

La ansiedad como factor de riesgo en la adherencia al tratamiento dialítico en pacientes pediátricos con falla renal crónica estadio V.

Una mirada desde las diferentes terapias de reemplazo Renal.

Andrés Cárdenas Duque

Psicólogo

Mg. Desarrollo Infantil con énfasis en evaluación e intervención.

Universidad de Manizales

Coordinador de investigaciones clínicas

Universidad Manuela Beltrán.

Nota del Autor:

La Coorespondencia en relación con este artículo debe dirigirse a Andrés Cárdenas Duque, Vice Rectoría de Investigaciones, Universidad Manuela Beltrán, Av Circunvalar 60-00 Primer Piso Edificio Administrativo.

Dirección Electrónica: andres.cardenas@umb.edu.co

La ansiedad como factor de riesgo en la adherencia al tratamiento dialítico en pacientes pediátricos con falla renal crónica estadio v. Una mirada desde las diferentes terapias de reemplazo renal

RESUMEN

Generalmente los estudios realizados sobre enfermedad crónica y nefrología están orientados desde el punto de vista fisiológico. Este estudio abarca el ámbito de la salud mental de pacientes pediátricos en un análisis comparativo de las pruebas de laboratorio y su variación inherente a la adherencia y adaptabilidad mediada por mecanismos sintomatológicos de trastornos depresivos y de ansiedad, con el propósito de analizar la relación coexistente de las terapias de reemplazo renal a la luz del panorama psicológico del paciente, integrando características en las cuales se plantee la terapia recomendada para los menores en términos de adherencia y comodidad.

PALABRAS CLAVE: trastorno de ansiedad mixto en la infancia, adherencia al tratamiento dialítico, terapias de reemplazo renal.

ABSTRACT

Generally, studies of chronic disease and nephrology are oriented from the physiological point of view. This study focuses on the mental health field of pediatric patients in a comparative analysis of laboratory tests and their inherent variability and adaptability of adhesion-mediated symptomatology of childhood anxiety disorders-mixed, with the purpose of analyzing the relationship coexisting of renal replacement therapy in light of the patient's psychological outlook, incorporating features which raise the recommended therapy for children in terms of grip and comfort.

KEY WORDS: mixed anxiety disorder in childhood, adherence to dialysis, renal replacement therapy.

Introducción

La enfermedad renal pediátrica, aqueja a un número significativo de pacientes a nivel mundial. Se presenta generalmente en población adulta pero es una enfermedad que puede desarrollarse en cualquier etapa de la vida. Este tipo de enfermedad crónica, desestabiliza el entorno del menor variando las condiciones inherentes a la calidad de vida mediada por mecanismos también intrínsecos; es aquí donde el terreno de la psicopatología irrumpe con el curso de la vida cotidiana de los pacientes, muestra de esto se evidencia en las unidades renales del país, a los cuales acuden niños de diferentes estratos socioeconómicos y distintas creencias que conviven con una enfermedad que aunque tenga tratamiento perdura el resto de la vida del menor y aún en los casos de trasplante, el menor debe seguir regímenes alimentarios y farmacológicos, debido a esto, es necesario para el ámbito psicológico estudiar los factores concomitantes de la enfermedad renal, con el fin de crear estrategias interventivas y evaluativas que propendan por el impacto positivo y la contribución a la adaptabilidad de los distintos tratamientos.

Como referente a lo anterior, investigaciones realizadas en México (Aparicio, 2003), en el ámbito de la nefrología, y en el área de la salud mental actualmente se encaminan a aspectos como la calidad de vida, el aspecto escolar o el shock emocional en el momento de recibir la noticia de la enfermedad renal. En Colombia (Lopera 2007) se encuentran investigaciones realizadas en población adulta. Lo que indica la poca incursión en el área pediátrica. Desde este punto de vista esta investigación es innovadora y se basa en leyes de protección del menor buscando su bienestar.

Ahora, Cuando hablamos de adherencia, fluctúan factores determinantes como los estándares paraclínicos de sodio, potasio, fosforo, calcio, sobrecarga volumétrica, asistencia a la terapia dialítica, .y autocuidado con los procedimientos. Dichos patrones varían no solo por la prescripción médica, sino por rasgos propios del paciente, como la alimentación, los aspectos motivacionales relacionados con el cuidado, entre otros aspectos en los que se incluyen también síntomas ansiógenos. Cuando estos factores empiezan a subordinar la independencia del menor y esto repercute en el hogar, la adaptabilidad varía, incrementando riesgos de hospitalización e infecciones.

Actualmente lo que se conoce de estos factores no se ha asociado a características propias de la psicopatología y de los factores comportamentales; ya que se atribuyen a postulados propios de las reacciones biológicas connaturales a la enfermedad, ¿pero que hay más allá de estos presupuestos teóricos? Esta investigación se enmarca en el campo de la psicopatología infantil el cual está poco estudiado, a lo sumo se adentra en el plano de la psicología médica, un área aún en construcción teórica, adicionalmente le apunta además al tratamiento clínico integral y propende por instaurar una piedra angular en la investigación psicológica en el área de la pediatría.

En soporte de lo anterior Autores como Martínez del pozo (2004), afirman que a pesar de los avances en el tratamiento dialítico (técnicos y farmacológicos) la consecución de los parámetros terapéuticos no siempre corresponden con la calidad de vida percibida por los enfermos y sus familiares, por ende la brecha que tenemos actualmente en el abordaje oportuno de los pacientes renales es cada vez más distante y, en ocasiones no nos percatamos de la consecución alterna de la enfermedad en otras esferas que no son precisamente del ámbito fisiológico; es necesario ahondar en los factores psicopatológicos del paciente renal crónico especialmente en el campo de la pediatría, teniendo en cuenta que es una enfermedad que se ha acrecentado los últimos años, lo que obliga por tanto al reconocimiento del abordaje transdisciplinario del paciente.

Los resultados del estudio pretenden Conocer las características de adaptabilidad intraterapéutica dialítica asociados a factores propios del trastorno de ansiedad infantil en pacientes con falla renal crónica estadio V inscritos en los diferentes programas de terapia de reemplazo renal.

Además pueden propiciar el mejoramiento en la prescripción dialítica de los pacientes contribuyendo a mejorar su calidad de vida, y a la vez pueden determinar si la diálisis debe adaptarse al paciente o el paciente a la diálisis y de esta manera contribuir a la selección de los planes terapéuticos adecuados desde una perspectiva más subjetiva y personalizada; por otro lado proporciona el enfoque psicológico interventivo en términos de conocimiento de las reacciones psicopatológicas de los menores.

Problema de Investigación

La enfermedad renal crónica es de larga duración, progresiva e irreversible. En el caso de los niños puede abarcar un gran periodo de tiempo o incluso toda su vida. El paciente y la familia que se someten a la enfermedad y a los tratamientos médicos, se ven obligados a reorganizar sus actividades, proyectos y vida diaria. El padecimiento les impone limitaciones y pérdidas, consume su energía y produce un gran estrés, ansiedad y depresión.

