

**Julia Martín Carballada (a), Jose Carlos Peláez Álvarez (b), María Jesús De Castro Oller (a), Francisco Montañés Rada (b,c)**

- a. Centro de Salud Mental de Alcorcón. Psiquiatría Infanto-Juvenil.  
b. Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA). Psiquiatría Infanto-Juvenil.  
c. Jefe del Servicio de Psiquiatría del HUFA. Profesor asociado Universidad Rey Juan Carlos I. Alcorcón.

**Correspondencia:**

Centro de Salud Mental (C.S.M.) de Alcorcón (Avda. Lisboa S/N, 28925 Alcorcón -Madrid)  
jmartinca@fhalcorcon.es / julia.martin@salud.madrid.org

*Psiquiatría psicosomática del niño y adolescente con enfermedades crónicas: enfermedades renales*

<https://doi.org/10.31766/revpsij.v35n4a3>

*Children and Adolescent Psychomatic Psychiatry: Kidney Diseases*

---

**RESUMEN**

Las enfermedades crónicas infantiles tienen una gran influencia no sólo en lo físico, sino también en el desarrollo psicológico de los niños y adolescentes. Las enfermedades renales son frecuentes en este grupo de edad, presentan fundamentalmente síntomas ansiosos y depresivos, baja autoestima, además de los efectos secundarios de la inmunosupresión. Debido a que son patologías de características crónicas, con gran impacto de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y el alto riesgo de hospitalizaciones para recibir el tratamiento idóneo, conllevan una alteración del funcionamiento (social, familiar, escolar) habitual de los niños y adolescentes. Por lo que es importante, un abordaje multidisciplinar en estos casos, debido a la influencia de los factores psicológicos para minimizar el impacto de la patología, mejorar el curso y la adherencia terapéutica en este tipo de enfermedades de características crónicas.

**Palabras Clave:** Enfermedad renal, niños, adolescentes, ansiedad, depresión.

**ABSTRACT**

Chronic childhood diseases have a major influence not only physically, but also in the psychological

development of children and adolescents. Kidney disease is common in this age group basically have anxious and depressive symptoms, low self-esteem, in addition to the side effects of immunosuppression. Because features are chronic diseases with great impact of diagnostic and therapeutic procedures and the high risk of hospitalization to receive the best treatment, involve an alteration of the normal functioning of children and adolescents (social, family, school). So it is important a multidisciplinary approach in these cases, because the influence of psychological factors to minimize the impact of the disease, improve the course and adherence in such chronic diseases features.

**Keywords:** Kidney disease, children, adolescents, anxiety, depression

**INTRODUCCIÓN**

Los riñones juegan un rol importante en el cuerpo: actuando como los filtros del cuerpo, ayudan a controlar los niveles de agua y a eliminar impurezas a través de la orina. También ayudan a regular la tensión arterial, la producción de glóbulos rojos (eritropoyetina) y los niveles de calcio y minerales y en el mantenimiento de la presión arterial (renina).

Pero algunas veces los riñones no se desarrollan adecuadamente y como resultado no funcionan de la forma en que deberían. Generalmente estos problemas son de origen genético.

Las enfermedades renales son frecuentes en niños. Como hemos mencionado el riñón es un órgano importante para el funcionamiento del organismo y el problema o mal funcionamiento puede desencadenar situaciones de insuficiencia renal que requieran diálisis y trasplante renal.

El padecimiento de alguna enfermedad renal supone una gran inversión de tiempo (consultas de Nefrología, analíticas, pruebas diagnósticas y terapéuticas), con la consiguiente pérdida del ritmo diario del menor (clases, actividades sociales,...). Muchas de estas patologías son situaciones crónicas, que conllevan pérdida de la calidad de vida, desesperanza, dependencia y rechazo del tratamiento (debido al curso y progresión de la enfermedad).

Las enfermedades renales crónicas generan una pérdida de funcionalidad en pacientes en desarrollo psicoemocional, que genera con frecuencia síntomas psicopatológicos que tienen implicaciones en el curso de la enfermedad somática y en la adherencia y cumplimiento del tratamiento, además de las implicaciones a nivel escolar, social y familiar.

A lo largo del texto, vamos a desarrollar las principales enfermedades renales en niños y nos centraremos en la enfermedad renal crónica, ya que los trastornos psiquiátricos de estos pacientes se pueden desarrollar como una respuesta a estar enfermo o en el hospital (entorno amenazante), como resultado del factor genético y psicosocial que puede ser secundario a trastornos metabólicos relacionados con la enfermedad médica específica.

