

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SSTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**DESARROLLO DE UN PROGRAMA INTEGRAL DE ATENCIÓN Y  
ADHERENCIA PARA PACIENTES DEL CENTRO DE TRASPLANTE  
HEPÁTICO Y CIRUGÍA HEPATOBILIAR.**

**Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la  
Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Psicología para optar por el  
grado de Magíster en Psicología de la Salud.**

**KATTIA VARGAS FALLAS**

**Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica**

**2009**

## Dedicatoria

Dedico este Trabajo Final de Graduación en primer lugar a Dios Todo Poderoso, por haberme dado la inteligencia, la salud y las fuerzas para poder alcanzar esta meta tan importante en mi ámbito personal y profesional.

A mi esposo Alfonso por estar a mi lado y apoyarme todos los días que pasan, creyendo en mis capacidades e impulsándome a dar lo mejor de mí. Por ser un gran esposo, amigo, profesional, confidente y un ejemplo de superación y esfuerzo.

A mi hija Isabella quien es el ser que me inspira diariamente a ser una mejor madre, una mejor esposa, hija, amiga y mujer. Por ayudarme cada día que pasa, a ser un ser humano más entregado, más sensible y fuerte.

A mis padres Oscar y Julia por la dedicación y entrega que tuvieron y aún tienen conmigo en todo momento de vida y que es lo que me ha permitido recoger los grandes frutos de mi existencia. Por ser un ejemplo e inspiración en todos los ámbitos de mi vida.

A mi hermano Oscar Mauricio por estar allí, por ser un ejemplo de inteligencia y humanidad.

## Agradecimientos

Agradezco a Dios por haberme permitido tener la oportunidad de trabajar con aquellas personas que han tenido una segunda oportunidad de vida con un trasplante de hígado.

Agradezco a todo el equipo del Centro de Trasplante de Hígado y Cirugía Hepatobiliar por haberme dado la confianza para trabajar tanto con los pacientes en lista de espera por un hígado, como con aquellos pacientes trasplantados en el programa de Adherencia al tratamiento.

A Natalia Sandoval, farmacéutica del Centro, por permitirme trabajar a su lado con los pacientes trasplantados, por apoyarme en esta propuesta que busca mejorar la calidad de vida de estas personas.

Agradezco a todos los pacientes del Centro de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar y a sus familiares por haberme brindado la oportunidad de aprender de sus vivencias y compartir conmigo los aspectos más íntimos de sus vidas.

Agradezco también a mi equipo asesor, Adriana Cortés, Patricia Montero y Rocío Vindas, que de manera desinteresada me han ayudado a culminar este proyecto tan importante para mí.

A mi esposo y mi hija, a mis padres y hermano por apoyarme en esta meta.

**“Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Psicología, como requisito parcial para optar al grado de Magíster en Psicología de la Salud”**