La prevalencia de las enfermedades crónicas en los niños varía, dependiendo de la recolección de los datos y la definición del proceso. Se considera que al menos un 5-8% de los niños menores de 15 años presenta un desorden crónico de mayor o menor grado; si bien, el número de niños con discapacidad grave funcional es mucho menor, se estima que un 1-3% de los niños tienen limitaciones que afectan de manera importante a su vida diaria y que necesitan el uso frecuente de los servicios médicos.

La enfermedad renal se ha convertido en una de las afecciones fisiológicas más comunes en pacientes pediátricos acrecentándose el número de reportes a diario a nivel nacional. La falla renal generalmente se presenta por antecedentes genetofamiliares, hipertensión arterial, diabetes, lupus o por traumatismo; la falla renal se estandariza en diferentes estadios siendo la falla renal crónica estadio V una de los estadios que amerita además del tratamiento medicamentoso, continuar con tratamiento de terapia de reemplazo renal en sus diferentes modalidades, teniendo en cuenta las características de ingreso del paciente. Las modalidades son: diálisis peritoneal ambulatoria continuada (CAPD), diálisis peritoneal automatizada o home choise (APD), Hemodiálisis y trasplante renal (Restrepo, 2009).

Esta investigación se orientó sustancialmente hacia el análisis de las características propias de la adherencia a la luz del concepto de adaptabilidad intraterapéutica dialítica en pacientes pediátricos con alteración psicológica subyacente. Si bien la adherencia no tiene definición por sí misma, se incorpora como un concepto que abarca distintas áreas que ameritan definir si un paciente cumple y se adapta a su terapia; a esto no solo se suman variables propias de la diálisis, sino mecanismos externos que se relacionan directamente con el comportamiento infantil, es decir, atañen a mecanismos de autocontrol y psicopatología, los cuales varían siempre y cuando la terapia brinde comodidad a las diferentes esferas del paciente.

Para hablar de adherencia y adaptabilidad se asume que su funcionamiento debe fluir como un engranaje el cual este concatenado también por características psicosociales. Este análisis comparativo tiene la finalidad de determinar qué tipo de terapia de reemplazo renal tienen mayor adherencia los pacientes pediátricos mediados por mecanismos psicológicos dando respuesta a la pregunta ¿De qué manera los síntomas ansiógenos, influyen la adaptación a la terapia dialítica en pacientes pediátricos con falla renal crónica estadio IV?

Referente conceptual

La insuficiencia Renal pediátrica

Generalmente vemos que problemas extraoficiales de la enfermedad se han convertido en un obstáculo enorme en la recuperación de los enfermos renales. Los inconvenientes se han estandarizado al parecer en diferentes fases, desde el ingreso a la institución hospitalaria hasta tener que elegir una terapia adecuada de reemplazo renal, incluyendo por supuesto el trasplante renal. Cuando el paciente inicia la terapia dialítica, debe hacerlo mediante un acceso vascular, los cuales pueden ser de diferentes tipos según el dictamen médico; para el implante se hace necesario el proceso de solicitud de autorización con el pos, proceso que en ocasiones es lento.

De esta manera, en la medida que estos procesos recirculan se crean mecanismos psicológicos que frecuentemente repercuten en su estado de salud crean mecanismos de displacer que desarticulan la homeostasis del paciente, razón por la cual aparece la angustia y un recurrente sentimiento de pérdida de control frente a la situación, seguida por altos niveles de estrés.

Christensen & Ehlers (2002) y Kimmel (2002) manifiestan que la insuficiencia renal crónica es una enfermedad que amenaza la vida de las personas por la posibilidad de aparición de otras enfermedades asociadas a ésta y por la posibilidad de una muerte próxima e inminente; sumado a estas amenazas, dicha condición hace vulnerable a la persona a diferentes fenómenos psicológicos y psiquiátricos tales como el estrés, la angustia, el miedo, la ansiedad y la depresión.

Todo ello, debido a la disminución en la sensación de control personal, ya que estas personas se encuentran sujetas a una serie de procedimientos invasivos como depender de una maquina o la posibilidad de un trasplante para sobrevivir.

Aspectos bio-psico-sociales del paciente renal

En la actualidad, las enfermedades crónicas como la IRCT son consideradas como fuentes generadoras de estrés, ya que implican un proceso de deterioro continuo y constante de varios años en el niño, afectando su calidad de vida y originando nuevas exigencias que deben ser afrontadas. Por ello, la presencia de la enfermedad crónica no sólo es percibida como una amenaza o pérdida de las funciones importantes para el bienestar personal y constituye un desafío dadas las nuevas condiciones bajo las que se debe seguir viviendo, las mismas que implican la introducción de tratamientos y nuevos regímenes alimenticios, la modificación de actividades escolares y sociales y la alteración de las relaciones interpersonales con seres significativos

En este orden, Rolland (1995), destaca dos fases diferenciadas en una enfermedad: crisis, y fase crónica, cada una de las cuales lleva a asumir distintos tipos de "tareas", podemos ver que en la primera etapa o etapa crítica, se produce el primer contacto con la enfermedad renal y los sistemas sanitarios generales y de Nefrología.

En esta etapa se inicia la relación médico-paciente, se solicita y/o se recibe la información sobre el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, y se activan las respuestas de emergencia tanto en el ámbito individual como familiar. Comienza en suma, el proceso de aprendizaje de convivir con la enfermedad. Se produce un primer momento de desorganización extrema (confusión, ambivalencia, sentimientos de soledad, angustia) que conducirá a alguna forma de reorganización negativa o positiva para el enfermo y su familia.

Este estado de conmoción influye en la calidad de las relaciones y la comunicación con el mundo exterior obstaculizando incluso la solicitud de información al médico. Esta dificultad se aprecia en estos momentos en que la familia necesita ayuda de su red social en mayor grado para evitar una respuesta emocional exagerada y poder cumplir con las complicadas y desgastadas tareas que debe emprender. El personal sanitario debe tomar conciencia de estos procesos y dedicar a la información el tiempo que sea necesario, no sólo porque una correcta información es un derecho de todo enfermo y su familia desde el punto de vista ético, sino también valorando el poderoso papel que la información tiene en el ámbito preventivo. Esta tarea debe llevarse a cabo en sitios adecuados que favorezcan el diálogo y las preguntas, teniendo en cuenta las dificultades cognitivas que existen en los momentos críticos

Los trastornos de ansiedad en la infancia

De acuerdo con Echeburúa (2004), Los trastornos de ansiedad en la infancia pueden clasificarse como: Trastornos fóbicos: Fobias específicas, Fobia escolar y Trastornos de evitación este tipo de trastornos son frecuentes en el contexto de la enfermedad crónica emergentes, desde la modificación en hábitos de vida, en términos de calidad y adaptación.

Por otro lado entre los trastornos más comunes en enfermedad médica con características de cronicidad encontramos los trastornos de ansiedad sin evitación fóbica: Ansiedad de separación y ansiedad excesiva.

Otros trastornos de ansiedad: Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno mixto de ansiedad y depresión predominan como entidad psicopatológica en pacientes con VIH, Leucemia, enfermedad crónica y otro tipo enfermedades, es menester por ende su evaluación oportuna como medida protectora como agravante de características de morbi mortalidad.