## **DESARROLLO**

### **Infecciones del tracto urinario (ITU)**

La infección del tracto urinario es una de las infecciones bacterianas (colonización por *E. Coli* en la vía urinaria en el 75% de los casos) más frecuentes en Pediatría, ya que el 8-10% de las niñas y el 2-3% de los niños tendrán una ITU sintomática antes de los 7 años de edad (3 primeros meses de vida más frecuente en varones, más afectados por problemas de riñones congénitos), con alta probabilidad de recurrencias (> 30%), especialmente

durante el primer año tras el episodio inicial. En cuanto a prevalencia por raza: mayor prevalencia en asiáticos, seguido de hispanos y por último, afroamericanos.

La afectación renal aguda se produce en el 50-80% de los niños y causan dolor en la micción y fiebre. La mayoría de las ITUs limitan su afectación al tracto urinario inferior, vejiga y uretra, habitualmente no comprometen al riñón. La afectación renal puede curar sin secuelas, o por el contrario, cursar con cicatriz atrófica residual (pielonefritis crónica) en el 20% de los casos, en una menor proporción y según el grado de afectación: hipertensión arterial, progenitura y progresión del daño renal. La prevalencia de reflujo vesicoureteral (RVU) tras ITU oscila entre el 18-38%, que puede dar lugar a una nefropatía por reflujo que es la causa de aproximadamente el 15-20% de las insuficiencias renales terminales.

La patogenia de la ITU es compleja y existen múltiples factores (bacterianos, inmunitarios, anatómicos, urodinámicos, genéticos, etc.) que pueden influir en la localización, curso y pronóstico de la misma, si bien el vaciamiento vesical frecuente y completo constituye el principal mecanismo de defensa frente a la ITU.

Se consideran factores de riesgo para presentar ITU las anomalías del tracto urinario que favorecen el enlentecimiento del flujo urinario, incluyendo el RVU dilatado, la fimosis en lactantes varones, la disfunción del tracto urinario inferior y el estreñimiento, además de la instrumentación de la vía urinaria, la vejiga neurógena y la nefrourolitiasis. Por otro lado, en algunos trabajos se evidencia el factor protector de la lactancia materna prolongada durante más de seis meses.

El tratamiento con antibióticos (según antibiograma) debe realizarse de manera precoz para disminuir la gravedad de las cicatrices renales.

### **Dilataciones del tracto urinario**

Ectasias e hidronefrosis. La hidronefrosis se define como una dilatación del sistema colector renal debida a una dificultad para la eliminación de orina, causada por la existencia de un obstáculo en algún punto del sistema urinario, que puede ser de tipo mecánico o funcional y que cursa con el aumento del tamaño de uno o ambos riñones. Se acompaña de una atrofia progresiva del parénquima renal. Puede ser congénita (más frecuente) o adquirida, aguda o crónica, unilateral o bilateral. Su manejo puede ser desde tratamiento conservador hasta la cirugía.

### **Uropatía obstructiva**

Es la enfermedad renal generada por la alteración en el flujo de la orina debida a cambios anatómicos y/o funcionales del tracto urinario que impiden el flujo renal de la misma. Es una de las principales causas de insuficiencia renal crónica en la edad pediátrica, por lo que es un fundamental realizar un diagnóstico precoz mediante una ecografía.

Las causas más frecuentes de la obstrucción son:

- Estenosis pieloureteral: causa más frecuente de hidronefrosis obstructiva en el RN (recién nacido). Es el estrechamiento entre la unión entre la pelvis renal y el uréter o más raramente puede ser secundaria a una estenosis extrínseca producida por un vaso renal anómalo que irriga el polo inferior renal. El tratamiento de elección es la cirugía (amputación de la unión pieloureteral estrecha, reducción de la megapelvis y reconstrucción de la unión).
- Megauréter obstructivo (estenosis vesicoureteral): estenosis de la unión ureterovesical, que provoca dilatación progresiva del uréter, hidronefrosis y empeoramiento de la función renal. El tratamiento es la cirugía.
- Válvulas de la uretra posterior: Patología congénita, exclusiva del varón, que se caracteriza por la presencia de unos repliegues mucosos, de carácter obstructivo, en la uretra posterior. Es poco frecuente (1:5000-8000 nacidos), aunque es la causa más común de obstrucción del tramo común inferior en los niños. Su repercusión es variable y oscila desde ligeras alteraciones miccionales hasta una severa obstrucción con graves alteraciones morfofuncionales vesicales, ureterales y renales. La presentación clínica depende del grado de obstrucción y del momento del diagnóstico. Si se diagnostica en el RN, el cuadro suele ser: vejiga distendida, hidronefrosis, insuficiencia renal, deshidratación, distrés respiratorio, si hay hipoplasia pulmonar. Si se diagnostica entre 1 y 4 años, la clínica suele ser más leve y con menor repercusión clínica (infecciones urinarias o problemas del vaciado). En la edad escolar, los síntomas son casi siempre, de vaciado. El tratamiento es quirúrgico.

