

**N. Calvo Piñero**

Master en Psiquiatría Infanto-Juvenil  
Unidad de Psiquiatría Infantil  
Hospital Universitario Materno-Infantil, Vall d'Hebron

Aspectos psicopatológicos del  
adolescente con enfermedad  
renal bajo tratamiento de  
hemodiálisis

*Psychopathological aspects of  
adolescents with kidney disease  
receiving haemodialysis  
treatment*

**RESUMEN**

Los avances médicos de los últimos años ha llevado a incrementar el número de niños y adolescentes supervivientes a enfermedades crónicas renales.

Ahora bien, la falta de órganos hace que éstos pasen ineludiblemente por tratamientos sustitutivos renales, destacando entre ellos y en primer lugar la hemodiálisis (HD) (65% de los casos, aproximadamente). La HD, a pesar de proporcionar una mejoría física inicial, conlleva limitaciones físicas y psicológicas.

La presente investigación es una síntesis del trabajo de Master en Psiquiatría Infanto-Juvenil, del Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona. Se establecen y comparan dos grupos experimentales de 25 adolescentes cada uno y ambos formados por sujetos que padecen una insuficiencia renal crónica (IRC), con la diferencia de que una muestra recibe tratamiento de hemodiálisis (denominado HD) y la otra no (HR). El objetivo es estudiar si los adolescentes con HD serían más vulnerables y podrían presentar más alteraciones psicopatológicas y de integración social que aquellos que padecen la misma enfermedad pero no ese tratamiento. Asimismo se utilizó un grupo control. Se

realizó historia clínica -Falcó-, entrevista semiestructurada (protocolo) y valoración psicológica: inteligencia, ansiedad, rasgos depresivos y atención.

Los resultados ponen de manifiesto una presencia más significativa y un mayor número de alteraciones psicopatológicas en adolescentes con HD, pudiendo este tratamiento incrementar las dificultades de desarrollo psicológico y de adaptación psicosocial.

**PALABRAS CLAVE**

Hemodiálisis (HD); Insuficiencia renal crónica (IRC); Trasplante renal (TR); Alteraciones psicopatológicas.

**ABSTRACT**

*Thanks to the latest progresses in the field of medicine the number of children and teenagers surviving chronic kidney diseases has increased. However, the lack of organs available makes them undergo substitutive kidney treatments. Among them haemodialysis (HD) is outstanding (65% of the cases approx.). HD despite providing an initial physical*

*improvement, has physical and psychological limitations.*

*This piece of research is a synthesis of the work "Master in children and young adults psychiatrics" of Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona. Two experimental groups of 25 teenagers, consisting each one of patients suffering from renal failure (RCI), are set up and compared. One of the groups undergoes a haemo-dialysis treatment (named HD) and the other not (HR). The aim is studying whether adolescents with HD could be more vulnerable and could have more psychopathological and social disorders than those who suffer from the same disease but not receive this treatment. Likewise a third control group was used. Clinical history -Falcó-, semi-structured interviews (protocol) and psychological valuation were performed: intelligence, anxiety, depression features and attention.*

*The results show a more significant presence of psychopathological disorders in teenagers with HD, being this treatment susceptible of increasing the difficulties in the patient's psychological and psychosocial development.*

## KEY WORDS

*Haemo-dialysis (HD); Chronical renal failure (CRF); Renal trasplant (RT); Psychopatological disorders.*

## INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de los trasplantes renales (TR) se han producido importantes avances médicos en el campo de las enfermedades renales: descenso de mortalidad, relacionado especialmente con TR; mejora de las técnicas quirúrgicas; medicaciones inmunodepresoras que facilitan o posibilitan una mayor supervivencia del injerto. Ahora bien, la falta de órganos hace que niños y adolescentes se vean obligados a pasar ineludiblemente por hemodiálisis.

La HD es una de las técnicas sustitutivas renales alternativas más utilizadas con el enfermo de IRC. Su objetivo, pues, es sustituir las funciones perdidas de los riñones, tanto como sea posible, por medios

artificiales. Consiste en una depuración de los metabolitos de desecho del organismo acumulados en sangre por medio de diversos mecanismos. Pero, a pesar de la gran mejoría física que experimentan estos pacientes al iniciar la HD y compensar así su síndrome urémico, la calidad de vida de la mayoría de ellos parece estar limitada, ya que aparecen complicaciones físicas, además de las limitaciones psicológicas, alimentarias, educacionales y de integración social, entre otras.

Diversos estudios ponen de manifiesto que tanto la HD como el TR y la IRC pueden aparecer asociados a alteraciones psicopatológicas. En la mayoría de los casos se presenta una discapacidad a largo plazo, una persistente amenaza de deterioro y muerte, un sometimiento a tratamientos médicos desagradables y a intervenciones quirúrgicas y fluctuaciones imprevisibles en su funcionamiento físico. Estos factores de riesgo de la enfermedad y de los tratamientos pueden contribuir al desarrollo de trastornos psicopatológicos de estos pacientes, siendo los grupos de mayor riesgo, según algunos estudios, los enfermos en HD, puesto que deben asistir a las sesiones de diálisis regularmente, están bajo control médico permanente y con constante medicación, sometidos a repetidas analíticas y a hospitalizaciones ocasionales, con el fin de prever y anticipar complicaciones. Sin embargo, el paciente con TR puede conseguir una mejor calidad de vida. Así pues, el paciente pediátrico que crece con una IRC presenta una salud subóptima y debe ajustarse a las demandas y restricciones impuestas por el tratamiento.