Etiología de los trastornos de ansiedad en la infancia

Según Klein, M. (1998), en el origen de los trastornos de ansiedad desempeñan un papel importante, por un lado, los acontecimientos estresantes como el divorcio de los padres en los períodos críticos de la infancia y, por otro, el estilo educativo de los padres con los hijos. En concreto, hay una estrecha relación entre la ansiedad materna, la sobreprotección de los hijos y las respuestas de ansiedad por parte de éstos. El temperamento del niño desempeña asimismo un papel importante y refleja la predisposición hereditaria general. Los niños ansiosos tienden a responsabilizarse excesivamente de los fracasos, experimentan dificultades para generar alternativas de actuación y discriminar las que son efectivas de las que no lo son y por último, suelen ser lentos en la toma de decisiones. La atención excesiva del niño a sus propias reacciones y a sus propios pensamientos contribuye a desarrollar y mantener la ansiedad.

De esta manera, están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica.

Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión. Algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) deben estar presentes aunque sólo sea de un modo intermitente. No debe utilizarse esta categoría si sólo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos. Si síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan estrechamente relacionados con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes.

Este tipo de enfermos con una mezcla de síntomas comparativamente leves se ve con frecuencia en atención primaria y su prevalencia es aún mayor en la población general, pero la mayoría de los afectados rara vez demandan cuidados médicos o psiquiátricos

Generalmente el estudio de este tipo de trastorno en el ámbito renal es limitado, y si existen estudios se han orientado a otros tipos de trastornos de ansiedad y particularmente en la adultez, sin embargo la bibliografía acerca de este trastorno en la infancia no es escasa pero su análisis no se ha asociado al análisis de una enfermedad médica asociando técnicas de laboratorio.

La ansiedad generalmente emerge a la luz de mecanismos de prohibición frente al concepto de salud propia de la prescripción del equipo sanitario, las rutinas farmacológicas y nutricionales además de la asistencia a la diálisis se convierten en mecanismos detonantes de síntomas ansiógenos.

Antecedentes

Al respecto, Rebori (2002, p. 37-39), plantea un estudio sobre cómo mejorar la adherencia del paciente renal en diálisis peritoneal manual, donde se evaluaron factores como: Hematocrito, Hemoglobina, Dosis de EPO, Dosis de diálisis Depósitos férricos, Adherencia, Procedencia, (estos factores garantizan también la medición de la adherencia lo cual confirma que el concepto de adaptabilidad puede medirse desde diferentes barreras), encontrando una baja adherencia en pacientes con bajo sustrato psicosocial.

Por otro lado en España, Aparicio (2003), al respecto de la “calidad de vida en pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica y la repercusión psicológica en sus padres”, se observó

principalmente el deterioro cognitivo del menor y los efectos que causa la enfermedad a nivel familiar.

En Latinoamérica, se evidencia interés por los estudios pediátricos relacionados con enfermedades crónicas como el VIH, la hemofilia, y distintos tipos de cáncer. El énfasis de estos estudios se orienta en términos de calidad de vida de los pacientes.

En el campo de la psicopatología, Irías (2004, p.102-104), en Managua se orientó hacia la Caracterización psicológica y tendencia al suicidio en pacientes con insuficiencia renal crónica en el Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera, en el cual se exploraron las implicaciones psíquicas de la diálisis en pacientes pediátricos, encontrando índices alarmantes de depresión, trastorno de ansiedad, de adaptabilidad y tendencia al suicidio, por lo cual se recomienda la intervención psicoterapéutica temprana que de alguna manera se descuida en algunas unidades renales del país.

Ahora en Buenos Aires, Argentina, por parte De ferraris; Costa; Dawson; Ghezzi; Larrarte; Laster & Repetto (2006) describen los procesos psicológicos y “los efectos en la adolescencia, en la familia y en la socialización, en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC)” (p.24-26) además de destacarla necesidad de considerar factores como los cambios hormonales típicos del desarrollo propio de la edad, con relación a cambios propios de la enfermedad renal, por lo cual los datos pueden variar su confiabilidad.

Entre tanto, en Colombia por Alarcón (2005), al respecto de los factores psicosociales del paciente renal, retoma aspectos de la psiquiatría en el área renal que han quedado inconclusos. Como la exploración del recorrido y las vivencias de los pacientes renales (adultos) desde el momento en que inician terapia pre dialítica.

Desde el punto de vista psicopatológico existen estudios interesantes realizados con población adulta en terapia dialítica. La mayoría de ellos son realizados en un periodo de seguimiento de 3 meses lo cual según la bibliografía es un tiempo prudente para detectar cambios mentales progresivos durante las terapias.

Entre estos estudios (Álvarez & cols., 2001), describen los “síntomas físicos y emocionales en pacientes en programas de hemodiálisis periódicas”, encontrando que con el transcurso de los días los pacientes desarrollan entidades psicopatológicas algunas de atención clínica inmediata y hospitalización pero lo más importante es su propensión a desarrollar cuadros ansiosos y depresivos que frecuentemente repercuten en trastornos del sueño que

progresivamente alteran factores atencionales lo que implica *per se* que estos pacientes además son más agresivos frente al equipo sanitario y su deterioro físico es notable, existe una fuerte relación entre síntomas físicos y alteraciones comportamentales.

En este orden de ideas, Calvense (2008), llevó a cabo un estudio en México sobre calidad de vida, depresión y ansiedad en pacientes adultos con sustituto de función renal, aunque la premisa importante es que la ansiedad a algunos adultos se les diagnosticó desde la infancia, lo cual puede determinar que al ser un factor no intervenido puede subsistir en el enfermo renal durante el transcurso de la vida.

Para finalizar, Contreras & Cols (2008) hicieron un análisis de la ansiedad y capacidad de afrontamiento a la terapia dialítica, y fué evidente que la ansiedad es una variable determinante en la adherencia y los investigadores se preocupan por este tipo de patologías con relación a la adherencia y describe el impacto presente, socio demográficamente tanto en la falla renal además de como la ansiedad se sitúa como un factor de riesgo claro en la adaptabilidad.

Método

Tipo de estudio

La investigación corresponde a un estudio descriptivo correlacional, por cuanto pretende caracterizar un fenómeno comportamental para conocer los rasgos de los trastornos de ansiedad asociados a la baja adherencia intraterapéutica dialítica haciendo un análisis correlacional de las variables.

Población y muestra

La muestra la conformaron 6 Niños y niñas entre 7 y 16 años con diagnóstico de falla renal crónica estadio V, inscritos en algún programa de terapia de reemplazo renal de la ciudad de Manizales.

Para la selección de los niños y su clasificación se tuvo en cuenta la condición de osteodistrofia renal como alteración en el crecimiento.

Diagnósticos nefrológicos aleatorios de la muestra:

- Nefritis tubulointersticial.
- Glomerulonefritis rápidamente progresiva.
- Nefropatía hipertensiva.

- ER de etiología desconocida.