### **Anomalías Renales**

Las anomalías renales de número, posición, forma y orientación (agenesia renal, riñones ectópicos, riñones “en herradura” o malrotados) tienen una presentación y trascendencia variable. Generalmente son asintomáticos, y se encuentran durante programas de despistaje renal. Otras veces se manifiestan a través de diversas complicaciones fundamentalmente infecciones del tracto urinario (ITU) y se descubren durante el estudio subsiguiente.

### **Enfermedades quísticas renales**

El riñón es uno de los órganos más propensos a la formación de quistes.

- Enfermedad Poliquística del Riñón: Es una enfermedad genética progresiva de los riñones. Se caracteriza por la presencia de múltiples quistes en ambos riñones, que pueden disminuir la función del riñón y llevar a la insuficiencia renal. Los síntomas más frecuentes son: hipertensión arterial, fatiga, dolor abdominal, infecciones de orina, hematuria, dolor en un costado o ambos. El objetivo inicial del tratamiento es el control de la tensión arterial. Según la evolución de la enfermedad, otros tratamientos son: vaciamiento quirúrgico de los quistes, extirpación quirúrgica de uno o ambos riñones, diálisis o trasplante renal.
- Riñón multiquístico (displasia renal multiquística): Es un trastorno no-genético severo en los riñones caracterizado por la aparición de múltiples quistes de diversos tamaños e irregulares que resulta de malformaciones durante el desarrollo fetal del riñón. Se estima que ocurre en 1:4300 nacidos vivos. Es 2,5 veces más frecuente en varones, típicamente es unilateral y del lado izquierdo. La función renal se mantiene gracias al riñón funcional (sin quistes) y los individuos realizan vida normalizada, con lo que no precisan tratamiento.

### **Síndrome nefrótico**

Es la glomerulopatía primaria (lesión del glomérulo renal) más frecuente en Pediatría, que consiste fundamentalmente en la alteración de la permeabilidad de la pared capilar glomerular y se caracteriza por

proteinuria, hipoalbuminemia, edema, dislipemia y alteraciones endocrinas. El síndrome nefrótico (SN) idiopático constituye el 90% de los SN en niños entre 2 y 12 años. Se manifiesta preferentemente entre los 2-8 años, con máxima incidencia 3-5 años. En niños, es 2 veces más frecuente en varones, diferencia que no existe en adolescentes y adultos. El SN idiopático es una entidad homogénea desde el punto de vista clínico. Sin embargo, la evolución y la respuesta al tratamiento abarca un amplio espectro de posibilidades, de modo que los pacientes pueden mostrar grandes diferencias en cuanto al pronóstico, el tratamiento y el riesgo de enfermedad renal crónica. El tratamiento específico es la corticoterapia.

#### **Tubulopatías**

Son un grupo heterogéneo de entidades definidas por anomalías de la función tubular renal. Se distinguen tubulopatías primarias o hereditarias de las secundarias a tóxicos, fármacos u otras enfermedades. Pueden ser simples o complejas según se afecte el transporte tubular de una o varias sustancias. Suelen cursar con astenia, malestar, irritabilidad, síntomas digestivos, deshidratación, poliuria, retraso en el crecimiento, infección urinaria, alteraciones electrolíticas, tetania, raquitismo o nefrocalcinosis, alteraciones oculares o hipoacusia. Generalmente son tratadas con diuréticos.

#### **Glomerulonefritis**

Inflamación o infección que afecta la estructura y la función de los glomérulos (partes de las nefronas que contienen pequeños vasos sanguíneos), aunque también pueden resultar afectadas las demás estructuras de la nefrona. Se trata de una enfermedad renal que puede tener varias causas y presentaciones clínicas y puede afectar a la habilidad de los riñones de filtrar adecuadamente los desechos del cuerpo. Puede presentarse con hematuria, proteinuria, reducción en la producción de la orina. El tratamiento varía según la patogenia, mientras que los casos más graves (que desarrollan insuficiencia renal) requieren diálisis o trasplante renal.

#### **Tumor de wilms**

Nefroblastoma. Es una neoplasia maligna del riñón y el 2º tipo más frecuente de cáncer abdominal en niños, después del neuroblastoma de glándula suprarrenal. Generalmente es diagnosticado durante los 2 primeros

años de vida y puede tratarse con cirugía y quimioterapia.