Mc Graw<sup>(1)</sup> planteaba ya en 1985, en Canadá, un estudio en 12 niños con IRC. Éstos habían experimentado tempranamente tratamiento en diálisis (media de edad era de 18 meses) y TR (media de edad de 28 meses). Desde el punto de vista de desarrollo, ocho presentaban un funcionamiento alterado, diagnosticándose en cuatro de ellos retraso moderado y en uno severo. No se pudo determinar si ello podía ser resultado de los efectos tóxicos de la uremia y malnutrición, o si estaba asociado a la deprivación psicosocial. Concluyeron este estudio apuntando que en etapas tan tempranas el desarrollo intelectual y neurológico resulta muy vulnerable a cualquier alteración, con lo que es imprescindible la institución de terapias psicológicas para la obtención de resultados favorables. Garralda<sup>(2)</sup> compara niños tratados con diálisis con otros sin este tratamiento, y, aunque los datos no

174 fueron estadísticamente significativos, observaron que los que están en HD tienden a mostrar baja autoestima (30%) y problemas de integración social, mientras que el niño con IRC pero sin HD presenta ansiedad e inquietud (40% frente al 30% en HD), soledad (45%), síntomas depresivos y buena socialización (55%; sólo 30% en HD), está favorecida por el hecho de poder asistir a la escuela normalmente.

Reichwald-Klugger<sup>(3)</sup> pone de manifiesto que los pacientes pediátricos en HD pueden llegar a tener problemas psicológicos de más difícil manejo que incluso los problemas somáticos. Todo ello resulta más complicado durante la adolescencia, especialmente en el adolescente que tras haber adquirido la independencia cae enfermo, puesto que favorece la aparición de dependencia y regresión, dificultades de identificación con sus compañeros, baja autoestima y aislamiento social, así como una autoimagen alterada. Conductas similares han sido descritas posteriormente por Mazet y Houzel<sup>(4)</sup>. También Calvo<sup>(5)</sup> en un estudio preliminar con 20 adolescentes en diálisis describió la presencia de patología de inhibición, más que de exaltación, tendencia al aislamiento, presencia de miedos y fobias, y trastornos de la afectividad, destacando la irritabilidad, abatimiento y desvalorización, y presencia de relaciones conflictivas tanto en el ámbito familiar como el extrafamiliar. De diversas investigaciones revisadas podría señalarse que la presencia de HD va acompañada de trastornos emocionales, tales como miedo, ansiedad, síntomas depresivos, alteraciones de la imagen corporal, baja autoestima, dependencia, aislamiento social, nivel intelectual por debajo de sus capacidades potenciales, absentismo y fracaso escolar, entre otros.

El presente trabajo forma parte de una investigación más amplia, cuyo objetivo fundamental es estudiar si los adolescentes que están en un programa de diálisis por una IRC presentan mayor número de alteraciones psicopatológicas que los que padecen esta misma enfermedad pero sin este tratamiento, ya que la HD podría, en general, incrementar las dificultades de desarrollo psicológico y de adaptación psicosocial. De forma paralela, se analiza la interrelación entre la presencia de una enfermedad orgánica crónica renal y la vulnerabilidad a manifestar problemas psicológicos.

En el apéndice 1 se expone un resumen de los aspectos físico-médicos de la IRC.

**Tabla 1** Sexo

	<i>Sexo masculino</i>	<i>Sexo femenino</i>	<i>Total</i>
Grupo HD	16 (64%)	9 (36%)	25 (100%)
Grupo HR	15 (60%)	10 (40%)	25 (100%)
Grupo HCP	11 (44%)	14 (56%)	25 (100%)
Total	42 (56%)	33 (44%)	75 (100%)

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Sujetos

Se establecen y comparan dos grupos experimentales de 25 individuos cada uno y ambos formados por adolescentes que padecen una IRC: una muestra recibe tratamiento sustitutivo renal de HD (grupo que se identifica con el nombre de HD) y la otra que en la actualidad no reciben HD (llamado HR). Los sujetos experimentales son pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología del Hospital Materno-Infantil de la Vall d'Hebron, ya fuera para realizar la HD o bien para controles médicos. La finalidad de dicha comparación es averiguar si la HD incrementa o no la presencia de alteraciones psicopatológicas en los adolescentes con enfermedad renal. Para extrapolar dichos resultados se ha utilizado un grupo control de comparación (identificado con HCP) constituido por 25 adolescentes de la misma edad, que consultaron en la Unidad de Paidopsiquiatría de dicho hospital durante el mismo período de tiempo en que se realizó la investigación y que carecían de enfermedad orgánica crónica. Las edades en todos los sujetos oscilan entre los 11 y 18 años, siendo la media de edad ligeramente superior en HD y en HCP (HD: 15,6; HR: 13,6 y HCP: 15,2). En la distribución por sexos se observa que en los grupos experimentales existe una mayor frecuencia de sujetos de sexo masculino, mientras que en el grupo control es del femenino (Tabla 1). El nivel socio-económico y cultural es similar, situándose la mayoría en un nivel inferior. Fueron excluidos aquellos sujetos que no tuvieran un C.I. normal.

### Instrumentos

Se ha realizado una entrevista con padres (Historia Clínica de la Unitat de Psiquiatría-Falcó) y una entrevista semiestructurada (protocolo, ver apéndice 2), con el fin de obtener una mayor información sobre aspectos más