Características de exclusión: de la muestra (estos diagnósticos no se incluyeron en la investigación).

- Diabetes mellitus tipo I.
- Lupus eritematoso.
- Falla renal estadio IV o aguda
- Fase pre dialítica.
- CA- o alteración paralela.
- Pacientes que estén con tratamiento psicofarmacológico
- Pacientes incidentes.

Se elaboraron consentimientos informados avalados por el comité de ética médica de la unidad renal, los familiares de los niños son partícipes de igual manera del proceso de investigación, en esta investigación los menores están citados y abordados desde el anonimato y los resultados individuales hacen parte del compendio de historia clínica magnética utilizada en la Institución Hospitalaria a la que solo tienen acceso profesionales de la Institución avalados por la Territorial de Salud de Caldas.

Instrumentos

Como instrumentos para el desarrollo de la investigación se utilizaron:

La historia clínica de plataforma Renir II, que se caracteriza por ser instrumento que facilita el almacenamiento de las historias clínicas de los pacientes renales por parte de diferentes especialidades como psicología, nefrología, medicina general, enfermería, nutrición, este instrumento reúne la normatividad correspondiente a ley de custodia y monitoreo de historias clínicas, este diseño compila aspectos vitales del paciente y su descripción clínica, se analizan aspectos como: presión arterial, estado general, triglicéridos, colesterol, potasio, sodio fosforo, procedimientos clínicos, tipo de enfermedad, historia de la enfermedad, hospitalización, medicación actual y remisiones.

La técnica de Uro análisis o de laboratorio, que sirven como herramientas para la detección y seguimiento de las diferentes nefropatías, técnicas que le ayudan a los médicos generales a detectar patologías incluso previo a rasgos propios de la sintomatología con una gran precisión y confiabilidad (Restrepo, 2007) Al respecto, se tomaron las pruebas de: Tasa de filtración glomerular y el examen de orina esta última buscaba describir a) niveles de concentración urinaria y depuración osmolar de agua libre. b) electrolitos urinarios: Sodio, FeNa, en orina de 24 horas, potasio, gradiente de potasio transtubular, cloro, calcio, fósforo, fracción de excreción de fósforo c) Relación de la concentración creatinina urinaria/ creatinina plasmática, d) Glucosa y cuerpos cetónicos, e) Pruebas de acidificación urinaria, f) Test de nitritos, g) Test de esterasa leucocitaria, h) Pigmenturia y i) Proteínas urinarias.

En adición el sedimento urinario describió los niveles de: a) hematíes, b) leucocitos, c) Cilindros, d) Cristales.

Para el análisis psicológico del trastorno de ansiedad infantil se utilizaron, la entrevista clínica y cuestionarios de evaluación de cuadros psicológicos del estado de ánimo, para la evaluación de criterios de trastornos de ansiedad y ansiedad asociada a depresión como: Cuestionario – CDI - (*cuestionario de depresión infantil*), Mini-Mental State Examination (MMSE) y la escala de ansiedad de Hamilton (HARS). Test de medición de síntomas ansiógenos y representación fisiológica.

Procedimiento

Las pruebas como el uro análisis y la evaluación desde plataforma renir II se aplicaron alternas a las pruebas de laboratorio en un análisis pre test post test convalidado asociativamente con las pruebas paraclínicas de uro análisis de laboratorio. De esta manera se realizó el seguimiento durante 3 meses en los pacientes y se analizó la variabilidad de las técnicas.

Se llevó a cabo una entrevista no estructurada acompañada de autoinformes y las escalas mencionadas, se indagaba sobre la historia del problema y los tratamientos, para el análisis de los datos se realizó una comparación entre las técnicas psicológicas y las pruebas de laboratorio y se llevó a cabo un paralelo de variación conductual asociada a el decremento paraclínico teniendo en cuenta como agente de cambio las características de adaptabilidad.

Resultados

Para iniciar, se llevará a cabo la asociación entre los resultados de las pruebas psicológicas y las pruebas de laboratorio para determinar la correlación entre las características psicológicas y su influencia en el entramado fisiológico y la permeabilidad de estos factores en la adherencia intraterapéutica dialítica.

Resultados discriminados por instrumento de evaluación psicológica

Tabla 1

[Paciente dialítico - Hemodiálisis]

PACIENTE	PRUEBA	SEGUNDO MES	TERCER MES	CUARTO MES
Paciente A-	MMSE	28	27	29
	CDI	Normal	Rasgos leves autoestima negativa	Rasgos leves autoestima negativa y ansiedad
	HAMILTON	35	36	42

Tabla 1 : discriminación por resultados paciente de diálisis peritoneal en evaluación psicológica no muestra evidencia en estadio psicopatológico predominante.

Tabla 2

[paciente diálisis- peritoneal]

Paciente B-	MMSE	27	27	28
	CDI	Normal	Disforia y autoestima negativa leves	Disforia y autoestima negativa leves
	HAMILTON	42	45	42

Tabla 2. Paciente quien presenta baja adaptabilidad a la terapia dialítica y criterios de incumplimiento terapéutico

Tabla 3

[paciente diálisis- hemodiálisis]

Paciente C	MMSE	26	27	27
	CDI	Normal	Disforia y autoestima negativa moderadas	Disforia y autoestima negativa bajas, rasgos de depresión infantil.
	HAMILTON	43	44	43

Tabla 3. Paciente de hemodiálisis quien desarrollo trastorno adaptatil de la personalidad asociado a trastorno del estado anímico depresivo.

Tabla 4

[paciente-hemodiálisis]

Paciente D-	MMSE	27	28	28
	CDI	Normal	Disforia	Disforia
	HAMILTON	44	43	42

Tabla 4. Paciente de hemodiálisis quién presenta estabilidad emocional inicial y progresivamente fluctúa entre cuadro depresivo y moderado

Tabla 5

[paciente-transplantado]

Paciente E-	MMSE	28	29	27
	CDI	Normal sin rasgos de depresión	Normal sin rasgos de depresión	Normal sin rasgos de depresión
	HAMILTON	24	24	23

Tabla 5. paciente transplantado quién muestra estabilidad emocional sin compromiso de enfermedad mental en proceso postquirúrgico

Tabla 6

[paciente-transplantado]

Paciente F-	MMSE	26	24	25
	CDI	Normal sin rasgos de depresión	Disforia	Disforia
	HAMILTON	28	48	50

Tabla 6. Paciente transplantado quién desarrollo transtorno de ansiedad mixta asociado a trastorno alimentario

Análisis historias clínicas de psicología plataforma virtual Renir II por modalidad terapéutica.

Descripción

Tabla 7

Diálisis peritoneal

Paciente A.	Diagnostico	Estable emocionalmente.	Baja adaptabilidad.	Baja adaptabilidad.
Paciente B	Diagnostico	Estable Emocionalmente	Baja adaptabilidad	Incumpliment o terapéutico.
Paciente A	Ausentismos	N-A	N-A	N-A
Paciente B	Ausentismos	N-A	N-A	N-A
Paciente A	Hospitalización	0	1	0
Paciente B	Hospitalización	0	0	1
Paciente A	Peritonitis.	0	0	0
Paciente B	Peritonitis.	0	0	1

[Análisis de historias clínicas – recuento desde la plataforma de Renir II – Pacientes inscritos en diálisis peritoneal.]