#### **Hipertensión arterial**

Los riñones participan en los mecanismos reguladores de la presión arterial (renina) y en el mantenimiento del volumen sanguíneo. La hipertensión arterial (HTA) en la edad pediátrica es una entidad frecuentemente infradiagnosticada. La HTA esencial (genética) es excepcional en lactantes y niños pequeños, su prevalencia está aumentando en niños mayores y adolescentes, en relación alarmante prevalencia de obesidad y síndrome metabólico. Otras causas que pueden generar HTA son las siguientes (ya mencionadas anteriormente): glomerulonefritis, obstrucción de la vía urinaria...

#### **Enfermedad renal crónica (ERC)**

También llamada Insuficiencia Renal Crónica (IRC). Es una pérdida progresiva e irreversible de las funciones renales, cuyo grado de afección se determina por el filtrado glomerular (disminución progresiva). Como consecuencia, los riñones pierden su capacidad para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos en la sangre. En estadio terminal la enfermedad renal requiere tratamientos como la diálisis o el trasplante renal.

Existen pocos datos sobre la incidencia de ERC en la edad pediátrica, ya que en muchos casos los estadios iniciales no se diagnostican. La ERC es más frecuente en varones, en cuanto a la raza, en Norteamérica la incidencia es de 2 a 3 veces mayor en niños de raza afroamericana.

Las anomalías estructurales son la causa de más de la mitad de los casos de ERC en la infancia (57%), seguida de las enfermedades renales quísticas y hereditarias (16%), las enfermedades vasculares (9,4%), las glomerulopatías primarias o secundarias (5,1%). Por lo tanto, las causas más frecuente son las malformaciones congénitas, grupo heterogéneo que incluye: uropatías obstructivas, nefropatía por reflujo, displasia-hipoplasia renal, más frecuentes cuanto menor es el paciente. Actualmente, gracias a los controles ecográficos prenatales, la mayoría de estos niños son diagnosticados desde RN.

La tasa de progresión de la enfermedad renal crónica suele ser mayor durante los periodos de la infancia y la pubertad, con lo que hay que ejercer mayor control durante estos 2 periodos.

La supervivencia a largo plazo en niños con enfermedad

renal terminal (ERT) ha mejorado en los últimos 25 años, pero la mortalidad es todavía aproximadamente 30 veces más alta que la esperada para la edad.

En nuestro país la incidencia de ERC es desconocida, tan solo hay datos de pacientes que llegan a ERT (diálisis y/o trasplante), en el Registro Pediátrico de Insuficiencia Renal Terminal (REPIR).

Las manifestaciones clínicas de la ERC son el resultado de la combinación de:

fallo en el balance de fluidos y electrolitos.

acumulación de metabolitos tóxicos.

perdida de síntesis de hormonas: eritropoyetina, 1,25 dihidroxi-vitamina D3.

alteración de la respuesta del órgano diana a hormonas endógenas: hormona del crecimiento.

Otros factores asociados con el aumento de la progresión de la ERC incluyen la enfermedad primaria, HTA, proteinuria, anemia, hiperfosfatemia, hipocalcemia. Algunos de estos factores de riesgo pueden ser modificables y las intervenciones terapéuticas puede reducir o ralentizar el deterioro de la función renal.

El trasplante renal es el tratamiento de elección para niños con enfermedad renal en fase terminal, debido a que la tasa de supervivencia es más alta en comparación con la diálisis. Se asocia además con un mejor crecimiento y desarrollo.

La ERC es por tanto una patología multisistémica, que requiere un abordaje complejo y también multidisciplinario para ser capaces de cuidar al paciente en todos sus aspectos, actuando tanto en los aspectos preventivos de la progresión enfermedad renal como en la repercusión en otros órganos, mejorando la calidad de vida y reduciendo la morbimortalidad.

#### **Enfermedad renal crónica en interconsulta psiquiátrica**

El diagnóstico temprano de la enfermedad renal crónica es difícil porque en las primeras etapas no suele causar síntomas evidentes. Cuando los síntomas aparecen, suelen ser inespecíficos (otras enfermedades también los producen) y no indican necesariamente que haya un problema en los riñones. Algunos de estos síntomas son: problemas para concentrarse, dificultad para dormir, cansancio, malestar general y falta de apetito. Por lo general estos niños no tienen dolor, a menos que tengan una infección en los riñones o en otro órgano.

En la infancia, la enfermedad física crónica genera un

mayor riesgo de trastornos emocionales y conductuales, aunque la mayoría de los niños y sus familias realizan un proceso normal de adaptación al diagnóstico de la enfermedad. Los niños y sus familias muestran un alto grado de resiliencia en cuanto a la adaptación a la patología física se refiere.

