muerte, cambio en las relaciones de los padres y las concepciones de los

⁵ Ajuriaguerra, de J y D Marcelli. Op. Cit. Pags. 494 - 495

⁶ Pericchi, Colette. El niño enfermo. Editorial Herder. Barcelona 1986

⁷ Ajuriaguerra, de J y D Marcelli. Op. Cit. Pag. 496

niños sobre lo que está ocurriendo, siendo estos los principales factores que producen estrés en el niño.⁸

El estrés en el niño se puede considerar en un término cognitivo, este se refiere a la percepción, elaboración y evaluación por parte del sujeto de las experiencias que vive. En relación con la experiencia de enfermedad y hospitalización, las comprensiones equivocadas o ideas erróneas del niño sobre dicha experiencia se convierten en un factor que se añaden a los ya citados.

A menudo, la estancia en el hospital de los pacientes pediátricos es breve, aunque algunos niños con enfermedades crónicas o terminales permanecen varias semanas o meses en el hospital.

1.3.1 Efectos de la hospitalización: existen muchas evidencias que documentan el serio impacto psicológico que la hospitalización puede producir en los niños. Se estima que pueden aparecer en el niño, como consecuencia de experiencias traumáticas en el hospital, una gran variedad de síntomas y problemas de personalidad, todos ellos a consecuencia de la angustia y estrés. Hay también muchos niños que muestran reacciones adversas a la experiencia estresante, en su estadía hospitalaria, así como al regresar a casa. Algunas de estas pueden ser: ir siempre detrás de su madre a cualquier lugar de la casa, ponerse nervioso al oír mencionar a los médicos o el hospital, tener pesadillas, etc. (Palomo del Blanco, Ma. Pilar)

1.3.1.1 Variables intervinientes: existen algunas variables que influyen en el modo de percibir el niño los factores estresantes de la hospitalización; se han señalado distintas variables que determinan las respuestas de los niños a estas situaciones estresantes:

- Edad, sexo y desarrollo cognitivo
- Diagnóstico médico
- Duración de la hospitalización
- Experiencias previas con procedimientos médicos y el hospital
- Naturaleza y tiempo de la preparación para la hospitalización
- Ajuste psicológico prehospitario
- Habilidad de los padres a fin de ser un apoyo adecuado para el niño⁹

1.3.1.2 Separación de los padres y familiares: el niño establece, principalmente con la madre, una relación privilegiada denominada “apego” cuya finalidad básica es la protección. Se ha definido el apego como un vínculo afectivo que se forma entre el niño y la madre o familiares con los que establece una relación especial. Las conductas

⁸ Palomo del Blanco, María Pilar, *El niño hospitalizado*. Capítulo 1, páginas 33 – 34, Ediciones Pirámide, S.A. Madrid 1995

⁹ Palomo del Blanco, María Pilar, *El niño hospitalizado*” Op. Cit. páginas 33 – 34

de apego (llanto, gestos, sonrisas; contactos táctiles; vigilancia y seguimiento visual de las figuras de apego; conductas motoras de aproximación o seguimiento) están dirigidas, principalmente, hacia las figuras de apego y se manifiestan si el contexto es percibido como amenazante. La enfermedad y la hospitalización constituyen una de las experiencias donde aparecen factores amenazantes. (Palomo del Blanco, María Pilar)

1.3.1.3 Influencias de los padres en la ansiedad del niño hospitalizado: debido a que cada familia posee dinámicas y características individuales, no se puede especificar la forma en que los padres reaccionaran ante la hospitalización y enfermedad del niño. Estos pueden volverse hiperprotectores, demasiado indulgentes o, por el contrario, demasiado exigentes y restrictivos. Se ha considerado la hospitalización de un niño como una crisis en la familia, ya que trastornan su equilibrio normal.

Aunque los padres estén ansiosos en relación a la enfermedad y hospitalización, a menudo tratan de ocultar estos sentimientos en un intento de minimizar la situación frente al niño. Pero generalmente no impresiona tanto al niño por lo que dicen sino como actúan frente a él. La ansiedad comunicada por los padres y por el personal, aunque en menor extensión, es una de las principales fuentes de aumento de estrés en el niño hospitalizado. (Palomo del Blanco, María Pilar)

2. Síndrome Nefrótico

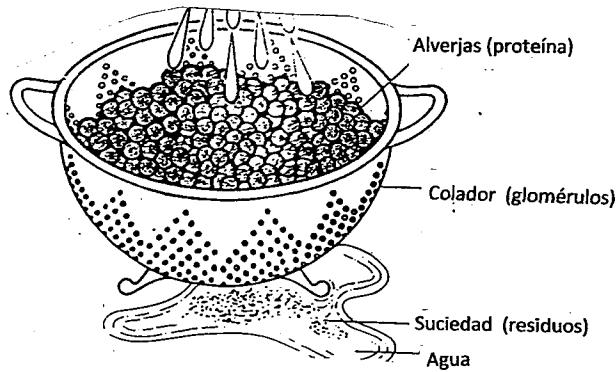
Este síndrome es la causa de alrededor del 90% de los casos de nefrosis en la infancia y representa a varias enfermedades con manifestaciones clínicas semejantes. Hasta que no se descubran los factores patogénicos, no podrá resolverse el problema; se ha descrito este síndrome en algunas familias con una frecuencia aparentemente mayor de la esperada, pero no parece tener un rasgo hereditario.¹⁰

Se desconoce la causa de la nefrosis lipóide, que en unos cuantos casos se acompaña de otras enfermedades específicas. El síndrome nefrótico está presente en casi 7 de 100,000 niños menores de 9 años de edad. En niños se presenta en edad preescolar, generalmente cuando el niño tiene de 2 a 3 años de edad, predominando el sexo masculino.¹¹

Para comprender mejor el síndrome nefrótico se muestra a continuación las siguientes gráficas:

¹⁰ Behrman, Arvin Kliegman. Nelson, Tratado de Pediatría. Capítulo 5. Nombre. Página 1870

¹¹ Bock, Glenn M.D. Edward J. Ruley M.D. "A parent's guide to kidney disorders". University of Minnesota, Pag 41

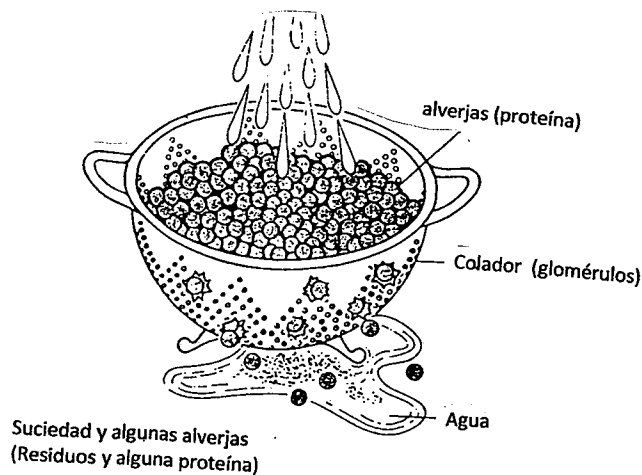


Fuente: "A parent's guide to kidney disorders"

Figura 1

Normalmente, el riñón filtra las impurezas de la sangre, mientras conserva materiales importantes como proteína. Esto es similar al proceso de un colador de cocina que es usado para escurrir el agua (orina) removiendo la suciedad (desechos del cuerpo) sin perder las arvejas (proteínas) en el desagüe.¹²

La inflamación del glomérulo que se manifiesta con síndrome nefrótico, se debe a una reacción antígeno(anticuerpo). Esta reacción produce una respuesta inflamatoria en el glomérulo que se hace evidente como proliferación de células y cambios en la membrana basal. (Fig.2).



Fuente: Ibid

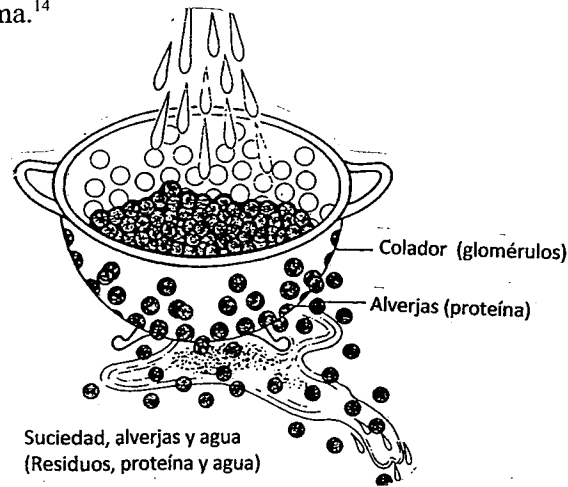
Figura 2

Un daño físico de la pared del colador puede permitir que algunas arvejas salgan; así mismo, un daño microscópico en los glomérulos pueden causar que se pierda proteína por la orina.¹³

¹² Bock, Glenn M.D., Edward J. Ruley M.D. Op. Cit. pag. 42

¹³ Bock, Glenn M.D., Edward J. Ruley M.D. Op Cit. Pag 42

Todos los pacientes que sufren de inflamación del glomérulo manifiestan retención de sal y agua. Además, hay alteraciones en la permeabilidad del capilar glomerular permitiendo pérdida de grandes cantidades de proteína (Fig.3). Esta proteinuria produce hipoproteinemia (baja proteína en la sangre) que lleva a la producción de edema.¹⁴



Fuente: Ibid

Figura 3

En ciertas formas del síndrome nefrótico, la proteína se pierde por la orina cuando el filtro pierde la habilidad de pantalla, filtrando las sustancias inadecuadamente. Esto es como si fuera el colador que usted normalmente usa, tendría cada uno de estos hoyos que estrecharse a un tamaño en que no fuera más grande que una alverja que se estaba lavando; naturalmente, la alverja pasaría a través y se saldría en grandes cantidades.¹⁵

El síndrome nefrótico se divide en dos grupos principales:

- 1) Síndrome nefrótico primario, en el cual hay afección glomerular con hallazgos histopatológicos definidos
- 2) Síndrome nefrótico secundario a enfermedades sistémicas, infecciones, procesos alérgicos, intoxicaciones, neoplasias, problemas cardíacos y vasculares.