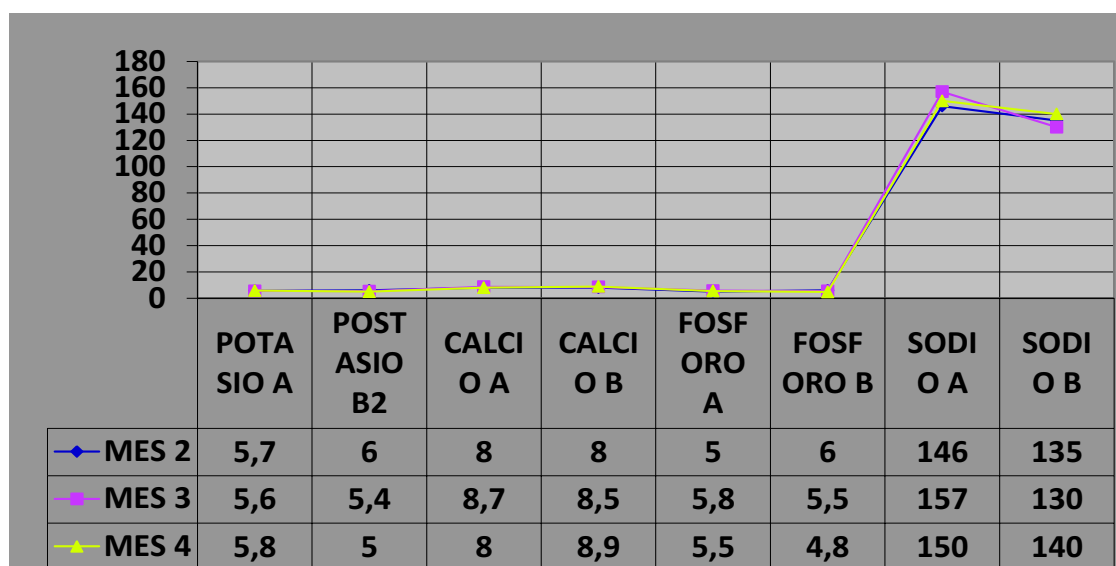
Análisis y descripción de los resultados.

Diálisis peritoneal.

Tabla de análisis de historias clínicas de diálisis peritoneal vs tablas paraclínicas de diálisis peritoneal

Hay una variabilidad notable entre los pacientes A y B (ver tabla 8) cuanto a sus porcentajes paraclínicos, si asociamos estos resultados con la tabla de resultados de datos de historia clínica peritoneal (Ver tabla 7) e historia clínica de plataforma Renir II, podemos ver que el paciente A posee baja adaptabilidad durante su proceso de diálisis y esto se ve reflejado en los resultados de las pruebas de laboratorio, sin embargo no hay una entidad psicopatológica predominante o de alto riesgo, este paciente posee recursos económicos y está escolarizado pero posee bajo sustrato psicosocial, el apoyo intrafamiliar es clave en la adherencia al tratamiento dialítico, este paciente estuvo hospitalizado una vez pero por causas externas al tratamiento.

TABLA 8 – Valores paraclínicos de pacientes en diálisis peritoneal



[Análisis de resultados de laboratorio durante 3 meses –técnica de uro análisis– Pacientes de diálisis peritoneal.]

Por otro lado el paciente B presenta también cambios notables en sus paraclínicos, por el contrario del paciente A este paciente está desescolarizado, posee recursos económicos, pero también bajo sustrato psicosocial, el paciente es rebelde con el grupo de apoyo y familia y presentó incumplimiento terapéutico, no acata las normas ni las prescripciones médicas lo cual desembocó en un cuadro infeccioso por peritonitis. Este paciente tampoco presentó entidad psicopatológica.

Los cambios en pruebas de laboratorio no afectan directamente las características de morbimortalidad, aunque los resultados no son los esperados por el personal clínico para lograr la homeostasis total del paciente.

Los pacientes demuestran niveles apropiados de socialización después de haber llevado a cabo procesos psicoterapéuticos.

Pacientes hemodiálisis.

Tabla 9

[Pacientes Hemodialíticos]

Paciente C.	Diagnostico	Estable emocionalmente.	Trastorno adaptable de la personalidad.	Trastorno del estado anímico.
Paciente D	Diagnostico	Estable Emocionalmente	Baja adaptabilidad	Incumplimiento terapéutico.
Paciente C	Ausentismos	N-A	N-A	N-A
Paciente D	Ausentismos	N-A	N-A	N-A
Paciente C	Hospitalización	0	1	1

Paciente D	Hospitalización	1	0	0
Paciente C	Peritonitis.	N A	N A	N A
Paciente D	Peritonitis.	N A	N A	N A

[Análisis de historias clínicas – recuento desde la plataforma de Renir II – Pacientes inscritos en terapia hemodialítica.]

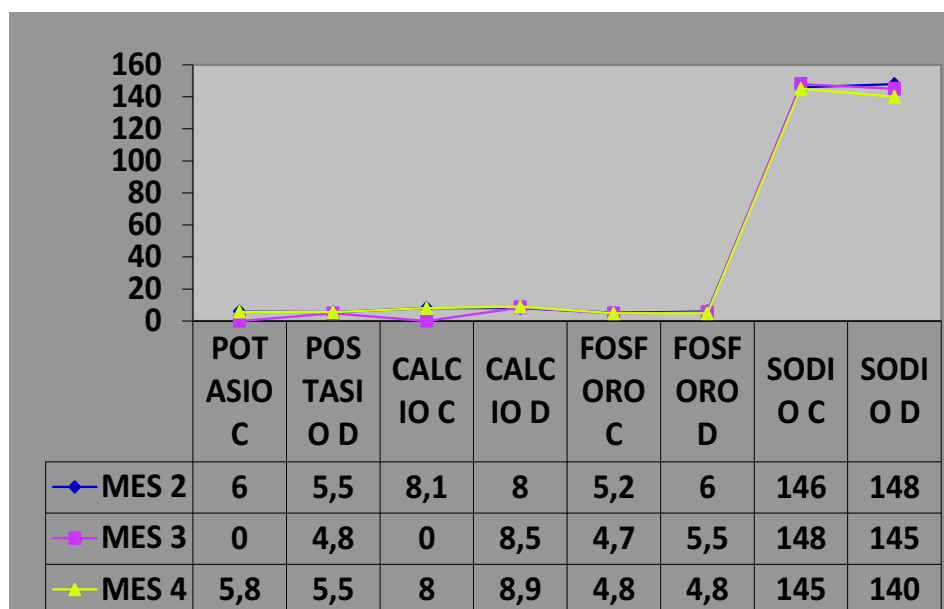
Descripción y análisis de los resultados.