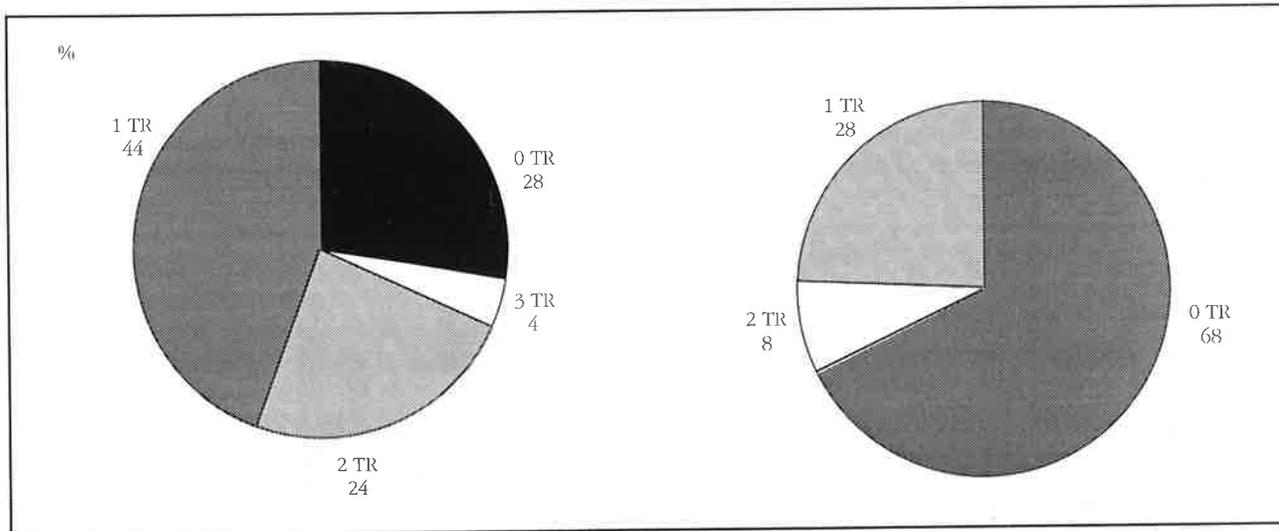


Figura 1. Trasplante renal HD-HR.

concretos y específicos de la enfermedad y del tratamiento aplicado, así como de las reacciones psicológicas y sociales del adolescente ante su problemática. Por último una valoración psicológica constituida por pruebas de inteligencia (WISC-WAIS y Raven), cuestionario de ansiedad (STAIC-STAD), prueba de atención (Toulouse-Pieron) y cuestionario de depresión (CDS-BECK).

El diseño de este estudio es quasi-experimental, de observación sistemática y transversal. Se trata, pues, de un diseño no experimental observacional. Se ha realizado un muestreo no probabilístico e intencional.

## RESULTADOS

### Entrevista clínica semiestructurada

La mayoría presenta un inicio precoz de la enfermedad, siendo la media en ambos grupos de seis años. Consecuentemente, el inicio de cualquier tratamiento paliativo también es temprano. El 72% de los adolescentes de HD ha recibido un TR, mientras que el 68% de HR nunca han tenido. El número de TR varía de 0 a 3, que es el máximo que ha tenido cualquier paciente. Se observan diferencias significativas en cuanto al número de TR. HD presenta mayor número: un 44% ha tenido 1 TR; un 24% 2 y un 4% 3 (ningún sujeto de HR ha recibido

3). Esto es explicado por el hecho de que un 68% de los sujetos de HD ha hecho un rechazo al injerto frente al 4% de HR. En este grupo la mayoría no ha recibido ninguno (Fig. 1).

Un 48% de los adolescentes de HD han pasado por dos períodos de HD, coincidente con una HD pretrasplante y otra postrasplante. En cambio, la mayoría de HR (64%) no ha estado nunca en diálisis. La edad de inicio de ésta se sitúa en HD en una media de 9,6 años. El tiempo de tratamiento en diálisis en años indica una media de 5,9 en HD y la predisposición a recibirla es negativa en la totalidad de los sujetos, mientras que para el 88% de los HR es neutra. Resulta significativa la ausencia de antecedentes familiares. Destaca la presencia de déficits ponderales y puberales, especialmente destacados en HD.

### Entrevista clínica

De los grupos experimentales, HD presenta un número más significativo de alteraciones psicopatológicas. De los resultados obtenidos podemos destacar los que se describen a continuación.

Las edades de los padres y madres son muy similares, estando la media de todos ellos alrededor de los 40. Se observa una distribución semejante en cuanto a la profesionalidad de éstos, siendo la mayoría de padres obrero-operario y de madres amas de casa. El lugar de

176

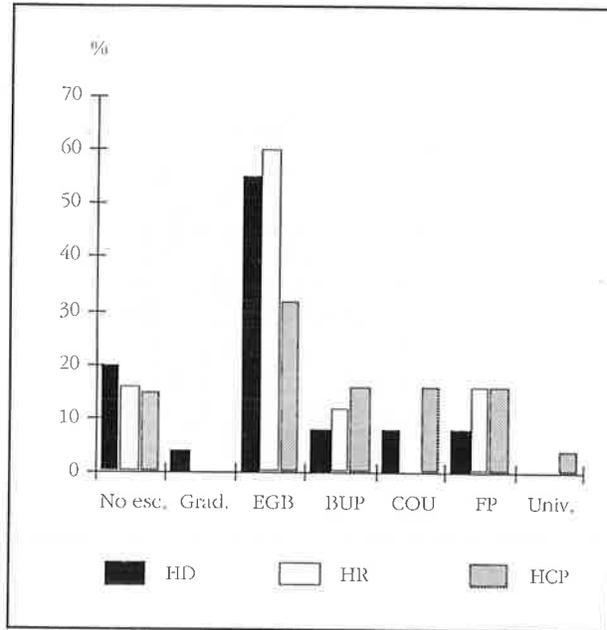


Figura 2. Nivel de estudios actuales.