2.1. Presentación Clínica (características Físicas):

- Edema facial y extremidades (hinchazón)
- Abdomen inflamado (ascitis)
- Apariencia espumosa en la orina
- Aumento de peso (por la retención de líquido)
- Apetito disminuido
- Presión sanguínea alta

¹⁴ Netter, Frank H. M.D. The ciba collection of medical illustrations volume 6. Kidney, ureters and urinary bladder. Tercera impresión. USA. 1979. Pagina 279

¹⁵ Bock, Glenn M.D., Edward J. Rulley M.D. Óp. Cit. Pag. 43

La presencia del edema es la manifestación inicial en más del 90% de los casos. El niño presenta sus párpados “hinchados” y puede aparecer un rápido aumento de peso, a expensas de la retención hidrosalina característica de esta enfermedad.

Conforme avanza la inflamación, el edema se generaliza y el abdomen cuelga, lleno de líquido. Las dificultades respiratorias suelen ser graves. La anorexia, la irritabilidad y la pérdida del apetito son comunes, y la desnutrición suele asumir características de gravedad. El edema generalizado oculta la pérdida de tejido rechoncho pero, después de la diuresis, la desnutrición es obvia.¹⁶

Durante las recaídas hay mayor susceptibilidad a las infecciones bacterianas; lo cual se debe a la disminución de los niveles de anticuerpos, la actuación del líquido edematoso como medio de cultivo, el déficit de proteínas, la disminución de la actividad bactericida de los leucocitos y la pérdida de un factor de complemento (factor properdina B) en la orina. El motivo más frecuente de infección es la peritonitis espontánea.

2.2. *Diagnóstico*

Se confirma con análisis de sangre y de orina. En la orina se busca la existencia de abundantes proteínas y ante su positividad debe realizarse un análisis de orina durante 24 horas para cuantificar las pérdidas diarias.

El análisis de sangre permite valorar la disminución de proteínas sanguíneas (especialmente la albúmina) y verificar la función renal que puede estar normal o disminuida.

También se destacan la disminución del calcio y el aumento de los triglicéridos (grasas). La biopsia renal queda reservada para aquellos pacientes que no responden al tratamiento.

2.3. *Tratamiento*

El tratamiento de la nefrosis es a largo plazo, con remisión y recurrencia de los síntomas. El manejo inicial del niño dependerá del compromiso y gravedad del cuadro. El paciente que presenta edemas generalizados con trastornos en la mecánica respiratoria será internado para controlar esa vital función.

Se debe manejar la retención hidrosalina mediante la restricción de sal en la dieta hasta la desaparición de la misma y de la proteinuria (pérdida de proteínas por orina).

¹⁶ Broadribb, Violet. “Enfermería pediátrica” Tercera Edición. Mexico. Harper & Row publishers. 1985. Pag 364 - 365. Págs. 665

No se requiere reposo y la actividad del niño no deberá ser restringida si el compromiso no es marcado. Puede concurrir a clases y realizar actividad deportiva controlada, teniendo en cuenta su grado de tolerancia al ejercicio. No es necesario la restricción de líquidos si el edema no es generalizado, pero sí la restricción de sal de la dieta.¹⁷

2.3.1. Tratamiento específico

Consiste en el uso diario de corticoides (son una variedad de hormonas del grupo de los esteroides) a altas dosis y durante un tiempo prolongado (semanas) para lograr la remisión del cuadro.

Luego de la remisión de la proteinuria se pasará a uso de corticoides en días alternos. El tratamiento debe ser controlado por medio de tiras reactivas en orina.

Si la proteinuria no remite al mes de iniciado el tratamiento se asume el cuadro como “corticoide resistente”.

En el caso que el paciente esté sin proteinuria y su tratamiento corticoideo es realizado en días alternos, pero aparecen nuevamente proteínas en orina se habla de “corticoide dependencia”. En algunos niños, es necesario realizar tratamiento con medicamentos inmunosupresores como la ciclofosfamida (medicamento), en los casos de corticoide resistencia o corticoide dependencia.¹⁸

Todo niño con síndrome nefrótico se trata con esteroides, el principal esteroide es la prednisona. A los pacientes que responden a estos medicamentos se les clasifica como “esteroide sensible”. La mayoría de estos pacientes presentan enfermedad de cambios mínimos, la cual es el patrón histopatológico más común en niños.

Los pacientes sensibles a esteroides se pueden sub - clasificar en recaídas normales (1 ó 2 veces al año), frecuentes (3 ó 4 veces al año) y esteroides dependiente. A los que no responden a este medicamento se le conoce como “esteroide resistentes” y lo usual en estos casos es que el patrón histopatológico sea diferente del de la enfermedad de cambios mínimos.

2.3.1.1. Prednisona (Grupo: corticoides, corticoides sistémicos)

La prednisona es un medicamento que pertenece al grupo de los medicamentos denominados corticoides o corticosteroides. Los corticosteroides son unas hormonas producidas por nuestro cuerpo que realizan diversas funciones de gran importancia. La prednisona se emplea para tratar los síntomas producidos por un brusco descenso de los niveles de corticoides en el cuerpo.

¹⁷ www.zonapediatrica.com/patologia/nefrotico

¹⁸ www.zonapediatrica.com/patologia/nefrotico

También presenta un gran poder antiinflamatorio. En ocasiones, por distintos estímulos, algunas células de nuestro cuerpo liberan unas sustancias que provocan inflamación. Los corticoides al reducir la liberación de estas sustancias ante, por ejemplo, respuestas alérgicas o inmunes, reducen a su vez la inflamación.

Por tanto, la prednisona será útil en enfermedades que se caracterizan por una inflamación excesiva.¹⁹

La prednisona se puede administrar por vía oral. La dosis adecuada de prednisona puede ser diferente para cada paciente. Sin embargo, este medicamento provoca efectos colaterales, de los cuales se pueden citar:

- Ganancia de peso: incrementa el apetito.
- Susceptibilidad a las infecciones: ligeramente disminuye la resistencia a la infección.
- Malestar estomacal o úlcera: puede incrementar la secreción de ácidos en el estómago.
- Insomnio y cambios de humor: la causa es incierta.
- Hiperglicemia: puede aumentar la cantidad de azúcar en la sangre.
- Hipertensión: puede causar que suba la presión sanguínea.
- Retención de líquidos
- Osteoporosis: puede hacer los huesos más quebradizos; generalmente ocurre después de estar tomando el medicamento por un largo tiempo.
- Alteraciones en el crecimiento del cabello: puede causar oscurecimiento y/o incremento del crecimiento de cabello.
- Cataratas: después del uso prolongado se pueden desarrollar, ocasionalmente.
- Cambios en la piel: estrías.
- Náuseas, vómitos, dolor, fiebre
- Acné.

2.4 Pronóstico

La mayoría de los niños con nefrosis que responde a los esteroides sufren recaídas reiteradas hasta que el proceso remite espontáneamente hacia el final del segundo decenio de la vida. Conviene señalar a la familia que el niño no sufrirá secuelas renales, que la enfermedad no suele ser hereditaria y que el niño (si no ha recibido tratamiento con ciclofosfamida) conservará la fertilidad. Para reducir los efectos psicológicos de la nefrosis, merece la pena insistir en que el niño se encuentra normal y puede seguir una dieta y actividad sin ninguna limitación, durante los períodos de remisión.²⁰

¹⁹ www.virtusalud.com/documento.asp

²⁰ Behrman, Arvin Kliegman, Op. Cit. Pag. 1871

En el paciente con lesiones con cambios mínimos el pronóstico es bueno; luego de 7 años de seguimiento ningún paciente evoluciona a Insuficiencia Renal Crónica (IRC).²¹

3. Ansiedad

La ansiedad es la más común y universal de las emociones básicas del ser humano y se encuentra presente a lo largo de toda su vida. Constituye una reacción emocional ante la percepción de una amenaza o peligro y su finalidad es la protección del individuo.²²

Es importante diferenciar entre miedo (el sujeto conoce el objeto externo y delimitado que le amenaza y se prepara para responder) y ansiedad (el sujeto desconoce el objeto, siendo la amenaza interna y existiendo una dificultad en la elaboración de la respuesta). La ansiedad es anormal cuando es desproporcionada y demasiado prolongada para el estímulo desencadenante.