Hemodiálisis

Tabla de análisis de historias clínicas de diálisis peritoneal vs tablas paraclínicas de hemodiálisis

En la comparación de paraclínicos (ver tabla 10) de pacientes hemodialíticos hay un incremento considerable en los rangos evaluados mediante técnicas de laboratorio, ambos pacientes variaron de estadio emocional estable a desarrollar un estadio mental desfavorable (ver tabla 9), el paciente C desarrollo trastorno adaptatil y cuadro clínico con riesgo alto en estado anímico, el paciente D presento incumplimiento terapéutica y una baja adherencia al tratamiento dialítico lo cual se reflejo en exámenes de alto riesgo fisiológico con compromiso de morbimortalidad asociada, y distintos ingresos a hospitalización a su vez ausentismos recurrentes a la terapia, ambos pacientes eran de buenos recursos económicos aunque también con pocas fuentes de apoyo psicosocial, en esta terapia en comparación con la diálisis peritoneal si se desarrollaron entidades psicopatológicas que incluso ameritaron tratamiento posterior psicofarmacológico.

TABLA 10 paraclínicos - Uro análisis



[Análisis de resultados de laboratorio durante 3 meses –técnica de uro análisis– Pacientes hemodialisis.]

Los dos pacientes en programa de hemodiálisis se encontraban des escolarizados y estaban compartiendo sala de diálisis con adultos lo cual no es recomendable para el proceso adaptatil e interaccional de los pacientes pediátricos.

A diferencia de la diálisis peritoneal estos pacientes estaban expuestos a mayores procedimientos quirúrgicos como el suministro de EPO, la conexión a la diálisis o cambios de catéter por bacteriemia, al paciente C se le realizaron tres inserciones distintas de catéter temporal, y al cabo de 3 meses aun no se define para ellos terapia definitiva a escoger.

En términos de calidad de vida y deterioro en la socialización en hemodiálisis se evidencia mayor ensimismamiento de los pacientes, y son más propensos a desarrollar un cuadro depresivo asociada a trastorno debido a enfermedad médica.

El paciente C estaba en trámites con EPS para trasplante renal de donante intrafamiliar, pero la solicitud fue negada al cabo de tener que entutelar a la institución para aprobación de protocolo.

Es evidente el incremento en sodio, potasio fosforo y calcio en estos pacientes.

Pacientes trasplantados.

Tabla 11

[pacientes dialíticos – pacientes con trasplante renal]

Paciente E.	Diagnostico	Estable emocionalmente.	Estable emocionalmente.	Estable emocionalmente.
Paciente F	Diagnostico	Estable Emocionalmente	Trastorno de ansiedad.	Trastorno de ansiedad mixto asociado a trastorno alimentario.
Paciente E	Ausentismos	N-A	N-A	N-A
Paciente F	Ausentismos	N-A	N-A	N-A
Paciente E	Hospitalización	1	0	0
Paciente F	Hospitalización	1	1	1
Paciente E	Peritonitis.	N A	N A	N A
Paciente F	Peritonitis.	N A	N A	N A

[Análisis de historias clínicas – recuento desde la plataforma de Renir II – Pacientes trasplantados.]

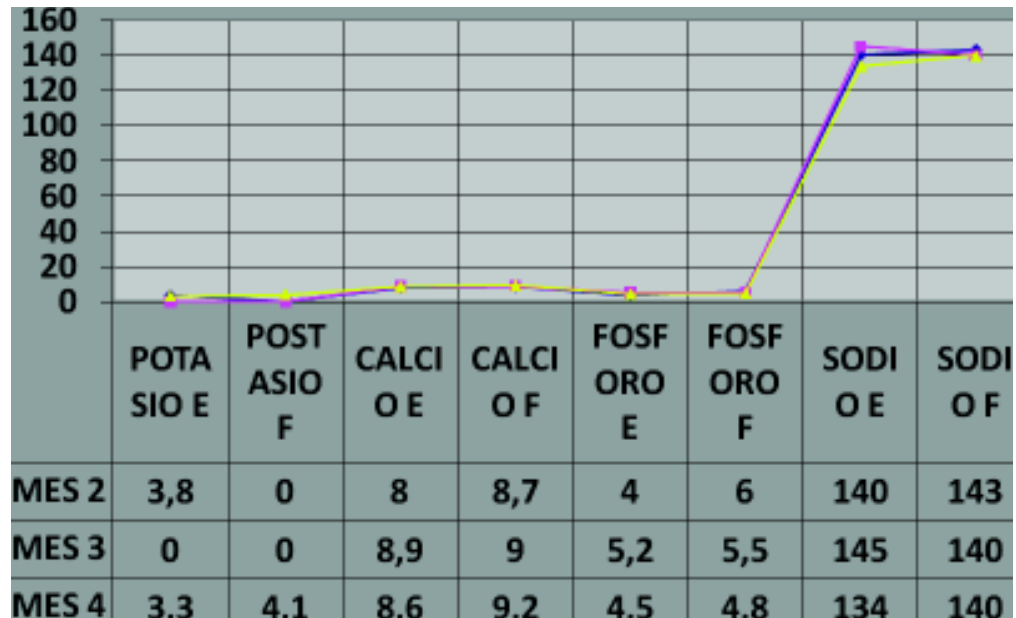
Análisis y descripción de los resultados.

Trasplante renal.

Tabla de análisis de historias clínicas de diálisis peritoneal vs tablas paraclínicas pacientes trasplantados

A nivel de variación en resultados de pruebas de laboratorio ambos pacientes mantuvieron niveles adecuados en los paraclínicos, el paciente E (ver tabla 12) presento normalidad a nivel psicológico mientras que el paciente F (ver tabla 11) desarrollo un cuadro clínico de riesgo alto a nivel psicológico con trastorno de ansiedad asociado a trastorno alimentario (rating desorden) con compulsión en la ingesta de alimentos como consecuencia con obesidad, presento 2 intentos de rechazo inmunológico de injerto por lo cual tuvo ingresos a hospitalización, debe tenerse en cuenta que los paraclínicos ya no varían tanto además por que el riñón trasplantado realiza adecuadamente el proceso de hemofiltración.

TABLA 12 paraclínicos – Uro análisis.



[Análisis de resultados de laboratorio durante 3 meses –técnica de uro análisis– Pacientes trasplantados.]

Ambos niños se encontraban escolarizados, pero el paciente F intermitentemente por altibajos en su salud, a lo sumo el paciente F presentaba buen apoyo psicosocial mientras que el paciente E bajo sustrato social

A nivel de praxis clínica se ha buscado que los pacientes pediátricos ingresen a programas de trasplante, si bien es importante deben tener nivel de preparación preoperatoria, existen pacientes que presentan mayor riesgo psicológico y por ende fisiológico en trasplante que en otras terapias.

Discusión.

Aunque la muestra seleccionada no sea alta es significativa en cuanto a que generalmente los pacientes no siempre duran 3 meses en una sola terapia, además los índices de traslado, drop out o morbimortalidad son altos por lo cual puede entorpecer el curso de la investigación.