La mayoría no presentan síntomas emocionales o conductuales, ni dificultades escolares, pero estos niños con patología física crónica presentan mayor riesgo de padecer una enfermedad psiquiátrica que la población general.

La “gravedad” de la patología crónica que padecen, no juega un papel principal en cuanto a la adaptación y vulnerabilidad a padecer una patología psiquiátrica, sino que es el “tipo” de enfermedad física lo que determina esta predisposición.

La ERC tiene invariablemente un impacto estresante y, a menudo de por vida en los niños y sus familias, lo que predispone a estos niños a desarrollar trastornos psiquiátricos, a esto hay que añadir los avances médicos (especialmente en diálisis y trasplantes renales) que ha provocado un mayor riesgo a desarrollar una patología psiquiátrica comórbida.

Los niños con ERC a menudo presentan un retraso en el crecimiento y deformidades óseas como resultado de la osteodistrofia, además de las consecuencias del tratamiento de la hemodiálisis: cicatrices, marcas de las punciones, fístulas o derivaciones arteriovenosas, problemas normalmente exacerbados por el retraso en la aparición de características sexuales secundarias que acompañan a la uremia. Estos cambios negativos en su imagen corporal provocan aislamiento social de los menores de su grupo de iguales.

Los síntomas psiquiátricos no sólo se presentan de forma comórbida, sino que pueden aparecer como manifestación directa de la enfermedad física, como en el caso de la uremia que está asociada a síntomas de irritabilidad, inquietud, distracción y disminución de la atención y concentración. Estos síntomas aumentan la vulnerabilidad a la inadaptación psicosocial. Otra posible explicación son los efectos secundarios y la exposición crónica a las medicaciones utilizadas en estos menores.

Los resultados de estos estudios son variables debido a la heterogeneidad de la cohorte de los pacientes estudiados, así como la herramienta utilizada de la evaluación psiquiátrica. Fukunishi y Kudo informó de que 17 de los 26 (65,4%) niños japoneses con enfermedad

renal terminal en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) mostraron trastornos psiquiátricos, presentaban trastornos de ansiedad de separación.

El estudio de Asharaf Bakr et al., la tasa de prevalencia de trastornos psiquiátricos en todos los pacientes estudiados fue de 52,6%, mostró que tanto los trastornos adaptativos como los trastornos depresivos fueron los trastornos psiquiátricos más comunes, especialmente en pacientes con enfermedad renal terminal (trastornos adaptativos 18,4%, trastorno depresivo 10,3%, trastorno neurocognitivo 7,7%, trastorno de ansiedad 5,1% y trastornos de eliminación 2,6%). La evaluación psiquiátrica de 26 niños británicos con Enfermedad Renal Terminal tratados por hemodiálisis en el hogar reveló una morbilidad psiquiátrica en un 19,2% de los niños estudiados.

Muchos estudios demuestran que los adolescentes afectados con ERC experimentan ansiedad y depresión. Las consecuencias más importantes incluyen el aislamiento social, las diferencias en la imagen corporal, estilo de vida limitado (menor funcionalidad), así como las relaciones personales modificadas tanto con familiares como con amigos.

Existen pocos estudios publicados sobre la salud general de niños y adolescentes y funcionalidad y calidad de vida en niños con ERC. En el estudio de Arredondo et al. los cambios en la calidad de vida de pacientes con ERC Terminal con respecto a las alternativas de tratamiento son estadísticamente significativos. El Trasplante Renal (TR) ofrece la mayor calidad de vida en cuanto a incapacidad y tensión (QALY = 0,978,  $\alpha = 0,002$ ). Esto es, el TR reporta mejor calidad de vida en comparación con los otros tratamientos en relación a: (1) mejor movilidad general, ya sea en dentro o fuera de la casa-habitación del paciente o sin necesitar la ayuda de alguien para desplazarse de un lugar a otro; (2) el estado de salud del paciente afecta en menor grado su vida social; (3) su estado de salud los llevó a experimentar en menor grado sentimientos como: tristeza, depresión, ansiedad, preocupación, dolor, angustia, enojo, resentimiento, soledad, etc; y (4) los pacientes reportan que su estado de salud los mantiene menos tensos que antes del tratamiento. Sin embargo, los niños en tratamiento con hemodiálisis experimentan mayor estrés físico, toman más fármacos y tienen mayor dependencia (mayor atención por parte del personal sanitario y familiares), este mayor grado de dependencia disminuye su capacidad de funcionamiento diario y les

hace ser más conscientes de la gravedad de su situación. Es importante evaluar la funcionalidad diaria así como su calidad de vida incluyendo 4 dominios importantes: estado de la enfermedad y síntomas físicos, funcionalidad diaria, estado psicológico y funcionamiento social. La disminución en la función renal genera un empeoramiento en la calidad de vida en términos de salud, un ejemplo de ellos es el aumento de estatura genera un cambio positivo tanto en las puntuaciones físicas como psicológicas.