Entre los factores precipitantes de la enfermedad están presentes los acontecimientos estresantes, en particular las dificultades en las relaciones interpersonales, las enfermedades físicas y los problemas laborales. Los trastornos de ansiedad pueden hacerse crónicos si persisten los acontecimientos estresantes que los han provocado o se mantienen estilos de pensamiento que ocasionan un temor a la presentación de los síntomas, creándose un círculo vicioso entre la ansiedad y el temor a presentarla.²³

3.1. Ansiedad Infantil

En los últimos años ha aumentado las investigaciones sobre los trastornos de ansiedad infantil, se ha descubierto que la existencia de estos puede favorecer la aparición de cuadros depresivos y de problemas de conducta y además, ser un factor de riesgo para el padecimiento de trastornos mentales en la vida adulta. Las manifestaciones de la ansiedad son similares a las descritas para el adulto, revistiendo características especiales las fobias, (como los temores a la oscuridad, a los animales y a la separación de los seres queridos) que presentan una evolución favorable y con tendencia a ser transitorias.

Cada vez con más frecuencia, los niños desarrollan miedos y fobias patológicas que dan lugar a estados de ansiedad que pueden hacerse crónicos. La ansiedad es una reacción natural a lo que nos parece extraño y que puede convertirse en una amenaza.

²¹ www.encolombia.com/pediatria34399guiademanejo2.htm

²² www.ciudadfutura.com/psico/articulos/trastor-infancia

²³ www.viatusalud.com.documento.asp

Se siente miedo al miedo y el cuerpo reacciona como si de un miedo real se tratase. Puede llegar a convertirse en una espiral sin salida.²⁴

La ansiedad es una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias más o menos difusas que prepara al organismo para reaccionar ante una situación de peligro.

En el niño las reacciones emocionales toman diversas formas, desde la forma motriz de la reacción de sobresalto hasta las reacciones de ilusión, consecuencia de insatisfacción real o de perturbación frente a los objetos colocados por la elaboración fantasmática.²⁵

3.2. *Manifestaciones de la angustia en el niño*

La mayoría de los niños ansiosos comienzan, desde el primer año de vida, a mostrar modelos de comportamiento que, con el tiempo, se desarrollan como una ansiedad, sensibilidad al stress y reacción excesiva a los estímulos internos y externos. Se pueden presentar varias reacciones de ansiedad en la infancia, pudiendo ser:²⁶

- Reacciones de angustia episódicas: se trata de una crisis de ansiedad, con duración variable en el curso de ciertos episodios medicoquirúrgicos y en ciertas afecciones febriles. Se da únicamente en niños con ciertos tipos de personalidad.
- Reacciones de angustia aguda: estas crisis no son raras en el niño. se trata de crisis que sobrevienen varias veces al día, o de vez en cuando, crisis de pánico intenso durante las cuales el niño aparece aterrorizado, con los ojos desenfocados, sudoroso, tembloroso y quejándose de trastornos diversos, cardiacos, respiratorios, abdominales. Estas reacciones pueden durar de varios minutos hasta una hora. Con frecuencia son niños que viven en una atmósfera de inseguridad, educados de una manera rígida y de acuerdo con formas de conducta estándar, sin iniciativa ni originalidad. Esta crisis es la señal de una queja más o menos consciente de abandono por los padres, de pérdida del amor paterno o de un peligro corporal; esta crisis aparece cuando el niño siente privación que le impide la satisfacción adecuada de sus necesidades instintivas.
- Fondo de la angustia crónica: algunos niños pueden quedar en un estado de inquietud y de temor permanente, con miedo a todo y con una fragilidad a todo peligro que pueda venir del exterior o del interior. Es mas frecuente en niños, expectantes, que viven en una actitud defensiva con fáciles sobresaltos, pero

²⁴ www.viatusalud.com.documento.asp

²⁵ Ajuriaguerra, de J y D Marcelli. Op. Cit. Pag 616

²⁶ . Op. Cit. Pag. 619-620

que presentan muy frecuentemente un primer plano manifestaciones somáticas: trastornos del sueño, insomnio en particular, trastornos del apetito, trastornos digestivos, respiratorios y cardíacos. (Ajuriaguerra, de J y D Marcelli.)

- Hipocondría: está entre en un cuadro psicodinámico complejo y diferente según la edad del niño. Se caracteriza por quejas de mal funcionamiento corporal, de vaga mala salud o por una anticipación ansiosa de enfermedad futura. Esta actitud responde principalmente a la identificación con los padres, hermanos o hermanas enfermos y a la utilización de formas de somatización familiar para hacer frente al stress. Otros factores pueden ser como el “automaternaje” por la ausencia de figuras parentales, la búsqueda de atención para obtener aceptación y una aprobación de la familia. La hipocondría es un síndrome que solo puede ser comprendido dentro del marco de la “historia familiar”.²⁷

3.3. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADO F41.1 (DSM-IV)

Características diagnósticas:

Criterio A: la característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad y la preocupación excesiva (expectación aprensiva) que se observa durante un periodo superior a 6 meses.

Criterio B: el individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación.

Criterio C: la ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos otros tres síntomas: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (en los niños basta con la presencia de uno de los síntomas adicionales).

Criterio D: las situación que originan ansiedad y preocupación no se limitan a las que son propias de otros trastornos del Eje I.

Criterio E: los individuos no se reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provoca malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad.

Criterio F: esta alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica general.²⁸

²⁷ Ajuriaguerra, de J y D Marcelli. Op. Cit. Pag. 619 - 620

²⁸ Masson, S.A. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. México, 1997 Pag. 447 - 448

3.3.1 Origen

En lo referente al origen de la ansiedad, las causas son muy variadas: puede deberse a factores temperamentales principalmente en niños tímidos o a factores ambientales tales como bajo nivel cultural, problemas económicos, divorcios.

Si se plantean una serie de objetivos que el niño no puede alcanzar, estos le provocarán inseguridad y miedo por su incapacidad y por la reacción de los padres. Por ello, es necesario replantearse las expectativas se tienen para los niños, que muchas veces se relacionan con el excesivo número de actividades académicas y extraescolares a las que tienen que hacer frente.²⁹

Los niños necesitan tiempo libre para dedicarse a jugar. La media jornada escolar supone un serio problema para los padres, especialmente si trabajan fuera de casa y tienen dificultad para atenderles; pero no hay duda de que beneficia a los pequeños, siempre y cuando no sirva para cargarles con nuevas tareas fuera de horario de clases.

3.3.2 Factores:

Entre los factores intervinientes de la ansiedad se encuentra la herencia biológica y una serie de experiencias y eventos comunes que se pueden observar en el entorno de las personas que más tarde padecerán una enfermedad ansiosa. Solamente la combinación de varios de estos factores (genética + aprendizaje + desencadenantes) llega a producir un trastorno de ansiedad.³⁰

- Influencia parento-filial:

Los niños se ven influidos por los valores y creencias del grupo de crianza, los métodos y disciplinas utilizados, en Guatemala las creencias de cada región son diferentes lo que influye en como aceptan la enfermedad y en como los modelos ofrecidos por los adultos significativos, en especial los padres, el lugar que ocupa el enfermo en relación con los hermanos, si es hijo natural o adoptivo y si ha habido divorcios o nuevos casamientos de los padres.

Los padres que padecen severa ansiedad u otros trastornos que se manifiesten en el trato cotidiano, implican un riesgo de que el niño los imite, por modelado o aprendizaje imitativo. Dentro de las posibilidades de trato que pueden tener influencia negativa, encontramos:

²⁹ www.mundogar.com/ideas/reportaje.asp

³⁰ www.mundogar.com/ideas/reportaje.asp

- Padres sobreprotectores:

Son aquellos que amparan excesivamente al niño de las adversidades de la vida. Muchas veces esto surge porque necesitan tener a alguien que dependa exclusivamente de ellos. Aunque actúe con la mejor de las intenciones, el sobreprotector impide al niño aprender a manejar adversidades y asumir algún riesgo como parte de la vida. Los padres de niños con síndrome nefrótico por el sentimiento de culpa, se vuelven padres sobreprotectores, llegando al punto de ausencia escolar por el temor de los mismos a que la enfermedad empeore o presenten alguna molestia en su ausencia. Aislándolos de la sociedad y fomentando más ansiedad en el niño.

- Aprobación según el desempeño:

Muchos niños son valorados por sus padres como personas solamente cuando su desempeño cumple las expectativas de los mismos, por ejemplo, al obtener muy buenas notas escolares o al desarrollar algún talento. La aprobación según el desempeño lleva a la creencia errónea de que una persona tiene valor únicamente cuando realiza algo valioso. Este hecho es más impactante cuando los padres son perfeccionistas y no sólo quieren que sus hijos aprueben con buenas notas, sino que además esperan de ellos perfección y que superen, ampliamente, la capacidad de un niño promedio. En nuestra sociedad sobre todo en el área rural, se puede observar que los padres ven a sus hijos como fuentes de ingresos y al ver que su hijo tiene una enfermedad, lo rechazan y en ocasiones llegan a decirles que no sirven para nada. Debido a que los niños con síndrome nefrótico deben permanecer en el hospital durante las recaídas lo que implica una pérdida de aproximadamente 2 semanas para la familia.