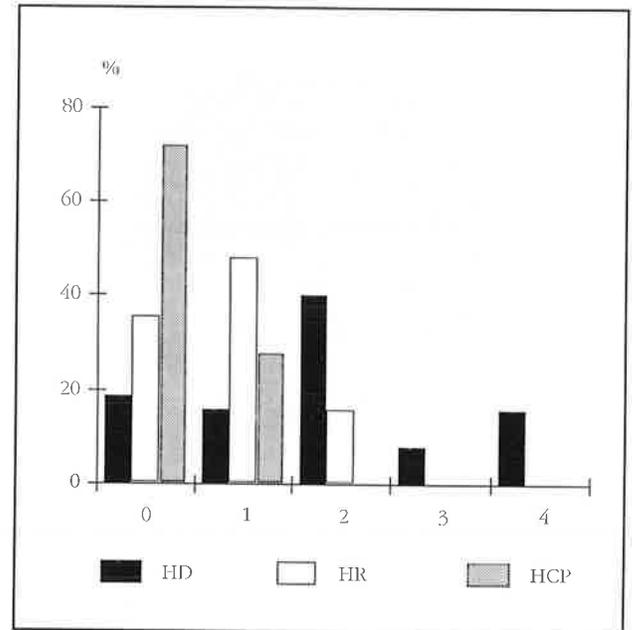


Figura 3. Número de cursos repetidos.

la fratria no resulta destacable. El porcentaje más elevado de adolescentes de HD tienen sólo un hermano, mientras que en HR suelen tener dos. Los datos sobre abortos y hermanos fallecidos no son relevantes.

**Escolaridad**

Apunta diferencias significativas entre los grupos. La mayoría estudia y sólo un número muy reducido trabaja o ni estudia ni trabaja. Ahora bien, en HD ningún sujeto trabaja, mientras que en HR 1, que representa un 25% del total de los que no estudian. Es importante señalar que, aunque los resultados no sean significativos estadísticamente, en el grupo control los adolescentes que no estudian (16% de la muestra), la mayoría trabaja (75%, constituido por tres sujetos). Esto indica una marcada diferencia con respecto a los grupos experimentales, especialmente HD, donde se observa una ausencia total de inserción laboral.

Se observan diferencias en el nivel de escolaridad. La mayoría de los sujetos de los grupos experimentales cursan EGB, aunque la media de edad cronológica es bastante elevada, especialmente en HD. Éstos realizan cursos inferiores a los que les corresponde por su edad y pocos estudios medios. En HR el porcentaje de EGB es similar pero la media de edad inferior, lo cual explicaría,

en parte, el predominio de estos estudios. En cambio, hay un ligero aumento de estudiantes de BUP y FP. Aunque la media de edad del grupo control es la misma que la de HD, la distribución es diferente: se observa un marcado descenso de estudios primarios (HCP: 32%; HD: 52%) y un aumento significativo de estudios medios (12 de los 25 cursan estos estudios, doblando las cifras de HD). Aunque no sea un porcentaje significativo, señalar que sólo en esta muestra aparece un 4% de universitarios, a diferencia de las muestras experimentales, donde no hay ninguno. Se observa, pues, que los adolescentes de HD no siguen los estudios que les corresponde por su edad cronológica, habiendo marcadas diferencias no sólo con respecto a HR, sino especialmente con el grupo control (Fig. 2).

HD presenta un mayor número de repeticiones de cursos mucho más elevado que el del grupo control y de HR. Un 40% tiene dos repeticiones y un 16% hasta cuatro (media en HD: 1,8 cursos; HR: 0,8) (Fig. 3).

No se observan diferencias en cuanto al medio escolar: la mayoría asiste a escuelas públicas.

**Medio familiar**

Los adolescentes de los tres grupos viven, en su mayoría, con los dos padres. En la convivencia familiar

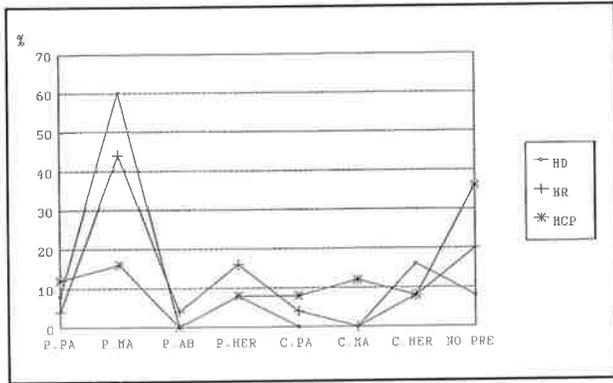


Figura 4. Relación afectiva preferencial.

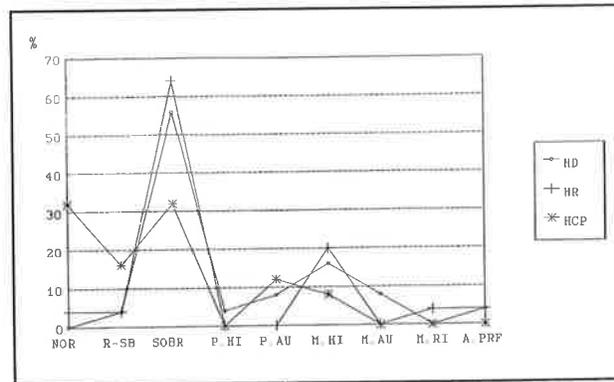


Figura 5. Actitud educativa familiar.

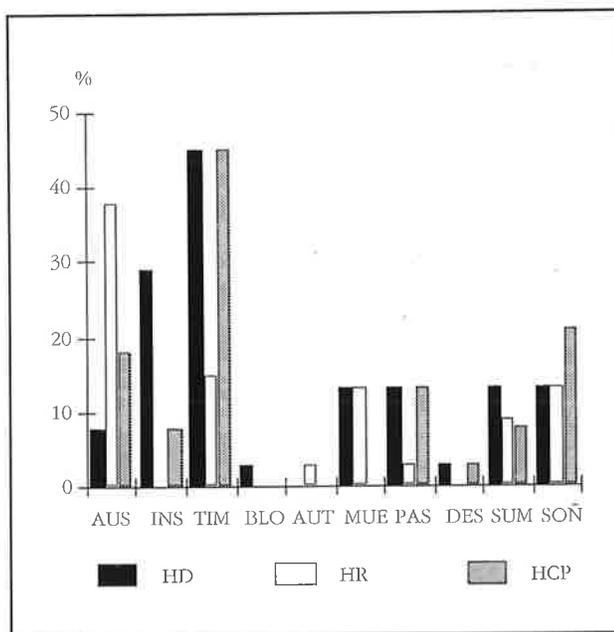


Figura 6. Patología de inhibición.