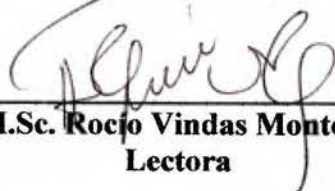
---

**Magíster Dagoberto Solano Marín**  
**Representante de la Decana**  
**Sistema de Estudios de Posgrado**



---

**M.Sc. Adriana Cortés Ojeda**  
**Profesora Guía**



---

**M.Sc. Rocío Vindas Montoya**  
**Lectora**



---

**Dra. Patricia Montero Vega**  
**Lectora**



---

**Dr. Jorge Sanabria León**  
**Director**  
**Programa de Posgrado en Psicología**



---

**Kattia Vargas Fallas**  
**Sustentante**

## Contenido

|  |     |
|--|-----|
| Dedicatoria.....   | ii  |
| Agradecimientos.....   | iii |
| Hoja de aprobación.....  | iv  |
| Capítulo 1. Introducción.....  | 1   |
| A. Descripción del campo de intervención.....                                      | 3   |
| B. Contextualización del lugar de intervención.....                                | 4   |
| VISION.....  | 5   |
| MISIÓN.....  | 5   |
| Objetivo General.....  | 5   |
| Objetivos Específicos.....   | 6   |
| Objetivos de la Práctica Profesional de la Maestría en Psicología de la Salud..... | 9   |
| Beneficios de la práctica.....   | 11  |
| Capítulo 2. Marco de Referencia.....   | 15  |
| A. Antecedentes.....   | 15  |
| B. Marco conceptual.....   | 23  |
| El modelo Biopsicosocial.....  | 23  |
| Medicina conductual.....   | 25  |
| Aplicación de la medicina conductual.....  | 27  |
| Psicología de la Salud.....  | 29  |
| La psicología de salud en el área de trasplante hepático.....                      | 31  |
| Adherencia al tratamiento.....   | 34  |
| Adherencia en pacientes con trasplante de órganos.....                             | 37  |
| Atención Farmacéutica.....   | 39  |
| Estrategias de comunicación para mejorar la adherencia al tratamiento.....         | 40  |
| Capítulo 3. Metodología.....   | 43  |
| A. Delimitación de funciones y tareas a realizar regularmente.....                 | 44  |
| Descripción de las relaciones interdisciplinarias.....                             | 51  |
| B. Proceso de evaluación de resultados e impacto de la práctica.....               | 53  |
| Capítulo 4. Resultados de la Práctica Profesional.....                             | 54  |
| Capítulo 5. Discusión teórica de los resultados.....                               | 73  |
| Capítulo 6. Conclusiones y Recomendaciones.....                                    | 83  |
| Conclusiones.....  | 85  |
| Recomendaciones.....   | 89  |
| Referencias.....   | 89  |
| Anexo I.....   | 98  |
| Anexo II.....  | 101 |
| Anexo III.....   | 105 |
| Anexo IV.....  | 109 |
| Anexo V.....   | 110 |

## *Resumen*

El proyecto que se presenta en las siguientes páginas consiste en una práctica Profesional en Psicología de la Salud realizada en el Centro de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar.

La práctica se divide en dos grandes actividades, la primera consistió en la atención psicológica de personas en lista de espera por un trasplante de hígado. Esta atención se llevó a cabo en el periodo de lista de espera, así como también en el momento del trasplante. También se incluyó el trabajo con los familiares del usuario.

La otra actividad que se realizó consistió en un programa orientado a mejorar la adherencia al tratamiento en aquellas personas con trasplante hepático. Este programa se basó en los cinco factores relacionados con la No adherencia al tratamiento propuestos por la Organización Mundial de la Salud. Estos factores son: 1. Factores demográficos y socioeconómicos, 2. Factores relacionados con el paciente, 3. Factores Relacionados con la enfermedad, 3. Factores relacionados con el tratamiento, 4. Relación médico-paciente.

En este programa se propuso una intervención integral incluyendo no solo el abordaje psicológico, sino también el profesional en farmacia y el médico cirujano, esto con el fin de abordar la adherencia al tratamiento de manera integral y procurar resultados perdurables. Dicho programa también incluyó a los familiares.

## Lista de tablas

|              |    |
|--------------|----|
| Tabla 1..... | 55 |
| Tabla 2..... | 60 |
| Tabla 3..... | 70 |

**Lista de figuras**

Figura 1.....7

Figura 2.....51



## Capítulo 1. Introducción

La experiencia de ser sometido a un trasplante de órganos es un evento que afecta varias dimensiones en la persona que lo atraviesa, no solo la física sino también la dimensión psicológica y social (Ortega y Rebollo, 2004; Pérez y Martín, 2005). Las repercusiones psicológicas se presentan tanto en aquellos usuarios que se encuentran en lista de espera como en los que han sido sometidos a un trasplante. Existen estudios que demuestran que los niveles de depresión en las personas trasplantadas son más altos en comparación con las que están en lista de espera, esto por las altas expectativas que muchos de ellos manejaban entorno al trasplante (Pérez. y Martin, 2005).

Esto implica que la inserción del psicólogo de la salud en el área de trasplantes es de suma importancia, ya que se requiere de actividades diversas que van desde la promoción de la salud, hasta la prevención en los tres niveles de atención y la rehabilitación del usuario del seguro social a su nuevo estilo de vida, una vez que ha sido sometido al trasplante (Hernández, 2006).