- Supresión o negación de sentimientos:

Puede darse de dos maneras: Directamente, instruyendo al niño para que suprima la expresión de sus sentimientos, usando frases como "no llores", "no debes que mostrarte avergonzado", "no te enojas conmigo"; o indirectamente, como se observa en los padres que bloquean o niegan sus propios sentimientos o, lo que es más grave, niegan la validez de los sentimientos del niño y ante su rabia dicen "tu no estás realmente enojado". Sin la demostración de los sentimientos, reacciones violentas o abusivas de algún progenitor, el niño aprende a suprimirlas para sobrevivir. En muchas familias, la poca expresión e información es una norma.³¹

La sociedad Guatemalteca en su mayoría es machista, por lo que muchos padres al saber que su hijo está enfermo, niegan la enfermedad o le echan la culpa a la madre por lo que no se harán responsables del tratamiento médico y las citas al doctor.

³¹ www.ciudadfutura.com/psico/articulos/trastor-infancia

4.1.4 Ansiedad y hospitalización

La enfermedad crónica infantil hace del niño un ser psicológicamente diferente, por la especial atención que precisa. El pronóstico e implicaciones de la enfermedad no dependerán tan sólo de la naturaleza de la misma, sino también de los efectos y alteraciones psicológicas que conlleve. Como consecuencia de la hospitalización infantil, las interacciones entre el niño y su médico físico y social se alternan. El niño, entre otras cosas, debe integrarse en un nuevo sistema, lo que origina una fuente importante de conflictos y tensiones, a la separación del entorno familiar se le suman los efectos del contacto con un ambiente extraño como lo es la institución hospitalaria, que además suele angustiar al niño.³²

Existe una multiplicidad de factores que constituyen fuente de amenaza para el niño y ante los cuales debe enfrentarse, siendo la enfermedad, la hospitalización y los procedimientos médicos, unos de ellos. En los niños con síndrome nefrótico deben sobrellevar que les saquen sangre 3 o 4 veces a la semana (mientras dure la hospitalización), soluciones de medicamentos durante los días hospitalizados, estar acostados hasta que el edema haya casi desaparecido. Estos procedimientos pueden llegar a desarrollar ansiedad en el niño, ya que al momento de ver que un doctor se acerca, empieza con nerviosismo y en ocasiones a llorar. En su dieta hiposódica (sin sal), restricción de líquidos.

La enfermedad origina una serie de efectos en el niño:

- *Efectos directos:* dolores generalizados, malestar, inquietud, irritabilidad, alteraciones del apetito y sueño, entre otros.
- *Efectos reactivos:* regresión emocional y conductual, depresión, interpretaciones erradas de la realidad, fantasías sobre cambios en su imagen corporal, alteraciones de la adaptación social, etc.³³

Una vez que el nefrólogo indique la hospitalización, dependiendo de la edad del niño se le dará una explicación, abarcando los siguientes puntos:

- 1- Es necesaria su hospitalización porque está enfermo y para curarlo debe quedarse. Se le da una explicación en la que él pueda comprender que es lo que está sucediendo con su cuerpo y cuáles van a ser los procedimientos médicos que le realizaran.
- 2- El hospital es un lugar donde va a recibir ayuda para curarse y el personal lo va a cuidar y tratar bien.

³² www.hemofilia.org_mx/revista_5/hospitalizacion

³³ www.tupediatra.com/mnyy/adaptacion-conductas

- 3- El tiempo que el va a permanecer en el hospital es el necesario para que se cure y pueda regresar a casa completamente sano.
- 4- Uno de sus padres podrá estar con él/ella todo el tiempo.
- 5- Podrá conocer nuevos amigos que tienen la misma enfermedad que él y compartir experiencias.

Hipótesis

El niño con diagnóstico de síndrome nefrótico presenta indicadores de ansiedad.

Variable Independiente

Síndrome nefrótico infantil

Variable Dependiente

Ansiedad

Indicador

- ✓ Fatigabilidad fácil
- ✓ Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
- ✓ Irritabilidad
- ✓ Tensión muscular
- ✓ Alteraciones del sueño
- ✓ Ansiedad fisiológica
- ✓ Inquietud/hipersensibilidad
- ✓ Preocupaciones sociales/concentración
- ✓ Mentira

CAPÍTULO II

Técnicas y Procedimientos

- Población global

La población infantil estuvo formada por 14 niños y niñas, que asisten a la clínica de nefrología del Dr. Randall Lou, nefrólogo pediatra; ubicada en el centro médico, zona 10, oficina 904; comprendidos entre las edades de 5 a 15 años, con escolaridad de pre-primaria y primaria; clase media alta, media y media baja, con procedencia del área urbana y rural, todos con diagnóstico de síndrome nefrótico.

- Técnica de muestreo

Para la selección de la muestra se utilizó la técnica de muestreo no aleatoria. Estuvo integrada por 14 niños y niñas, que asistieron a la clínica de nefrología, del centro médico Of. 904, por diagnóstico de síndrome nefrótico, durante los meses de septiembre a diciembre del 2008, comprendidos entre las edades de 5 años 11 meses a 15 años.

- Técnicas y procedimiento de trabajo

Se aplicaron cuatro pasos:

1) Al iniciar la sesión se estableció rapport con el niño, se utilizaron juegos acordes a su edad e interés para crear un clima emocional positivo.

2) Luego se aplicó el test de **Escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R)** (Para evaluar el nivel de ansiedad) *Anexo # 1*. Esta prueba en la actualidad esta validada en América Latina, en esta ocasión se utilizó las tablas de Uruguay, debido a que es el país que más se asemeja a nuestra realidad socio-económica.

Esta prueba consistió en 37 preguntas que se le hicieron al niño, para verificar cuál es el nivel de ansiedad en el que se encontraba. Cada pregunta se relaciona con actividades cotidianas en la vida del niño, que pueden desencadenar ansiedad en cierta población. Las subescalas que se encuentra en este test son:

✓ *Ansiedad fisiológica*: es un índice de la expresión del niño hacia las manifestaciones físicas de la ansiedad. Una calificación alta en esta subescala sugiere que el niño tiene cierta clase de respuestas fisiológicas que típicamente se experimentan durante la ansiedad.

✓ *Inquietud/hipersensibilidad*: los reactivos que están en esta subescala casi siempre contiene la palabra “preocupación” o más bien dicho evidencia una persona miedosa, nerviosa, o hipersensible a las presiones ambientales. Una calificación en esta subescala sugiere a un niño que internaliza gran parte de la ansiedad que experimenta, por lo que se puede agobiar al tratar de liberar dicha ansiedad.

✓ *Preocupaciones sociales/concentración*: expresan una preocupación acerca de la autocomparación con otras personas o expresan cierta dificultad en la concentración. Una puntuación alta puede sugerir niños que pueden tener ansiedad por no ser capaces de vivir de acuerdo con las expectativas de otros individuos que son muy importantes en su vida.

✓ *Mentira*: expresa una conducta idea. Una puntuación alta en esta subescala puede ser que el niño “simule bondad” intencionalmente para convencer al examinador o a otra persona de que el es una “persona ideal” en mayor grado de lo que en realidad es.

3) Por último, se aplico una entrevista estructurada, para obtener antecedentes de la conducta del niño, en casa y en la escuela; que consistió en una conversación con ambos o sólo uno de los padres de familia.

CAPÍTULO III

3.1 Presentación de análisis e interpretación de resultados

Caso # 1

Nombre: Kristen
Genero: Femenino
Edad: 6 años

Kristen vive en una familia desintegrada funcional, residentes en esta capital. La madre con escolaridad de estudios universitarios, trabaja en la administración de una tienda de ropa, el padre con estudios de bachiller, trabaja como comerciante. Vive con la madre, ve diariamente al padre con el que tiene una mejor relación. Su alimentación es variada, aún toma pacha por las noches, con poco apetito. Su sueño es tranquilo, duerme sola; cuando la madre sale de viaje por trabajo, se queda con el padre en casa de este, durmiendo en la misma cama. Al relacionarse con niños de su edad, no habla hasta que se sienta segura, al contrario con los adultos es muy comunicativa. Su rendimiento escolar es bueno. Hace aproximadamente 3 años se le diagnosticó el síndrome nefrótico, ha tenido ya 2 años sin tener recaídas.

Según el test de escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R) se encontró los siguientes resultados:

ESCALA	PERCENTIL
Ansiedad Total	99
Ansiedad Fisiológica	51
Inquietud / Hipersensibilidad	15
Preocupación Social/ Concentración	65
Mentira	90

Los resultados significan que maneja ansiedad no manifiesta un número significativo de síntomas físicos. Maneja autocomparación con otras personas, posiblemente no se considera tan buena o efectiva como los demás. El alto nivel de mentira indica que desea demostrar una imagen más positiva para lograr aprobación.

Caso # 2

Nombre: Alexander
Genero: Masculino
Edad: 13 años

Alexander vive en una familia desintegrada, debido al fallecimiento del padre y por migración de la madre a los Estados Unidos, dejando a Alex al cuidado de la abuela materna. Residen en Ixbobó, San Luis Petén. La abuela, analfabeta, trabaja en oficios domésticos. Su alimentación es variada, con un buen apetito. Duerme con la abuela, tiene un sueño intranquilo. Su relación con los demás niños es buena, aunque en ocasiones se pone nervioso, con los adultos en muy callado. Su rendimiento escolar actualmente es bueno, con repitencia de grado. Se le diagnosticó el síndrome nefrótico hace aproximadamente 3 años, estando hospitalizado durante 20 días.