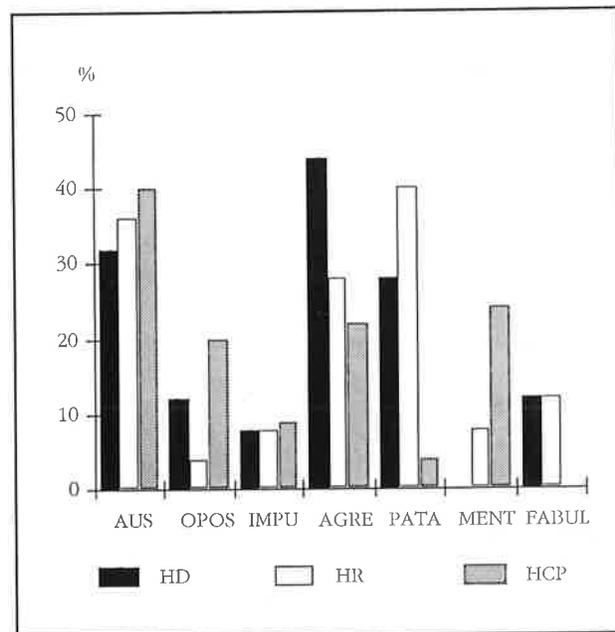


Figura 7. Patología de exaltación.

se observa una mayor presencia de conflictos importantes frecuentes en HD (60%), significativamente superior al obtenido en los otros grupos.

En las muestras experimentales se da de forma importante una *relación afectiva familiar* preferencial hacia la figura materna, especialmente en HD (60% frente al 44% de HR) y ausencia de conflictiva con ella (Fig. 4). La *actitud educativa familiar* es de sobreprotección. Esto

marca diferencias con respecto a la población general, en donde las relaciones afectivas tienden a no ser preferenciales y la actitud familiar más normalizadora. (Fig. 5).

#### Alteraciones psicopatológicas

*Inhibición-exaltación.* Los adolescentes de HD presentan mayor patología de inhibición que de exalta-

180

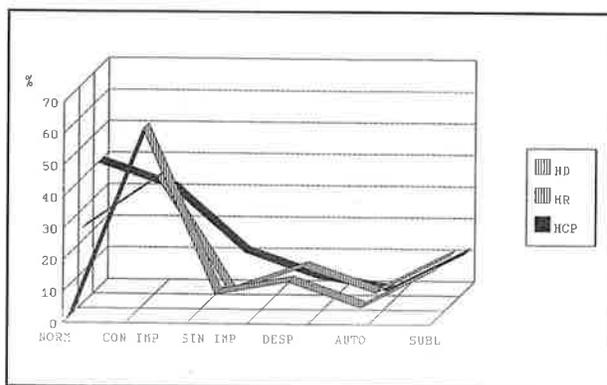


Figura 12. Presencia de agresividad.

HD presenta una ansiedad invasiva, en HR y HCP se trata de un alto nivel de ansiedad.

**Agresividad.** Su presencia es más elevada en los grupos experimentales, y especialmente en HD. En todos ellos, destaca asociada a la impulsividad (más significativa en los adolescentes de HD, donde aparece en el 60% frente al 40% de HR o al 32% del grupo control) (Fig. 12).

**Mecanismos de defensa.** Varían de una muestra a otra. Los adolescentes de HD tienden al aislamiento, mientras que los de HR son más regresivos, igual que los del grupo control. No se observan datos significativos en cuanto al curso de embarazo y en otros datos evolutivos.

### Pruebas psicométricas

#### Pruebas de inteligencia

Se han utilizado dos pruebas de inteligencia: WISC (hasta los 15 a) -WAIS (a partir de 16 a) y RAVEN (hasta 11 a) -Matrices progresivas (a partir de los 12).

Los resultados muestran diferencias entre grupos, destacando HD por ser el que obtiene puntuaciones significativamente inferiores en todas las pruebas, seguido de HR.

En primer lugar, se ha realizado un análisis de las tres escalas del WISC-WAIS. El *C.I. total* muestra que HD obtiene los resultados más bajos, siendo la media de 80,7 (HR: 98,5 y HCP: 106,4). Además, los adolescentes de HD se sitúan en su mayoría en un nivel medio (56%), un porcentaje considerable en un nivel inferior (44%) y ninguno en el superior. Igual ocurre en HR, aunque

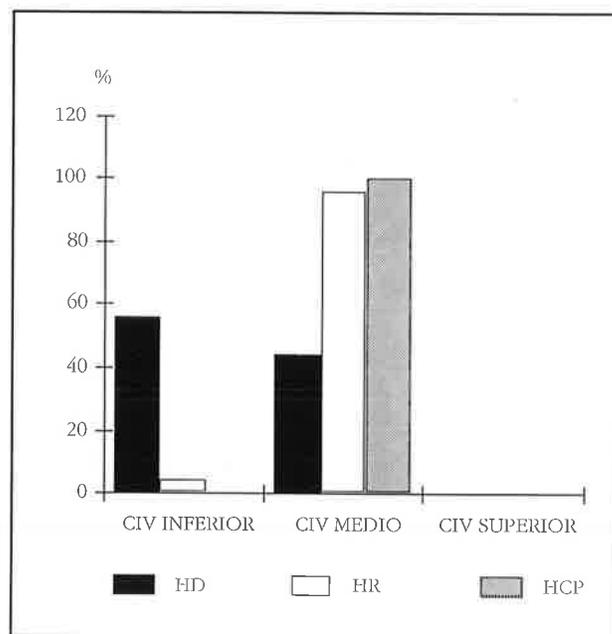


Figura 13. C. I. verbal.

aquí sólo un 4% en el inferior. Por el contrario, ningún sujeto del grupo control tiene un nivel intelectual total inferior, y, en cambio, todos tienen un C.I. Total medio (76%) o superior (24%).