Existen factores que afectan tanto al niño como a los familiares a la adaptación a la patología física:

- Estilos de afrontamiento: Estrategias centradas en el problema (alterar el estresor), estrategias centradas en la emoción (buscan regular las respuestas emocionales al estresor). Las habilidades de afrontamiento aumentan con la edad y éstas son técnicas más adaptativas para los niños con enfermedades crónicas.
- Factores de desarrollo: dependen de la edad y etapa de desarrollo en la que se encuentren los individuos. Afectan a recursos de afrontamiento, habilidades de procesamiento de la información, razonamiento sobre la causalidad de la enfermedad y responsabilidad en su propio cuidado (autonomía) y adherencia terapéutica. Los niños preescolares presenta respuestas emocionales más exageradas (rabietas, crisis de llanto,...), los niños en edad escolar, presentan más impulsividad y síntomas de ansiedad y los adolescentes, más síntomas depresivos (varios duelos: sobre su integridad corporal y sexualidad debido a los cambios físicos, pérdida del deseo autonomía e independencia y a su diferenciación como adolescente).
- Historia de la enfermedad y experiencias previas: si las experiencias anteriores tanto respecto a la enfermedad como a los tratamientos y síntomas físicos, han sido negativas, presentan más síntomas de ansiedad y pensamientos de desesperanza.
- Temperamento: las dificultades en este aspecto generan más desajuste emocional y conductual.
- Factores familiares y parentales: la psicopatología de los padres (trastornos de ansiedad y depresión) juega un importante papel en las conductas adaptativas de los niños a su enfermedad (sistema de apoyo del menor). Las angustias de los padres merma su capacidad de contención emocional.

### ***Tratamientos en la patología renal crónica***

La adherencia terapéutica es uno de los factores principales que afectan al curso y pronóstico de la enfermedad crónica. El tratamiento prolongado con hemodiálisis supone un grave impacto en la funcionalidad diaria del niño. En los últimos años, ha habido avances en la terapia de la ERC en estadio terminal y uno de ellos es la diálisis peritoneal, ya que facilitan la adaptación escolar del menor (puede continuar yendo al colegio, jugar, relacionarse, menos visitas al hospital), menor estrés, mayor autonomía,... sin embargo, en el caso de madres más sobreprotectoras (mayor dependencia materna), genera más síntomas de ansiedad por separación, que podría asociarse a peor maladaptación escolar de los niños. Lo que indica que hay una necesidad de psicoterapia de apoyo tanto de las madres como de los niños en tratamiento con diálisis peritoneal.

En niños con ERC, y que además presentan una enfermedad psiquiátrica comórbida (como un cuadro depresivo), existe un mayor riesgo de escasa adherencia terapéutica, más hospitalizaciones, y más riesgo de complicaciones. Spirito y Kazak han perfilado técnicas terapéuticas específicas incluyendo normalización de conductas “rebeldes”, mayor comunicación familiar así como implementación de estrategias familiares de resolución de problemas como medio para promover la adhesión terapéutica.

El incumplimiento terapéutico se ha descrito en adolescentes con trasplante renal hasta en un 64%, siendo la causa de la pérdida del injerto entre el 12 y el 34%. Se han realizado múltiples esfuerzos para averiguar qué factores de riesgo conducen a los adolescentes al incumplimiento terapéutico: las alteraciones psíquicas (depresión y ansiedad), falta de apoyo familiar, baja autoestima antes de la adolescencia, efectos secundarios de la inmunosupresión (particularmente efectos estéticos y la complejidad del régimen terapéutico), se encuentran reiteradamente en los estudios realizados como factores de riesgo para el incumplimiento.

Es necesario conocer las condiciones propias de esta edad y valorarlas e incorporarlas al proceso terapéutico.

La depresión es la alteración psiquiátrica más común en pacientes con ERC terminal tratados con hemodiálisis: efectos adversos y tasas de morbimortalidad más elevadas.

Es importante, psicoeducación en pacientes y familiares sobre la ERC y la depresión y la importancia

en etapas precoces, ya que cuando la depresión coexiste con otra patología médica, es más intensa y grave y con mayor resistencia al tratamiento. Además de un abordaje psicoterapéutico de apoyo.