Los pacientes seleccionados en las diferentes terapias dialíticas mostraron cambios importantes en cuanto al análisis psicológico, esto nos indica que el psicólogo clínico o el área de la neuropsicología debe encargarse de encuadrar el perfil del menor para ajustar la terapia a elegir, los resultados de esta investigación nos muestran que solo el análisis nefrológico está siendo tenido en cuenta y por esta razón los pacientes repercuten en entidades psicopatológicas recurrentes y progresivas que deterioran concomitantemente la enfermedad renal y en ocasiones subyacen alteraciones multi orgánicas.

La evaluación y la intervención de los menores por esta razón deben abarcarse de manera multidimensional, Ponce (1993) afirma que el equipo sanitario es fundamental en el proceso adaptatil del niño, hay síntomas en ocasiones imperceptibles por eso hay que precisar la influencia del entorno, la familia y los servicios de salud, desde el punto de vista de la psiconeuroinmunología, en sus postulados epistemológicos integra al individuo como un ser multidimensional y por ende, no puede abordarse por separado. El niño no debe desvincularse de su entorno las alteraciones emergentes en el menor deben mediar con un adulto para su comprensión.

En esta investigación el acompañamiento familiar fue crucial, los niños con menor sustrato social desarrollaron índices de sintomatología psicopatológica más altos, esto se vio reflejado en los paraclínicos y en las características de adaptabilidad propuestas en la investigación. Estos resultados infieren en que el vago acompañamiento incide con mayor

veracidad en las alteraciones psicológicas, contribuye a sobre llevarlas o a empeorar su condición según la calidad del manejo del niño.

Por su parte, Douglas (2007) la ignorancia y percepciones erróneas de la enfermedad persistente para el público incluidos los proveedores de salud recurre en ocasiones en una estigmatización dolorosa y evita el diagnóstico, suele enmascararse el plano psicopatológico con características propias de la enfermedad médica, desconociendo los altibajos mentales inherentes en el proceso adaptativo, en la investigación se reconoce claramente el deterioro progresivo de algunos menores en los que se descuidan aspectos sociales y psicoendocrinos.

Esta situación varía como condición ubicua, la transición de lo fisiológico a lo patológico, puede coexistir como trastorno primario pero se asocia finalmente a una enfermedad médica lo cual complejiza la patología teniendo en cuenta además que su consecución en temporalidad agrava el diagnóstico y por ende dificulta el tratamiento.

Los niños de la muestra presentaron cambios significativos dependientes sin duda de las características mismas de la estructura de personalidad desde el punto de vista del análisis subjetivo, sin embargo existen constantes relevantes de variación según estrato, apoyo social, edad, género etc., por otro lado los rasgos psicológicos de adaptabilidad propios de la enfermedad se mantienen. Martínez (2002) los niños pueden sentirse alienados, “héroes” o “víctimas” pueden sentirse indestructibles, o el exceso de fragilidad puede llevarlos a conductas de riesgo o excesiva precaución, se va de los extremos con una hiperactividad relacional o una vida solitaria.

Si analizamos los resultados intraterapéuticos es claro que la terapia por sí sola no es la definitiva en la adherencia y en el desarrollo de las enfermedades mentales, hay mecanismos externos a la terapia, como apoyo psicosocial, escolaridad, estructura de personalidad, características de autocontrol; los pacientes que presentaron una inadecuada adherencia y entidades psicopatológicas tenían mayores alteraciones psicosociales.

La hemodiálisis se muestra en este estudio como la terapia de mayor riesgo y de menor adaptabilidad para estos niños, se presentaron mayores alteraciones psicopatológicas y más cambios en las pruebas de laboratorio. Por otro lado los niños en hemodiálisis se presentaban como la muestra con más bajo sustrato social. Polaina (1994) afirma que las limitaciones de la familia para llevar correctamente la situación de enfermedad del menor, afectan fehacientemente

la adaptación dialítica del paciente. Por esta razón la familia es crucial para que el niño se adapte o no.

El trasplante renal se presentaba como una terapia de mayor predilección para los niños aunque en este estudio el paciente que demostró un mayor compromiso psicológico se dio en esta terapia. Finalmente los resultados no son codependientes de la terapia por sí misma, este niño contó con mayores constantes de apoyo. RIDDER D (2008) afirma que los niños que se adaptan a otros dominios vitales pueden permanecer más tiempo ausentes a trastornos psicológicos, por ende se favorece su adaptación, por otro lado no solo hablamos de constantes propias del psiquismo, el letargo y la debilidad de estos pacientes son mediados por citoquinas proinflamatorias como el factor de necrosis tumoral alfa y el interferón son contribuyentes con la aparición de la ansiedad, la depresión y otros trastornos mnesicos, por esta razón se torna aun más complicado el tratamiento ya que lidiamos también con causas no solo psíquicas sino también neurológicas.

Citando a Chamorro (2002) deben existir 2 fases para interferir positivamente las características psicológicas del paciente crónico: la regulación emocional la cual no puede ser evitativa y la expresión emocional como experiencia adaptatil.

Según las pruebas psicológicas, el análisis de la plataforma Renir II, y la entrevista psicológica el trastorno de ansiedad de base que presenta mayor incidencia es el trastorno de ansiedad mixto con depresión, y este es emergente durante la terapia de sustitución renal, aunque hayan precedentes geneto familiares, este tipo de entidades psicopatológicas se precipitan progresivamente durante las terapias y no previo a estas, sin embargo la escogencia de la terapia puede modificar estos patrones, debe escogerse la prescripción dialítica acorde a la estructura de personalidad del individuo.

Las investigaciones consultadas centran sus postulados en el análisis psicológico pero desde distintas posturas como el shock emocional al recibir la noticia de la enfermedad, el concepto de calidad de vida y depresión, lo que le da mayor importancia a esta investigación es la limitación en cuanto a estudios realizados en pediatría y la baja tasa de publicaciones en Colombia.

Un paciente de hemodiálisis falleció durante el estudio, lo cual estaba previsto desde los factores que pudieran entorpecer la investigación.

Conclusiones

Para futuras investigaciones puede tenerse en cuenta como técnica de exclusión una muestra Específicamente estratificada ya que está es una variación importante en la investigación, podría determinarse si el recurso económico interfiere en las características de adaptabilidad o si es una condición que fluctúa en términos de soporte social como ente regulador, como mediador de mecanismos de autocontrol, pueden abarcarse mecanismos inhibitorios como consumo excesivo de líquidos, la asistencia a la terapia dialítica y el seguimiento de la prescripción dietaria y medicamentosa y su asociación con estructura de personalidad o influencia del entorno. En términos de adaptación existen variables relevantes, generalmente los resultados apuntan a que si bien el menor debe cursar un proceso de adaptación a la terapia debe escogerse una terapia que garantice que el niño supla necesidades básicas inherentes a sus características de personalidad, por ejemplo un niño que este escolarizado es menester integrarlo en programa de diálisis peritoneal preferiblemente automatizada teniendo en cuenta el concepto medico de ultrafiltración o reacción de la membrana al tratamiento, la escogencia terapéutica debe ser un conjunto interdisciplinario de conceptos concatenados entre sí, si el menor cumple la condición de escolaridad y reúne los patrones para una terapia de reemplazo renal, no siempre estos son indicadores suficientes para garantizar la adherencia adecuada al tratamiento, existen en términos de calidad de vida otras características que no pueden perderse de vista como el sustrato social, en esta investigación se hace evidente que en pacientes con menor sustrato social presentaron mayor deterioro en términos psicopatológicos y mayores índices de hospitalización y paraclínicos con picos desfavorables.