Otra de las actividades que el psicólogo de la salud realiza en una unidad de trasplante es la valoración e intervención sobre la adherencia al tratamiento (Hernández, 2006). Esta temática es relevante para la población de personas trasplantadas, específicamente en *aquellas con un trasplante hepático*; por lo que se ha decidido realizar como parte de la práctica profesional, una actividad complementaria dirigida a la implementación de un programa para mejorar de la adherencia al tratamiento de los pacientes con trasplante hepático.

Se estima que un 40% de las personas no cumple con las prescripciones terapéuticas. En el caso de las enfermedades agudas las cifras de la no adherencia pueden estimarse en un 20%; aumentando significativamente estas cifras en las enfermedades crónicas, alcanzando un 45% ya que por lo general, las indicaciones médicas en las enfermedades crónicas no solo implican la ingesta de fármacos sino también, cambios en el estilo de vida de la persona. Esta falta de adherencia terapéutica es un problema que exacerba los problemas de salud y favorece la progresión de la enfermedad, lo que hace difícil la estimación del valor real del tratamiento y a la vez genera un costo innecesario en la atención sanitaria (Martin, y Grau, 2004; Organización Mundial de la Salud, 2003).

Con respecto a la adherencia al tratamiento por parte de personas con trasplante de hígado, una no-adherencia a la terapia inmunosupresora constituye la más grande barrera en el cuidado post-trasplante y las complicaciones que se puedan presentar después de éste incluyendo el riesgo de muerte (Chisholm, 2002).

La intervención sobre la adherencia al tratamiento en pacientes que han recibido un trasplante de hígado, es un aspecto relevante no solo para ellos sino también para la seguridad social de nuestro país, ya que los medicamentos que esta población debe ingerir para evitar un rechazo y posibles complicaciones producto de de la inmunosupresión, tienen costos sumamente elevados. Por ejemplo, la Caja Costarricense del Seguro Social invierte 2.236 millones de colones en medicamentos antirrechazo al año (Solís, 2006). Sólo un medicamento llamado “Valganciclovir” que combate el virus “citomegalovirus” el cual puede ser contraído con facilidad en estos usuarios por su inmunosupresión, tiene un costo de un millón de colones (60 tabletas que durarán un mes); otro de los fármacos que ingieren

estas personas es el Micofenolato de Mofetilio (inmunosupresor), el cual posee un costo de 150 dólares por frasco y debe ser tomado por el resto de la vida. (Solís, 2006). Esto hace de suma importancia el brindar estrategias para que estas personas mejoren sus niveles de adherencia y a la vez se contribuya al ahorro de los recursos con los que cuenta el seguro social de nuestro país.

Es importante mencionar que esta práctica profesional en su amplitud, fue posible y factible ya que se contó con el apoyo del equipo médico no solo para efectos de la aprobación del mismo, sino que también por la disposición y necesidad que han expresado los profesionales con respecto a la inserción del profesional en psicología en un centro de estas características, como lo es el Centro de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar.

#### **A. Descripción del campo de intervención:**

##### **1. Nombre de la institución.**

La práctica profesional se realizó en el Centro de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar de la Caja Costarricense del el Seguro Social, el cual, brinda sus servicios en el séptimo piso del Hospital México y en la consulta externa de este mismo hospital.

##### **a) Descripción general de sus objetivos**

El centro de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar se ubica en el tercer nivel de atención y brinda sus servicios a aquellas personas tanto a niños, niñas adolescentes como adultos que presentan deterioro significativo e irreversible en sus funciones hepáticas y que requieren de procedimientos quirúrgicos para su restablecimiento. Estos procedimientos

pueden ser cirugías en áreas específicas del hígado, hasta la realización de trasplante hepático.

b) Evolución histórica de la misma.

La diputada Taitelbaum (2006), menciona que el 8 de julio del año 2004, a partir de un acuerdo de Junta Directiva llevado a cabo el 26 de agosto de este año, se crea el Centro de trasplante de hígado. Según un comunicado del presidente ejecutivo de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), para ese entonces, el Dr, Alberto Sáenz Pacheco, expresa que se establece como un programa permanente, declarado el 8 de julio de interés institucional, por lo que se le dota de los recursos necesarios para su implementación. A partir de esta fecha el centro ha incluido en su atención a la población de adultos que no estaban siendo valorados ni sometidos a trasplante. Aunque es un centro relativamente nuevo, el equipo de cirujanos posee una amplia experiencia en trasplantes, sumando más de 80 hasta la fecha.