Según el test de Escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R) se encontró los siguientes resultados:

ESCALA	PERCENTIL
Ansiedad Total	86
Ansiedad Fisiológica	95
Inquietud / Hipersensibilidad	61
Preocupación Social/ Concentración	97
Mentira	97

La puntuación obtenida nos indica un grado de ansiedad alto, así como una necesidad de integración y aceptación social, al momento de presenciar una situación de ansiedad la puede canalizar con respuestas fisiológicas, como sudoración de manos, insomnio.

Caso # 3

Nombre: Dimas
Genero: Masculino
Edad: 11 años

Dimas vive en una familia integrada funcional, viven en Quebradas Costulo, Livinstong. La madre con escolaridad de 1ro primaria, ama de casa; el padre, analfabeta, trabaja en agricultura. Su alimentación es variada, con poco apetito. Duerme sólo, su sueño es tranquilo. Tiene buenas relaciones con niños de su edad, así como con los adultos. Su rendimiento escolar es bajo, ha tenido repitencia de grados. Hace aproximadamente 4 años se le diagnosticó síndrome nefrótico, estando una semana hospitalizado en el Hospital de Chiquimula; los padres lo sobreprotegen después de su hospitalización.

Según el test de Escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R) se encontró los siguientes resultados:

ESCALA	PERCENTIL
Ansiedad Total	99
Ansiedad Fisiológica	99
Inquietud / Hipersensibilidad	94
Preocupación Social/ Concentración	99
Mentira	96

Las puntuaciones obtenidas muestran un nivel extremadamente alto de ansiedad, por lo que podría estar influenciando la sobreprotección de los padres con respecto a la enfermedad, que hacen que tenga una mayor preocupación hacia sí mismo, evidencia una personalidad nerviosa sensible a la presión.

Caso # 4

Nombre: Mónica
Genero: Femenino
Edad: 15 años

Vive en una familia integrada funcional, residen en la ciudad capital. La madre con escolaridad de Maestra, ama de casa y el padre con escolaridad de Médico y cirujano, actualmente jubilado. Su alimentación es variada y su apetito es bueno. Duerme sola y su sueño es tranquilo. Sus relaciones con adolescentes de su edad son buenas, así como con los adultos es comunicativa. Su rendimiento académico es bueno, siendo la presidenta de la clase, esta un año atrasada debido a las múltiples hospitalizaciones. Se le diagnosticó el síndrome nefrótico hace aproximadamente 2 años, estando hospitalizada durante 15 días, así mismo de lupus.

Según el test de Escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R) se encontró los siguientes resultados:

ESCALA	PERCENTIL
Ansiedad Total	81
Ansiedad Fisiológica	88
Inquietud / Hipersensibilidad	61
Preocupación Social/ Concentración	69
Mentira	92

Los resultados obtenidos evidencia que presenta un nivel de ansiedad medio, aunque no presenta rangos significativamente altos, está manejando síntomas físicos. El alto nivel de mentira indica que desea demostrar una imagen más positiva para lograr aprobación.

Caso # 5

Nombre: Gaby
Género: Femenino
Edad: 11 años

Vive en una familia integrada funcional, residen en esta capital. La madre con escolaridad de Profesorado en Enseñanza Media, trabaja como maestra y el padre con escolaridad de Bachiller, trabaja como comerciante. Su alimentación es variada y su apetito es inconstante. Duerme sola, su sueño es intranquilo, despertando durante la noche. Sus relaciones con niños de su edad son variables, a veces es amigable y otras veces pelea muchos; con los adultos es muy rebelde. Su rendimiento escolar es bueno, siendo actualmente la presidenta del aula. Se le diagnosticó el síndrome nefrótico desde hace aproximadamente 2 años.

Según el test de escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R) se encontró los siguientes resultados:

ESCALA	PERCENTIL
Ansiedad Total	96
Ansiedad Fisiológica	87
Inquietud / Hipersensibilidad	99
Preocupación Social/ Concentración	77
Mentira	15

Las puntuaciones obtenidas muestran que presenta un nivel de ansiedad alto, así como que presenta síntomas físicos como sudoración de manos, siendo hipersensible a presiones ambientales. Presenta ansiedad por no creerse se capaz como otro niño de su edad, esto puede deberse a los problemas típicos de su enfermedad.

Caso # 6

Nombre: Marvin
Género: Masculino
Edad: 12 años

Vive en una familia integrada funcional, residen en San Andrés, Ixtapa. La madre analfabeta, ama de casa, el padre con escolaridad de sexto primaria, trabaja en la PNC. Su alimentación es selectiva y con poco apetito, su sueño es intranquilo. En las relaciones interpersonales con adulto y niños es comunicativo y sociable. Su rendimiento escolar es bajo, informa la madre que deja de estudiar por jugar foot-ball. Se le diagnosticó el síndrome nefrótico a los 7 años, por lo que se realizó una biopsia de riñón a la edad de 10 años.

Según el test de escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R) se encontró los siguientes resultados:

ESCALA	PERCENTIL
Ansiedad Total	98
Ansiedad Fisiológica	99
Inquietud / Hipersensibilidad	88
Preocupación Social/ Concentración	89
Mentira	62

Los resultados muestran niveles de ansiedad alto, maneja una ansiedad fisiológica como sudoración de manos, insomnio, pesadillas, dificultad para respirar, los niveles altos pueden ser desencadenados por el nivel socio-cultural en el que se desarrolla.

Caso # 7

Nombre: Mayarlin

Género: Femenino

Edad: 7 años

Vive en una familia desintegrada, por migración de la madre a los Estados Unidos, quedado al cuidado de los abuelos maternos, residen en la capital. Su alimentación es variada y con buen apetito. Su sueño es intranquilo. Sus relaciones interpersonales con adultos y niños son buenas, es una niña muy sociable. Presenta buen rendimiento escolar, aunque platica mucho en la clase. Se le diagnosticó el síndrome nefrótico a la edad de 2 años.

Según el test de escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R) se encontró los siguientes resultados:

ESCALA	PERCENTIL
Ansiedad Total	71
Ansiedad Fisiológica	66
Inquietud / Hipersensibilidad	84
Preocupación Social/ Concentración	64
Mentira	20

El puntaje obtenido nos indica que presenta un nivel medio de ansiedad, la ausencia de la madre puede ser el desencadenante del nivel alto de hipersensibilidad, ya que en ocasiones puede ser hipersensible a situaciones cotidianas.

Caso # 8

Nombre: José
Género: Masculino
Edad: 5 años

Vive en una familia desintegrada por el fallecimiento del padre, residen en esta capital. La madre con escolaridad de 5to primaria, trabaja en una maquila. Su alimentación es variada y el apetito es variado. Las relaciones interpersonales son buenas con adultos y niños. Su rendimiento escolar es bueno, aunque refiere la madre que no hace caso. Se le diagnosticó el síndrome nefrótico al año de edad, ha sido hospitalizado 2 veces por el período de 1 semana.

Según el test de escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R) se encontró los siguientes resultados:

ESCALA	PERCENTIL
Ansiedad Total	99
Ansiedad Fisiológica	92
Inquietud / Hipersensibilidad	99
Preocupación Social/ Concentración	80
Mentira	99

Las puntuaciones obtenidas nos indican que presenta un nivel de ansiedad alto, presentado síntomas físicos como sudoración de manos, preocupación, insomnio. El alto nivel de mentira indica que desea demostrar una imagen más positiva para lograr aprobación.

Caso # 9

Nombre: Kevin
Genero: Masculino
Edad: 6 años.

La madre con escolaridad de secretaria oficinista, trabaja en Municipalidad de Sumpango, el padre con escolaridad de 6to grado de primaria, actualmente desempleado. Su alimentación es variada y con buen apetito. En sus relaciones interpersonales es un niño que se le dificulta relacionarse con personas adultas, y pelea con niños de su edad. Su rendimiento escolar es bueno. Ha sido hospitalizado varias veces por síndrome nefrótico y leucoma en el ojo.

Según el test de escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R) se encontró los siguientes resultados:

ESCALA	PERCENTIL
Ansiedad Total	15
Ansiedad Fisiológica	32
Inquietud / Hipersensibilidad	15
Preocupación Social/ Concentración	99
Mentira	90

La inmadurez emocional nos proporciona una información imprecisa, así como puede llegar a desconcentrarse en sus actividades por su autocomparación y preocupación social, debido a su necesidad de aprobación y dificultad de integración.

Caso # 10

Nombre: Saúl
Género: Masculino
Edad: 6 años

Vive en una familia integrada funcional, residentes es municipio de la capital. La madre con escolaridad de 3ro básico, ama de casa; el padre con escolaridad de 2do primaria, trabaja en una fábrica de cinchos. Su alimentación es selectiva, y buen apetito. Su sueño es inquieto, aún duerme con la madre. Sus relaciones interpersonales con niños de su edad se le dificultan, aunque con los adultos es muy comunicativo. Aún no ingresa a la escuela. Se le diagnosticó síndrome nefrótico hace 1 mes, por lo que se hospitalizo durante 10 días, para realizarle una biopsia de riñón. Toma Fenobarbital debido historial de convulsiones, aunque hace un año ya no se presentan las convulsiones.