El análisis del *C.I. verbal* indica que la mayoría de individuos de HD se sitúa entre un nivel inferior o medio, siendo la media de 78,3, significativamente más baja si se compara con la de HR (91,9) o la HCP (99,7). En estos dos grupos, la mayoría de los sujetos obtiene un CIV medio. Ninguna de las tres muestras obtiene un nivel verbal superior (Fig. 13).

Por último, el *C.I. manipulativo* muestra que los adolescentes obtienen en general, mejores resultados que el C.I. total verbal. La media de HD sigue siendo la más baja de los tres (85,4), aunque más elevada a las obtenidas hasta el momento. De nuevo, la media más alta corresponde a la población general (HR: 104,7 y HCP: 110,4). A diferencia de lo observado en los anteriores cocientes intelectuales, los grupos experimentales puntúan en el nivel superior (Fig. 14).

Así pues, los sujetos estudiados presentan mejores puntuaciones en la escala manipulativa que en la verbal y total, y los resultados más bajos destacan en HD.

El análisis de los subtests muestran marcadas diferen-

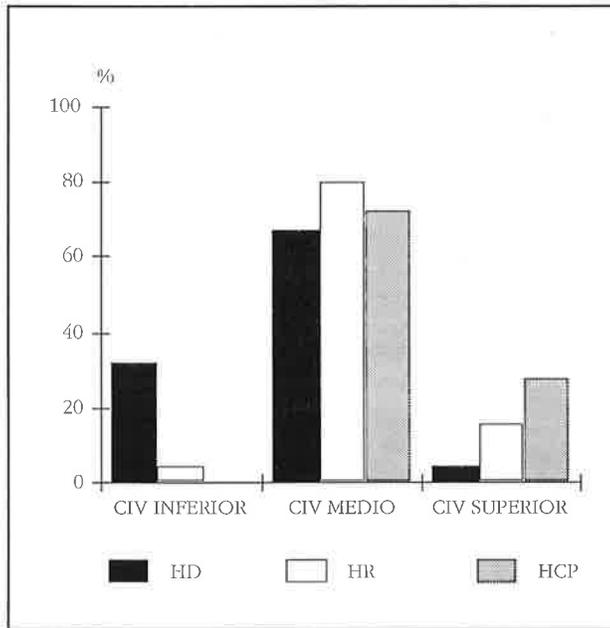


Figura 14. C. I. manipulativo.

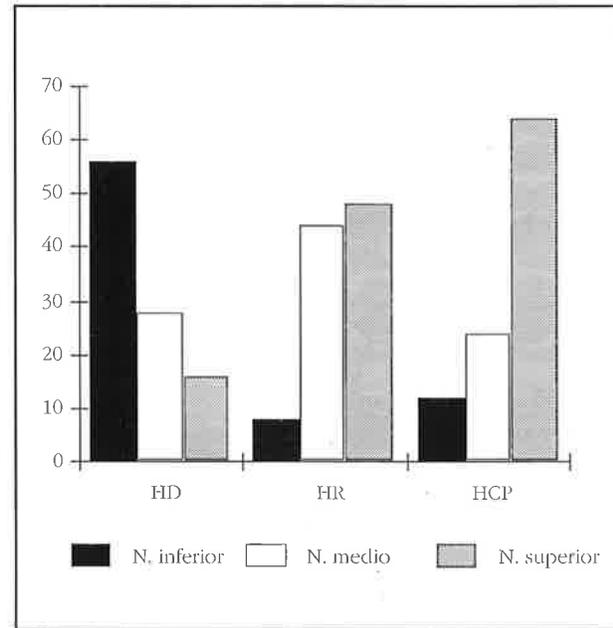


Figura 15. Resultados de RAVEN-Matrices progresivas.

cias, destacando los grupos experimentales, y especialmente HD, como los que obtienen puntuaciones inferiores.

Los adolescentes en diálisis se sitúan con mayor frecuencia en niveles inferiores a la media en los *subtests verbales*, sobre todo en información (80%) y vocabulario (56%). HR obtiene puntuaciones más altas que HD, aunque en Información siguen siendo bastante bajas (32%). En esta muestra y en el control, la mayoría de los sujetos obtienen un nivel medio. La presencia de niveles inferiores al término medio en HCP no resultan ser significativos, excepto en Información. Es el subtest verbal en el que hay una mayor frecuencia de nivel inferior, aunque sólo se trata de un 16%. Las puntuaciones de los *subtests manipulativos* son ligeramente superiores a las verbales en las tres muestras, especialmente en HD. HR muestra puntuaciones más elevadas que ésta e inferiores a la población general. La mayoría de los sujetos obtienen un nivel medio. A diferencia de los verbales, el nivel inferior y el superior al término medio aparece en los tres grupos. Los subtests con resultados más bajos son cubos y claves.

Los resultados del *Raven-Matrices progresivas* corroboran los anteriores resultados: HR y el grupo con-

trol obtienen resultados más óptimos que los adolescentes en diálisis, los cuales tienden a situarse en su mayoría en un nivel inferior al término medio (56% frente al 8% de HR o al 12% de HCP). Las puntuaciones de HR en las pruebas de inteligencia, a pesar de ser inferiores a las de población general, resultan superiores a las de HD. La mayoría de adolescentes del grupo control obtienen un nivel superior (64% frente al 16% de HD o 48% de HR) (Fig. 15).