La depresión no tratada eleva el potencial para presentar conductas más desadaptativas, como regresión, mala adherencia terapéutica, hostilidad, irritabilidad y desesperanza prematura.

En caso de tratamiento psicofarmacológico, es necesario que se lleve a cabo un ajuste de la medicación de forma individualizada: dosis iniciales de los fármacos deben reducirse y prolongar los intervalos entre las tomas de medicación (debido a la unión a proteínas).

### **CONCLUSIONES**

Las enfermedades renales crónicas presentan una gran repercusión a nivel emocional en el paciente y en su familia.

Es importante la necesidad de un trabajo interdisciplinario en estos pacientes con ERC y trastorno depresivo comórbido para: minimizar el impacto en la percepción subjetiva de uno mismo (como los sentimientos de minusvalía, desesperanza y frustración), mejorar la adherencia al tratamiento y motivación para cumplir las prescripciones nefrológicas, mejorar las dificultades en las relaciones interpersonales y afectivas (estos pacientes presentan afectación en la funcionalidad diaria y calidad de vida, teniendo que renunciar a múltiples actividades tanto educativas como sociales y de ocio, lo que influye en su proceso de socialización y desarrollo madurativo) y mejorar el autocuidado.

Por todo esto, cabe destacar que un buen abordaje psicoterapéutico y/o psicofarmacológico, tanto con el paciente afecto de ERC, como a nivel familiar, de manera coordinada con los Equipos de Nefrología, ayudaría a obtener una mejor calidad de vida y menor sufrimiento para estos pacientes.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Junta Directiva Asociación Española de Nefrología Pediátrica (AENP). “Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Nefrología Pediátrica”. 3ª Edición. 2014.
2. Alarcón Prada, A. La depresión en el paciente renal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 33, nº. 3, Julio/Septiembre 2004; pp. 298-320.
3. Piedrahita Echeverry, V.M.; Prada Maeza,