Según el test de escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R) se encontró los siguientes resultados:

ESCALA	PERCENTIL
Ansiedad Total	32
Ansiedad Fisiológica	38
Inquietud / Hipersensibilidad	55
Preocupación Social/ Concentración	53
Mentira	61

Las puntuaciones obtenidas muestran que es un niño aparentemente muy estable emocionalmente, no evidencia ningún tipo de ansiedad. Las buenas relaciones familiares le pueden dar una mayor seguridad emocional.

Caso # 11

Nombre: Henry
Género: Masculino
Edad: 6 años

Vive en una familia integrada funcional con presencia de padrastro y hermana menor, residen en esta capital. La madre con escolaridad de 6to primaria, ama de casa; no dio datos del padre. Su alimentación es variada y su apetito aumenta cuando le da el medicamento. Su sueño es tranquilo, aunque se levanta 2 veces durante la madrugada. Sus relaciones interpersonales con niños de su edad son buenas, a los adultos no les presta atención. Su rendimiento escolar es bajo, aunque no se tiene información del problema en específico, debido a que la madre nunca ha hablado con la maestra.

Según el test de escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R) se encontró los siguientes resultados:

ESCALA	PERCENTIL
Ansiedad Total	99
Ansiedad Fisiológica	98
Inquietud / Hipersensibilidad	94
Preocupación Social/ Concentración	99
Mentira	34

Los puntajes obtenidos nos indican un nivel de ansiedad alto, así como preocupación de no lograr cumplir las expectativas de otras personas importantes en su vida; así como en sus momentos de ansiedad lo canaliza con problemas fisiológicos. Su concentración en clase puede estar afectada por su tendencia a la autocomparación lo que provoca que no se sienta tan efectivo o capaz como los demás niños de su clase.

Caso # 12

Nombre: Yara
Género: Femenino
Edad: 8 años

Vive en una familia integrada funcional, residen en Tactic, Cobán. La madre con escolaridad de maestra, ama de casa; el padre con escolaridad de Perito Contador, trabaja en una fábrica de municiones. Su alimentación es variada, con un buen apetito. Su sueño es tranquilo. Sus relaciones interpersonales son buenas con niños así como con adultos, es muy comunicativa. Su rendimiento escolar es bueno, aunque se pelea mucho con sus compañeros. Se le diagnosticó el síndrome nefrótico hace 2 años, estando hospitalizada durante 8 días.

Según el test de escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R) se encontró los siguientes resultados:

ESCALA	PERCENTIL
Ansiedad Total	74
Ansiedad Fisiológica	75
Inquietud / Hipersensibilidad	65
Preocupación Social/ Concentración	77
Mentira	39

Las puntuaciones obtenidas indican que presenta un nivel de ansiedad relativamente bajo, aunque no presenta rangos significativamente altos, está manejando síntomas físicos y dificultades de concentración y puede que en ocasiones se compare con sus compañeros.

Caso #13

Nombre: Cristian
Género: Masculino
Edad: 8 años

Vive en una familia desintegrada funcional con presencia de madrastra, residen en San Juan, Istmalco. La madrastra con escolaridad de 6to primaria, ama de casa, el padre con escolaridad de 3ro primaria, trabaja en agricultura. Su alimentación es variada y su apetito es irregular. Su sueño es tranquilo. Las relaciones interpersonales son buenas con niños de su edad, así como con adultos. Su rendimiento escolar es bueno. Se le diagnosticó el síndrome nefrótico hace 2 años, enfermedad de oncología.

Según el test de escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R) se encontró los siguientes resultados:

ESCALA	PERCENTIL
Ansiedad Total	94
Ansiedad Fisiológica	75
Inquietud / Hipersensibilidad	96
Preocupación Social/ Concentración	93
Mentira	51

Las puntuaciones obtenida muestran un nivel de ansiedad total alto, así como que se mantiene preocupado, nervioso, y que puede ser hipersensible a presiones ambientales. Presenta ansiedad por no creerse capaz como otro niño de su edad, esto puede deberse a problemas típicos de su enfermedad.

Caso # 14

Nombre: Frank
Género: Masculino
Edad: 8 años

Vive en una familia integrada funcional, residen en San Marcos. La madre con escolaridad de bachiller, trabaja en la administración de un colegio, el padre con escolaridad de 3ro primaria, trabaja como ganadero. Su alimentación es selectiva, con buen apetito. Su sueño es intranquilo, aún duerme con la madre. En sus relaciones interpersonales es un niño que no se comunica con facilidad. Su rendimiento escolar es bueno. Se le diagnosticó el síndrome nefrótico hace 1 mes, estando hospitalizado durante once días.

Según el test de escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R) se encontró los siguientes resultados:

ESCALA	PERCENTIL
Ansiedad Total	51
Ansiedad Fisiológica	49
Inquietud / Hipersensibilidad	48
Preocupación Social/ Concentración	84
Mentira	98

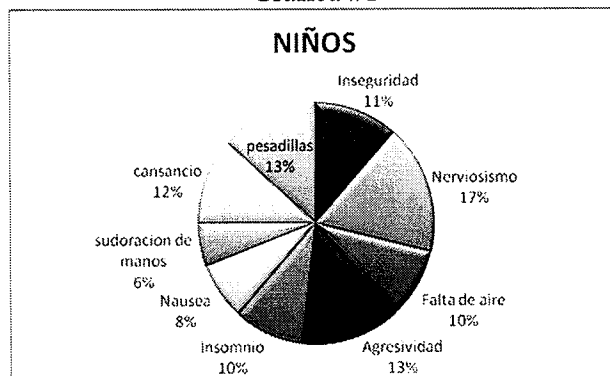
Las puntuaciones obtenidas indican un nivel de ansiedad no significativo, contrastando con la puntuación de mentira que nos indica que esta dando una imagen de sí mismo falsa, o deseo de aceptación social, se refleja su inseguridad social y personal en el resultado de preocupación social y concentración.

Presentación de resultados

La muestra total fue de 14 niños, de los cuales cinco fueron de sexo femenino y nueve de sexo masculino.

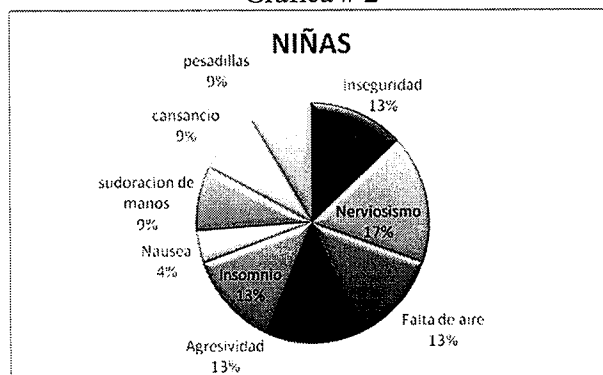
ANSIEDAD FISIOLÓGICA

Gráfica #1



Fuente: CMAS-R

Gráfica # 2



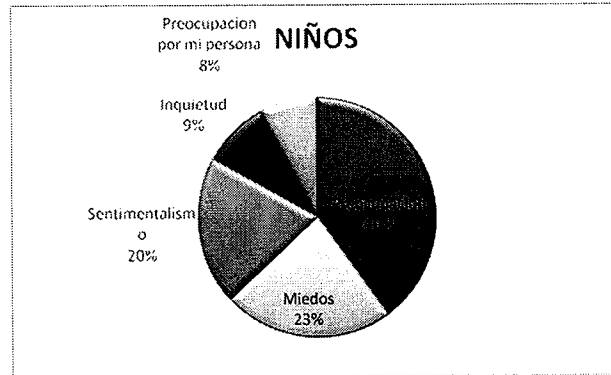
Fuente: CMAS-R

Interpretación

Los resultados obtenidos muestran que la mayoría de los niños con diagnóstico de síndrome nefrótico presentan varios indicadores de ansiedad fisiológica. Siendo el más significativo nerviosismo con un 17%, igualado en niños y niñas.

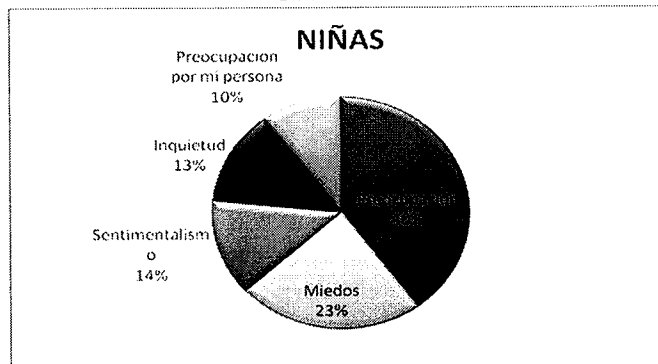
HIPERSENSIBILIDAD

Gráfica # 3



Fuente: CMAS-R

Gráfica # 4



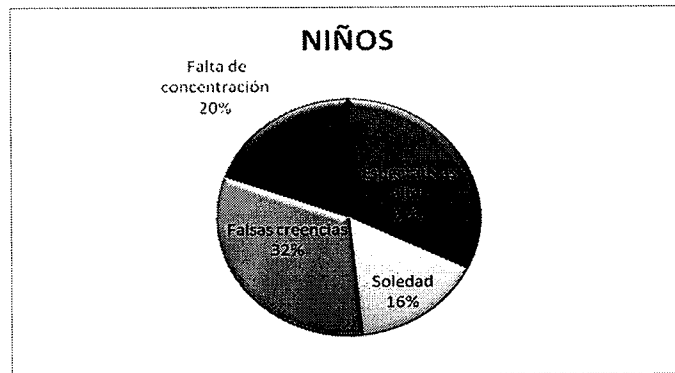
Fuente: CMAS-R

Interpretación

Se obtuvieron los siguientes resultados, los niños con diagnóstico de síndrome nefrótico presentan inquietud e hipersensibilidad, teniendo una mayor puntuación la preocupación de las situaciones cotidianas con un 40% en niñas y un 40% en niños.