En la investigación se evidencio que la entidad psicopatológica se desarrolla debido a la enfermedad médica, los antecedentes del paciente cuentan, pero la enfermedad y la baja adaptabilidad incurren en desordenes clínicos de tipo psicológico. Los pacientes que se enmarcaron en un plan terapéutico

Cognitivo conductual mostraron mejoría notable.

Algunas consideraciones para tener en cuenta:

La terapia no determina el nivel de adherencia para el paciente, es el paciente, factores geneto familiares y variables externas las que infieren en características de adaptabilidad.

La diálisis peritoneal no es funcional en pacientes con poco sustrato social y poco monitoreo, por lo general estos pacientes carecen de autocontrol. Por no haber reconfigurado biológicamente pensamiento formal.

Hay mayores características inherentes al deterioro cognitivo y social en hemodiálisis por la terapia misma alterna al locus de control externo.

Los niveles de enfermedad mental no siempre se definen por la terapia sino por causas adaptativas externas.

El trastorno de ansiedad con mayor incidencia es el trastorno de ansiedad mixto con fases depresivas, este tipo de patología tubo mayor inferencia en los resultados paraclínicos de laboratorio.

Los trastornos de ansiedad pueden preverse en terapia aguda o predialítica para evitar su impacto a nivel de morbi mortalidad.

El trastorno de ansiedad mixto con fases depresivas altera la adherencia al tratamiento dialítico en cualquiera de sus modalidades, alterando mecanismos de autocontrol, incrementando el deterioro de las pruebas de laboratorio asociada a la baja adaptabilidad en prescripción médica y nutricional.

Es importante tener en cuenta el tratamiento mixto psicofarmacológico y psicoterapéutico en pacientes quienes cumplen criterio de trastorno de ansiedad durante el proceso de la terapia dialítica y así propiciar la adherencia a la terapia de reemplazo renal.

El niño no puede llevar la carga de la enfermedad por sí mismo, debe sobrellevarla con la compañía de los adultos que le expliquen el proceso de su diagnóstico y recaídas.

El ámbito, social, familiar y sanitario son cruciales en la adaptabilidad del menor a la terapia dialítica.

Recomendaciones

La terapia a elegir para el paciente pediátrico debe elegirse según criterio de nefrología, posteriormente al existir estabilidad hemodinámica el grupo de apoyo en conjunto debe retomar las características de adherencia para perfilar subjetivamente el proceso terapéutico y la terapia de reemplazo renal que más se ajuste al menor, estas características pueden garantizar una mayor índice de adaptabilidad y por ende aportar positivamente a la calidad de vida del paciente, si el paciente se aborda por separado según la especialidad el tratamiento tiene resultados desfragmentados incrementando epidemiológicamente factores de morbimortalidad.

El papel concomitante del ámbito social, sanitario y familiar son cruciales en la adaptación del menor, a lo sumo la intervención psicológica oportuna contribuye a sobrellevar las condiciones de adherencia, por ende la adaptabilidad depende del trabajo interdisciplinario.

Referencias

- Alarcón, A. (2004). Aspectos psicosociales del paciente renal. Bogotá, Silueta.
- Bonneau RH; Kiecolt-Glaser JK; & Glaser R. (1990). Stress-induced modulation of the immune response. *Annals of the New York Academy of Science*. 594:253-269
- Blum-Gordillo, B; Gordillo Paniagua, G; & Grünberg, J. (1996). *Psiconefrología y econefrología*. Nefrología Pediátrica. Madrid, Paniagua G editorial, planeta.
- Biondi, M.; & Zannino, L. G. (1997). Psychological stress, neuro-immuno-modulation, and susceptibility to infectious diseases in animals and man: A review. *Psychotherapy and Psychosomatic*. 66:3-26
- Caplan, O. (1985). *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Barcelona. Paidós.
- Chrousos, G. P.; & Gold, P. W. (1998). A healthy body in a healthy mind-and vice versa-the damaging power of “uncontrollable” stress. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 83:1842-5.
- Dunn, J. (1998). *Inquietud y bienestar infantil*. Editorial Morata.
- Douglas W. (2007), *psicopatología en enfermedades crónicas*, Hospital de AI Dupont para niños, revista de pediatría, Madrid- España.
- Echeburúa, E. (2004). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Editorial. Pirámide.
- Heine, C. J. (2000). Who believes in Communication?. *Brain Behavior and Immunity*. England. 14:2-9

- Klein, M. (1999). El psicoanálisis de niños. Editorial, Paidós, Bermounth.
- Martínez, A. (1997). Problemática psicológica del niño enfermo crónico, del niño minusválido y su familia. Manual del Residente de Pediatría y sus Áreas Específicas. Madrid, Norma.
- Martín A; Chacón F; & Martínez M. (1990). Psicología comunitaria. Madrid, Visor. p.205-222.
- Miller, A.H. (1998). Neuroendocrine and immune system interactions in stress and depression. *Psychiatry Clint North Am.* 21: 443-463.
- Navarro Góngora, J. (1995). Avances en terapia familiar sistémica. Barcelona, Paidós.
- Ponce J.A (1993). Niño con problemas crónicos, *Revista rol de enfermería*, No 182 – 19,23.
- Polaina, (1994). Programas de modificación y autocontrol de autoconcepto en niños hospitalizados. *Revista de psicología general y aplicada*, 47 – 333,337.
- Restrepo Valencia, C. A. (2009). Nefrología básica. Primera edición. Manizales, Colombia. asociación nueva esperanza.
- Ridder D (2008). Adaptación hospitalaria en pacientes crónicos. Barcelona, España. *Lancet*
- Scharer, K. (1971). Incidence and causes of chronic renal failure in childhood. *Dial Transplant Association.* 8: 211. 71.
- Stein, M.; Miller, A.H; & Trestmann, R.L. (1991) Depression, the immune system, and health and disease. *Arch Psychiatry* 48:1 71-177.
- Sheridan, J.F; Dobb, S; Jung, J; Chu, X.; & Konstantin's, A. (1998). Stress induced-neuroendocrine modulation of viral pathogenesis and immunity. 840:803-808.
- Seligman, M.E.P. (2003). La auténtica felicidad. Barcelona, España. Vergara.
- TL, Leonard S. (1998) Depression, stress, and immunological activation. The role of cytokines in depressive disorders. *Life Sic.* 7: 583-606.
- Taylor, S. E.; Kennedy, M. E.; Reed, G. M.; Bower, J. E; & Grunewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions and health *American Psychologist*, 35, 99-109.
- White, Y. & Greyer, B. (1999). The biopsychosocial impact of end-stage renal disease: the experience of dialysis patients and their partners. *JAN-1999*