#### Questionario de ansiedad

Los cuestionarios utilizados fueron STAIC (hasta los 15 a.) y STAI (a partir de esa edad). Éstos indican la presencia de elevada ansiedad-estado (56% de todas las muestras) así como de ansiedad-rasgo (64% en HD; 60% HR y HCP), no observándose diferencias significativas entre los grupos.

#### Prueba de atención

Los grupos experimentales obtienen resultados inferiores en la prueba de atención Toulouse-Pieron, destacando HD por presentar un porcentaje significativo de atención inferior (40%), así como de dificultades de atención y concentración, fatigabilidad e inhibición en

182

Tabla 4 Prueba de atención Toulouse-Pieron

	Media	N. inferior	N. medio	N. superior
HD	40	40%	52%	8%
HR	43,8	28%	60%	12%
HCP	58,6	12%	48%	40%

el trabajo. En el grupo control, la atención es superior (40% frente al 8% de HD) (Tabla 4).

### Cuestionario de depresión

Se han utilizado dos cuestionarios: CDS (aplicado a una N=52, de edades comprendidas entre los 11 y 16 a.) y Cuestionario de depresión de Beck (para 23 sujetos de las tres muestras, con una edad de 17 y 18 años). Los adolescentes que forman los grupos experimentales tienden a presentar más rasgos de tipo depresivo que la población general, siendo éstos más destacables en HR. Los síntomas más frecuentes en HD son la presencia de tristeza; dificultades de interacción social, aislamiento y soledad; ausencia de alegría y diversión; irritabilidad y alteración de la imagen corporal. En HR, además de estos síntomas, aparece la tendencia a la baja autoestima, preocupaciones somáticas y tendencias antisociales. Todos estos síntomas son menos frecuentes en la población general, observándose sólo una tendencia a la baja autoestima y preocupación por la salud-enfermedad.

### CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos parecen confirmar las hipótesis inicialmente planteadas. La presencia de una enfermedad crónica, en este caso renal, es un factor de riesgo para la aparición de trastornos psicológicos. Si además de padecer esta enfermedad, los adolescentes reciben tratamiento de hemodiálisis, se eleva el riesgo previo y la vulnerabilidad a padecer un considerable número de alteraciones psicopatológicas: psicosociales, afectivas y emocionales, de aprendizaje y de escolaridad. Así pues, todos estos resultados ponen de manifiesto que tanto la HD como la IRC parecen estar asociados a alteraciones psicológicas, siendo los adolescentes de mayor riesgo los que están en HD.

Apéndice 1 Cuadro resumen

#### Etiología

Nefropatía  
Hipoplasias  
Uropatías

#### IRC

##### Alteraciones funcionales

- Deterioro de función renal
- Alteración sodio, potasio, agua, fósforo-calcio
- Retraso crecimiento y pubertad
- Trastornos nerviosos

##### Clinica

- Aspecto: astenia, decaimiento, apatía, retraso estatural, edemas
- Hipertensión arterial
- Insuficiencia cardíaca
- Alteraciones nerviosas

##### Tratamientos

- Régimen de vida
- HD
  - Fístula arterio-venosa
  - Complicaciones frecuentes
  - Es el paso previo al futuro TR
- TR
  - Tratamiento elección niños
  - Complicación más frecuente: rechazo
  - Paciente pediátrico buen receptor
  - Puede evitar trastornos psicológicos que se presentan frecuentemente en la IRC
- Dieta

Los resultados son comparables a los obtenidos por Reynolds<sup>(7)</sup>, el cual realizó en 1993 una investigación sobre el ajuste social de 45 adolescentes con enfermedad renal, asistidos en un hospital pediátrico, los cuales iniciaron un tratamiento sustitutivo renal por dicha enfermedad cuando eran niños, y que en la actualidad tuvieran 18 años o más, y los compararon con un grupo de 48 jóvenes sanos seleccionados al azar. Los resultados que obtuvieron fueron muy interesantes. Durante el tiempo de estudio un 80% tenía un TR funcionando y todos, excepto uno, recibieron al menos un órgano durante su vida. El 16% estaban en ese momento en HD; sin embargo, todos excepto cinco habían tenido experiencias con ese tratamiento. Casi todos lo habían iniciado durante la adolescencia. Los problemas físicos comúnmente asociados eran la baja estatura, el aspecto "cushingoide" y el miedo a las repetidas intervenciones quirúrgicas. Concluyó que una proporción considerable de enfermos tiene pro-

Apéndice 2	Protocolo
	Nombre y apellidos:
	Nº historia:
	Edad:
	Sexo: 1. Hombre 2. Mujer
	1. Tipo de enfermedad: Adquirida Congénita
	2. Edad de inicio de la enfermedad (especificar la edad que tenía):
	3. Edad de inicio del tratamiento (el primer tipo de tratamiento que recibió -especificar la edad que tenía):
	4. ¿Ha recibido algún trasplante renal (TR)?: Sí No
	5. En caso afirmativo, especificar el número de TR que ha recibido.
	6. Actualmente, ¿recibe tratamiento de hemodiálisis (HD)?: Sí No
	7. Edad que tenía cuando recibió por primera vez tratamiento de HD.
	8. Número de veces que ha pasado por tratamiento de HD (es decir, número de HD postrasplante, tras un fracaso o rechazo del TR).
	9. Predisposición a la HD: Positiva Negativa Neutra
	10. ¿Tiene algún tipo de alteraciones durante las sesiones de HD? Sí No En caso afirmativo, especificar qué tipo de alteraciones sufre y frecuencia de éstas.
	11. ¿Existen antecedentes familiares de enfermedad renal y/o tratamiento de HD? Sí No En caso afirmativo, indicar el grado de parentesco.
	12. ¿Existe un déficit en el crecimiento? Sí No
	13. ¿Existe un déficit puberal? Sí No
	14. Actualmente: Estudia Trabaja Ambas actividades
	15. En caso de estar estudiando, ¿qué tipo de estudios cursa en la actualidad y en qué curso se encuentra?
	16. ¿Cuántos cursos académicos ha repetido?
	17. En caso de estar trabajando, ¿a qué se dedica?
	18. En sus ratos libres, ¿a qué se dedica? Jugar con amigos Salir a pasear Estar en casa viendo la televisión Leer Otros (especificar)