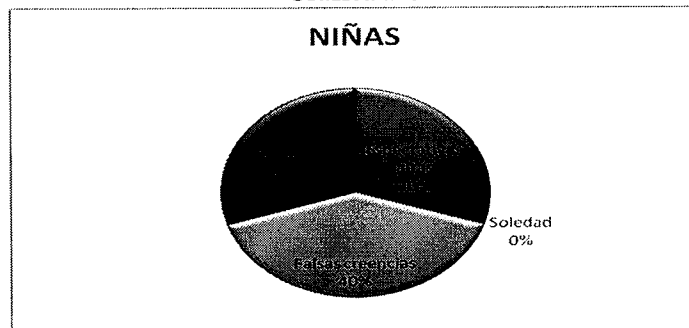
PREOCUPACIÓN SOCIAL/CONCENTRACIÓN

Gráfica # 5



Fuente: CMAS-R

Gráfica # 6



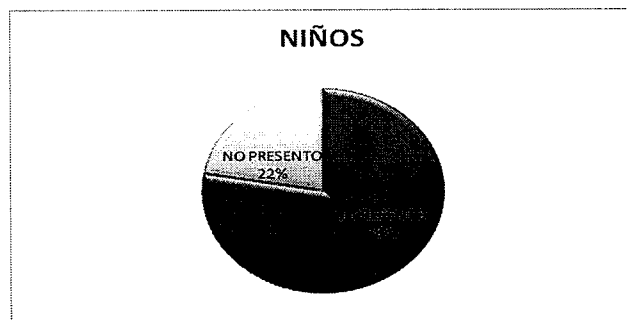
Fuente: CMAS-R

Interpretación

Los resultados obtenidos son los siguientes, los niños con síndrome nefrótico creen que no lograran llenar las expectativas de personas significativas para ellos, siendo casi inalcanzable las metas u objetivos propuestos, por lo que se produce la ansiedad; así mismo un 32% de niños y un 40% de niñas tienen falsas creencias de la opinión de las demás personas sobre si mismo.

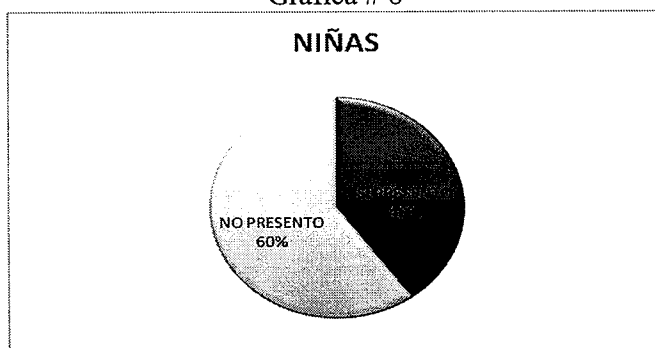
MENTIRA

Gráfica# 7



Fuente: CMAS-R

Gráfica # 8



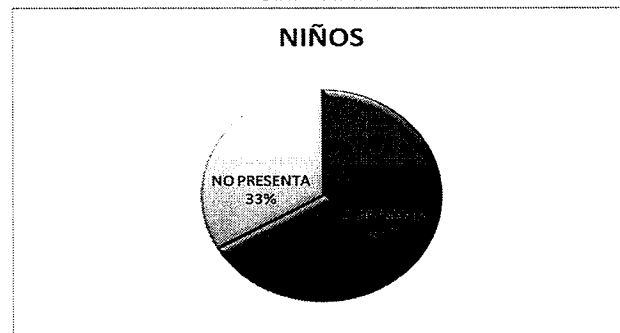
Fuente: CMAS-R

Interpretación

En esta grafica se evidencia que los niños con síndrome nefrótico, temen mostrarse como son realmente debido a que no desean ser desaprobados; los niños evidenciaron un 78% en la escala de mentira, al contrario con las niñas que presento un 40%.

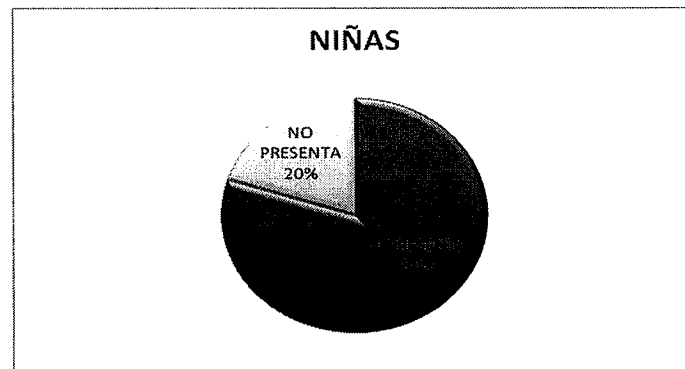
ANSIEDAD TOTAL

Gráfica # 9



Fuente: CMAS-R

Gráfica # 10

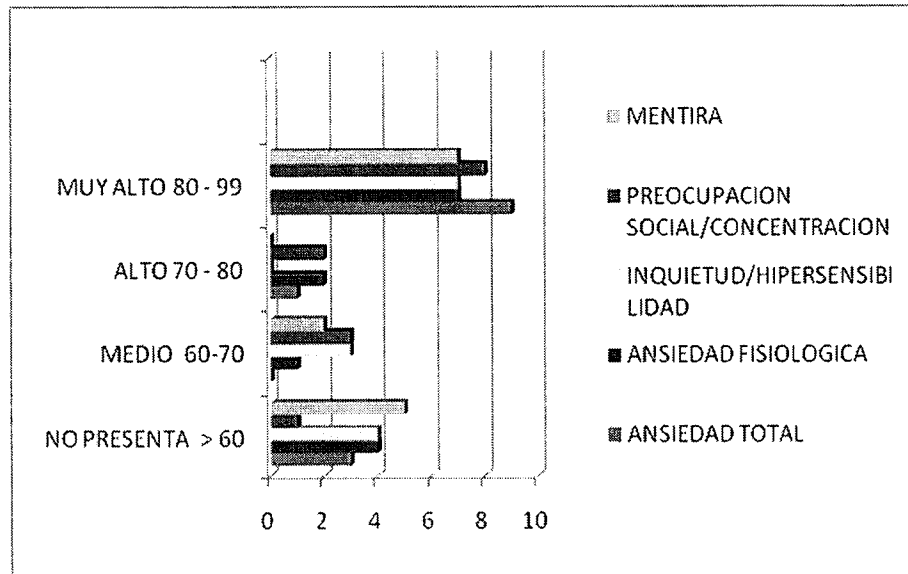


Fuente: CMAS-R

Interpretación

En el resultado de esta grafica se puede observar que los niños con síndrome nefrótico evaluados en esta investigación sí presentan ansiedad; los niños con un 67% y las niñas 80%.

Gráfica #11



Interpretación

Los resultados obtenidos en esta grafica nos muestran que en promedio los niños con síndrome nefrótico manejan diferentes niveles de ansiedad, así como niveles altos en las sub-escalas de la prueba.

CAPÍTULO IV

4.1 Conclusiones

- Los indicadores de ansiedad más comunes que presentan los niños con diagnóstico de síndrome nefrótico se describen a continuación:
 - ✓ Ansiedad fisiológica: sudoración de manos, dificultad para conciliar el sueño, pesadillas, dificultad para respirar.
 - ✓ Inquietud/hipersensibilidad: sentirse mal cuando se enojan con ellos, mostrar nerviosismo, tener preocupación por no llenar expectativas de personas importantes para ellos
 - ✓ Preocupaciones sociales/concentración: dificultad para concentrarse, sentir que a los demás no les gusta como hacen las cosas, creer que sus compañeros los critican.
 - ✓ Mentira: refleja el temor a la desaprobación o falta de conciencia de que no alcanzan el nivel de perfección que se considera esperado.
- En este estudio se observó un nivel elevado de mentira, esto puede evidenciar el temor de no ser aceptado por la sociedad, así como tener la aprobación de los mayores.
- En este estudio se observó que fue más frecuente la presencia de niños que niñas, y la mayoría oscila entre las edades de 5 años a 8 años 11 meses.
- La mayoría de niños pertenecen a un hogar integrado en donde la enfermedad del niño afecta las relaciones en el núcleo familiar, debido al cuidado que estos niños necesitan.
- La alimentación y el apetito se ven afectados por el síndrome nefrótico ya que deben ingerir alimentos sin sal y no tomar líquidos.
- Según el estudio realizado puede sospecharse que existe una mayor incidencia en el manejo de ansiedad en varones diagnosticados con síndrome nefrótico.
- Se ha comprobado que los cambios físicos (edema) que esta enfermedad presenta, provocan ansiedad mayormente en los niños que en las niñas.
- Es posible que se vea afectada la imagen corporal en los niños diagnosticados con síndrome nefrótico debido al edema en rostro y extremidades que es uno de los signos característicos de dicha enfermedad.