- M.C.; Vanegas Ruíz, J.J.; Velez Echeverría, C.; Serha Higuaita, L.M.; Serrano Gayubo, A.K.; Florez, J.A., Cornejo Ochoa, J.W.; Martinez Salas, J. Causas de enfermedad renal crónica en niños atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de Medellín, Colombia, entre 1960 y 2010. *Revista Iatreia.*, vol. 24, núm. 4, octubre-diciembre 2011, pp. 347-352.
4. Bakr, A.; Amr, M.; Sarhan, A.; Hammad, A.; Ragab, M.; El-Refaey, A.; El-Mougy, A. Psychiatric disorders in children with chronic renal failure. *Pediatr. Nephrol.* (2007) 22: 128-131.
  5. Kogon AJ, Vander Stoep A, Weiss NS, Smith J, Flynn JT, Mc Cauley E. Depresión and its asociare factors in pediatric chronic kidney disease. *Pediatra Nephrol.* 2013 Sep, 28 (9): 1855-61.
  6. Kilis-Pstrusinka, K.; Medynska, A.; Adamczak, P.; Balasz-Chmielewska, I.; Grenda, R.; Kluska-Jozwiak, A.; Leszczynska, B.; Olszak-Szot, I.; Miklaszewska, M.; Szczepanska, M.; Tkaczyk, M., Wasilewska, A.; Zachwieja, K.; Zajaczkowska, M.; Ziolkowska, H.; Zagozdzon, I.; Zwoliska, D. Anxiety in Children and Adolescents with Chronic Kidney Disease-Multicenter National Study Results. *Kidney Blood Press Res.* 2013; 37: 579-587.
  7. Palmer, S.; Vecchio, M.; Craig, J.C.; Tonelli, M., Johnson, D.W., Nicolucci, A., Pellegrini, F.; Saglimbene, V.; Logroscino, G., Fishbane, S.; Strippoli, G.F.M. Prevalence of depresión in chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Kidney International* (2013), 84, 179-191.
  8. Keskin, G.; Bilge, A. The evaluation of depresión, social anxiety, alexithymia on children and adolescent with chronic renal failure. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2009; 10: 318-324.
  9. Fukunishi, Kudo, H. Psychiatric problems of Pediatric End-Stage renal failure. *General Hospital Psychiatry* 1995; 17, 32-36.
  10. Czyzewski L, Sanko-Resmer J, Wyzgal J, Kurowski A. Assesment of health-related quality of life of patients after kidney transplantation in comparison with hemodialysis and peritoneal dialysis. *Ann Transplant* 2014 Nov 9; 19:576-85.
  11. Fukunishi I, Honda M, Kamiyama Y, Ito H. Influence of motores on school adjustment of continuous ambulatory peritoneal dialysis children. *Peritoneal Dialysis International*, 1993; Vol. 13, pp. 232-235.
  12. Al Uzri A, Mathewson M, Gipson DS, Mendley SR, Hooper SR, Yadin O, Rozansky DJ; Moxey-Mims M, Furth SL, Warady BA, Gerson AC. The impact of short stature on health-related quality of life in children with chronic kidney disease. *J. Pediatr.* 2013 Sept; 163 (3): 736-41.
  13. Markart AJ, AUSSERHOFER D, Mantovan F. Psychological experiences and coping strategies of children and adolescents with chronic kidney disease on renal replacement therapy. *Kinderkrankenschwester.* 2014, Mar, 33 (3): 94-7.
  14. Mishra K, Ramachandran S, Firdaus S, Rath B. The impact of pediatric nephrotic syndrome on parents' health-related quality of life and family functioning: an assessment made by the Peds QL 4.0 family impact module. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2015 Marc; 26(2): 285-92.
  15. Wadd KM, Bennett PN, Grant J. Mothers requiring dialysis: parenting and end-stage kidney disease. *J. Ren Care.* 2014 Jun; 40 (2): 140-6.
  16. Kilis-Pstrusinka, K.; Medynska, A.; Adamczak, P.; Balasz-Chmielewska, I.; Grenda, R.; Kluska-Jozwiak, A.; Leszczynska, B.; Olszak-Szot, I.; Miklaszewska, M.; Szczepanska, M.; Tkaczyk, M., Wasilewska, A.; Zachwieja, K.; Zajaczkowska, M.; Ziolkowska, H.; Zagozdzon, I.; Zwoliska, D. Disease-related social situation in family of children with chronic kidney disease-parents assessment. A multicentre study. *Ann Agric Environ Med.* 2014; 21 (4): 876:81.
  17. Kilis-Pstrusinka, K.; Medynska, A.; Adamczak, P.; Balasz-Chmielewska, I.; Grenda, R.; Kluska-Jozwiak, A.; Leszczynska, B.; Olszak-Szot, I.; Miklaszewska, M.; Szczepanska, M.; Tkaczyk, M., Wasilewska, A.; Zachwieja, K.; Zajaczkowska, M.; Ziolkowska, H.; Zagozdzon, I.; Zwoliska, D. Psychosocial aspects of children and familiaes of children treated with automated peritoneal dialysis. *Pepita Nephrol.* 2013 Nov, 28 (11): 2157-67.
  18. Lopez-Larrosa S. Quality of life, treatment adherence, and locus of control: múltiple family groups for chronic medical illnesses. *Fam Process.*

- 2013 Dec, 52 (4): 685-96.
19. Mitra S, Banerjee S. The impact of pediatric nephrotic syndrome on families. *Pediatra Nephrol.* 2011 Aug; 26 (8): 1235-40.
  20. Fenton N, Ferris M, Ko Z, Javalkar K, Hooper SR. The relationship of health care transition readiness to disease-related characteristics, psychosocial factors and health care outcomes: preliminar findings in adolescents with chronic kidney disease. *J. Pediatr. Rehabil. Med.* 2015; 8 (1): 13-22.
  21. Tjaden IA, Vogelzang J, Jager KJ, Van Stralen kJ, Maurice-Stam H, Grootenhuiss MA, Groothoff JW. Long-term quality of life and social outcome of childhood end-stage renal disease. *J. Pediatra.* 2014 Aug; 165 (2): 336:342.
  22. Abreu IS, Kourroski MF, Dos Santos dm, Bullinger M, Nacimiento LC, De Lima RA, Dos Santos CB. Children and adolescents on hemodialysis: atributes associated with quality of life. *Re Esc Ender USP.* 2014 Aug; 48 (4): 601-9.
  23. Mekahli D, Ledermann S, Gullett A, Rees L. Evaluation of quality of life buy young adult survivors of severe chronic kidney disease in infancy. *Pediatra Nephrol.* 2014 Aug; 29 (8): 1387-93.
  24. Simoni, J.M., Asarnow, J.R.; Mundford, P.R.; Koprowski, C.M.; Belin, T.R.; Salusky, I.B. Psychological distress and treatment adherente among children on dialysis. *Pediatr Nephrol* (1997) 11:604-606.
  25. Vasylyeva TL, Singh R, Sheehan C, Chennasamudran SP, Hernandez AP. Self-reported adherente to medications in a pediatric renal clinic: psychological aspects. *PLoS One.* 2013 Jul 18, 8(7).