blemas de ajuste psiquiátrico, la naturaleza y severidad de los cuales varía en función de la gravedad e inicio de la enfermedad. Así, un inicio temprano parece estar asociado a un funcionamiento social subóptimo, es decir, a un empobrecimiento psicosocial, una escolaridad sensiblemente afectada (75%), y por lo tanto, a clasificaciones escolares significativamente inferiores que las de los chicos sanos, mayor índice de desempleo, que aumenta cuando están en un programa de HD; a nivel social, presentan mayor índice de problemas como ausencia de amigos o aislamiento social, dependencia de padres y dificultades en las relaciones sexuales (51% no había tenido ningún tipo de relación y en un tercio parecían existir problemas sexuales). Según estos autores, como consecuencia de todo ello se produce un incremento del riesgo de morbilidad psiquiátrica durante la edad adulta. Comparables resultados ya que fueron obtenidos anteriormente por Ehrich<sup>(9)</sup> y Umeyana<sup>(10)</sup>.

Como ya apuntaba Raimbault<sup>(11)</sup>, el tiempo en HD aleja al niño de sus actividades normales diarias, y esto hará que presenten niveles intelectuales más bajos que sus capacidades potenciales, con miedo y ansiedad permanentes, imagen corporal alterada y afectividad superficial, estableciendo relaciones parentales ambivalentes, en las que coexisten dependencia y agresividad.

Por todo ello es importante tener presentes los factores estresantes y los trastornos psicológicos que pueden presentar estos pacientes, los cuales ya se han descrito anteriormente, y proporcionar un tratamiento adecuado. Algunos de estos tratamientos a tener en cuenta serían:

### **Prevención**

La prevención podría ayudar a disminuir o minimizar el índice de trastornos psicológicos. Incluiría una evaluación de cada paciente antes de seleccionar el tratamiento, de forma que se ajustase a las necesidades psicológicas de cada uno. También sería importante para identificar los sujetos de mayor riesgo o vulnerabilidad, con el fin de detectar cualquier alteración psicológica en caso de que surgiera.

### **Psicoterapia de grupo**

Debería centrarse en el refuerzo de la capacidad para afrontar problemas. Un momento que podría considerarse bastante idóneo podría ser la sesión de diálisis.

**184 Psicoterapia de grupo con padres**

Proporcionar apoyo para aminorar conflictos, evitar dificultades y fomentar de otra manera la capacidad para afrontar la enfermedad y el tratamiento del enfermo, produciendo así modificaciones ambientales. También ofrecer orientación, cuando sea necesaria, acerca de otro tipo de actividades ajenas a la situación médica.

**Psicoterapia individual**

Aunque pueden resistirse, ya que son pacientes cansados de recibir tantos tratamientos, podría ser idónea, ya que podrían recibir apoyo y la posibilidad de adquirir recursos para saber afrontar la enfermedad y poder abordar las dificultades de la forma más adecuada.

**Psicofarmacología**

En aquellos casos donde los trastornos psicopatológicos lo requieran.

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1 Mc Graw ME, MB ChB, Haka-Ikse K. Neurologic-developmental sequelae of chronic renal failure in infancy. *Journal of Pediatrics* 1985;**106**(4):579-583.
- 2 Garralda ME, Jameson RA, Reynolds JM, Postlethwaite RJ. Psychiatric adjustment in children with chronic renal failure. *Journal of Child Psychology Psychiatry* 1988;**29**(1):79-90.
- 3 Reichwald-Klugger E, Tieben-Heibert A, Korn R, Stein L, Weck K, Maiwald G y cols. Psychosocial Adaptation of children and their parents to hospital and home hemodialysis. *International Journal of Pediatric Nephrology* 1984;**5**(1):45-52.
- 4 Mazet Ph, Houzel D. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Barcelona: Médica y Técnica, 1981;**2**:187-201.
- 5 Calvo N, Vacas M, Bargadà M, Tomàs J. Aspectos psicopatológicos del adolescente con enfermedad renal bajo tratamiento de hemodiálisis. Estudio preliminar. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1993;**3**:154-163.
- 6 Reynolds JM, Garralda ME, Jameson RA, Postlethwaite RJ. Living with chronic renal failure. *Child Care Health and Development* 1986;**12**:401-407.
- 7 Reynolds JM, Garralda ME, Postlethwaite RJ, Goth D. Changes in psychosocial adjustment after renal transplantation. *Archives of Disease in Childhood* 1991;**66**:508-513.
- 8 Reynolds JM, Morton JS, Garralda E, Postlethwaite RJ, Goth D. Psychosocial adjustment of adult survivors of paediatric dialysis and transplant programme. *Archives of Disease in Childhood* 1993;**68**:104-110.
- 9 Ehrlich JHH, Rizzoni G, Broyer M y cols. Combined report on regular dialysis and transplantation of children in Europe in 1987. *Nephrology Dialysis Transplantation* 1989;**4**(2):28-36.
- 10 Umeyana T, Hasegawa A, Ogawa O y cols. Rehabilitation of pediatric allograft recipients: the present status and the problems. *Transplant Proc* 1984;**16**:1677-1680.
- 11 Raimbault G, Royer P. Thematiques de la mort, chez l'enfant atteint de maladie chronique. *Archives Françaises de Pédiatrie* 1969;**26**:1041-1053.