- Los niños con síndrome nefrótico, que presentan ansiedad pueden mostrar uno o dos recaídas en el año.
- La inasistencia escolar debido a las recaídas; hospitalizaciones y a el tratamiento de dicha enfermedad, provocan un bajo rendimiento escolar, tanto en niños como en niñas.
- Con la presente investigación se pudo observar que los padres de niños con síndrome nefrótico tienden a ser sobreprotectores lo cual puede provocar serios problemas en su vida futura tales como dependencia, inseguridad, baja tolerancia a la frustración.
- Las características de intermitencia del síndrome nefrótico no permite que los padres identifiquen síntomas de recaída, lo cual puede desencadenar ansiedad.
- Se pudo observar que los padres tienden a sobreproteger a sus hijos provocando serios problemas en su vida futura.
- La hospitalización necesaria para cumplir el tratamiento del síndrome nefrótico puede ser una experiencia desagradable para los niños que le causa ansiedad, ya que en ocasiones puede durar semanas.

4.2 Recomendaciones

- ♥ Es necesario que los niños con diagnóstico de síndrome nefrótico, lleven continuamente un tratamiento psicológico, para sobrellevar su enfermedad.
- ♥ Orientar a los padres sobre los síntomas que presentara el niño, tanto físico como psicológico, para que puedan actuar o consultar a un profesional.
- ♥ Informar a la sociedad guatemalteca sobre las enfermedades de los riñones, las cuales son muy poco conocidas en nuestro ambiente.
- ♥ Orientar a los padres la forma correcta de cuidar al niño evitando la sobreprotección ya que es contraproducente para su desarrollo y desenvolvimiento.
- ♥ Es necesario que los profesionales de la psicología, se informen sobre las múltiples enfermedades renales y efectos secundarios de las mismas, para poder realizar un tratamiento continuo en equipo con el pediatra (trabajo multidisciplinario).
- ♥ Es necesario investigar todas las enfermedades en el área de nefrología, y sus efectos psicológicos que estas presentan en los niños, para poder estar más informados sobre las mismas, y así poder dar un tratamiento efectivo para cada enfermedad.
- ♥ Se considera favorable que en cada centro hospitalario con área pediátrica, se cuente con un profesional de la psicología para ayudar al niño y a los padres a sobrellevar esta enfermedad.
- ♥ Es necesario que en la familia se nombre a una persona capacitada encargada de proporcionarle el medicamento al niño enfermo de forma correcta y puntual.
- ♥ Los padres o encargados deben de supervisar la alimentación en sus hijos para evitar el consumo de sal o comida chatarra.
- ♥ Se recomienda presentarse puntualmente a sus citas médicas para llevar un control sobre el síndrome nefrótico.
- ♥ Orientar a las madres sobre otras formas de ingresos económicos para su hogar.

- ♥ No deben de suspender el tratamiento o adecuar las tomas del niñ@ sin autorización del nefrólogo encargado de llevar el control de esta enfermedad.

- ♥ Orientar a los padres sobre los primeros síntomas de ansiedad que pueden presentar los niños con síndrome nefrótico, para que los padres puedan manejar la ansiedad del niño en casa.

- ♥ Es necesario que el niño conozca sobre su enfermedad, así como el uso adecuado del medicamento y las restricciones a las cuales es sometido.

- ♥ Orientar a los niños sobre técnicas para exteriorizar sus temores por medio de diferentes técnicas terapéuticas como la danza, el dibujo, pintura, etc.

BIBLIOGRAFÍA

1. Behrman, Arvin Kliegman. Nelson, Tratado de Pediatría. Volumen II. Decimaquinta edición McGraw – Hill Interamericana.
2. Ajuriaguerra, J de, D. Marcelli. Manual de psicopatología del niño. 3º Edición. Editorial Masson, S.A. 1996. Paginas 551
3. Pericchini, Collete. El niño enfermo. Editorial Herder. Barcelona 1986 (falta # hojas)
4. Palomo del Blanco, Maria del Pilar. El niño hospitalizado. Editorial Pirámide S.A. Madrid. 1995. Pags. 178
5. Broadribb, Violet. Enfermería Pediátrica. Tercera Edición. Editorial Harper&Rowpublishers, 1985
6. <http://www.viatusalud.com/documento.asp>
“Trastornos de Ansiedad”
7. <http://www.ciudadfutura.com/psico/articulos/trastor-infancia>
“Trastorno de ansiedad generalizada”
5 Paginas
8. <http://www.virtusalud.com/documento.asp>
“Prednisona”
2 Paginas
9. <http://www.zonapediatrica.com/patologia/nefrotico>
“Información para padres, Síndrome Nefrótico”
2 paginas
10. <http://www.pediatrasalud.com/profesionales/cursos/cronicas/nefro.html>
“Seguimiento del niño con Enfermedad Crónica:
3 paginas.
11. <http://www.artritiskids@yahoo.com>
“Prednisona”
2 paginas
12. <http://www.encolombia.com/pediatria34399guiademanejo2htm>
“Guía de manejo en niños con Síndrome Nefrótico: 5 paginas

13. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. México. Editorial Masson, S.A. México. 1997
14. Bock, Glenn M.D., Edward J. Ruley M.D. A parent's guide to kidney disorders. University of Minnesota
15. Frank H. Netter M.D. The ciba collection of medical illustrations volume 6. Tercera impresión. USA. 1979. Paginas 294
16. <http://tupediatra.com/mnyy/adaptacion-conductas>
17. http://hemofilia.org_mx/revista_5/hospitalizacion

ANEXOS

ORIENTACIÓN A PADRES DE NIÑOS QUE HAN ESTADO HOSPITALIZADOS

1. Traten que el niñ@ vuelva a hacer las cosas que hacia en la casa antes de estar hospitalizado tan pronto como sea posible.
2. Dígale al niñ@ que fue valiente al haber estado en el hospital, pero no lo comente demasiado para no animarlo a creer que esta en una buena forma de llamar la atención, porque entonces podrá acostumbrarse a sentirse enfermo para que se fije en el/ella.
3. Deben continuar siendo cariñosos y atentos con el niñ@ pero sin romper con la disciplina de la casa. No es bueno que después de estar hospitalizado le permitan que se comporte en forma incorrecta; debe seguir comportándose de acuerdo a las reglas familiares.
4. Deben decir siempre la verdad sobre enfermedad y tratamiento a fin de mantener la confianza del niñ@.
5. Proporcionenle al niñ@ juguetes, como plasticina, pinturas, equipos de doctor y de enfermera y otros materiales con el que jugo en el hospital.
6. Permítanle al niñ@ que hable sobre su enfermedad y hospitalización, Aclare sus dudas sobre lo que vivió, El hablar sobre su experiencia le ayudara a aprender de las experiencias en su vida.
7. Es posible que algunos días después de haber estado hospitalizado, le cueste estar separado de sus padres o que tenga temores o se ponga berrinchudo. Compren dan que lo que siente es normal y ayúdenle a tranquilizarse.
8. Evite dejar al niñ@ solo durante mucho tiempo durante el día o la noche, hasta que este bien adaptado y se sienta seguro en el hogar otra vez.
9. Hablen con el niño para explicarle que un hospital es un lugar a donde los padres llevan a sus hijos si están enfermos que no pueden curarse en la casa. Pero que los padres siempre están cerca de el/ella y hablan con los doctores para que se alivien pronto para que regrese a casa.
10. Permita al niño visitar al personal que le atendió en el hospital cuando vaya a la consulta externa.

Resumen

La población que se estudió son niños diagnosticados con síndrome nefrótico, dicha enfermedad afecta los riñones dejando que se salga la proteína del cuerpo. Al no tener proteína en la sangre, el cuerpo retiene líquidos, esto provoca que toda el agua que el niño ingiere se quede dentro de su cuerpo y se edematice (hinche).

Las recaídas son impredecibles, pueden ser de una a cuatro en el año. Cada recaída implica edema, este es evidente sobre todo en la cara y extremidades inferiores, lo que provoca de estos niños no asistan a estudiar y se aíslen socialmente. Las limitaciones alimenticias como la comida con sal, cualquier tipo de líquidos, golosinas, comida en bolsitas, hacen más desagradable el tratamiento.

Se logro comprobar que estos niños manejan niveles de ansiedad altos, el no saber cuándo será su próxima recaída, la sobreprotección de los padres, el bajo nivel cultural de la mayoría de las familias y el poco entendimiento de la enfermedad, son factores que pueden llegar a desencadenar ansiedad en estos niños.

Con esta investigación podremos ayudar a los padres y/o encargados a manejar la ansiedad en los niños y a los niños a entender, aceptar y sobrellevar su enfermedad y tratamiento.