**B. Contextualización del lugar de intervención:**

1. Objetivos y misión institucional.

El centro de trasplante hepático ha planteado su visión y Misión institucional de la siguiente manera (Centro de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar, 2006):

## VISION

Convertirnos en un ente impulsador y coordinador de la Caja Costarricense de Seguro Social, para que la población nacional adulta tenga acceso, según los principios de la seguridad social, a la atención de las enfermedades terminales del hígado que sean trasplantables en el medio y brindar los servicios de trasplante acorde con los mejores criterios de calidad y calidez.

## MISIÓN

Es el Centro de Gestión de la Caja Costarricense de Seguro Social, para la atención especializada de los enfermos del hígado en su fase terminal, quienes según la política sanitaria institucional en la materia, sean candidatos idóneos al trasplante hepático, con el fin de obtener su reinserción a la vida en sociedad y al disfrute pleno de su condición de persona.

Los siguientes objetivos se encuentran en proceso de publicación y revisión. Elaborados por Alvaro Meoño, Trabajador Social del centro.

### Objetivo General

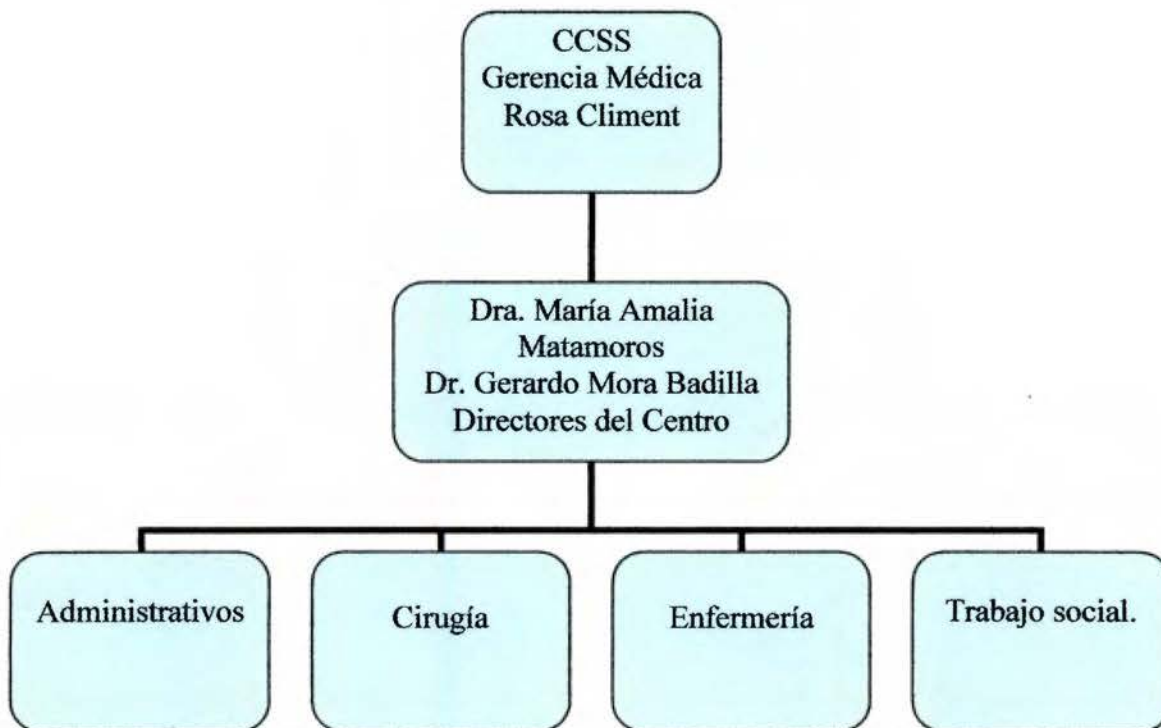
Brindar la atención oportuna y de calidad a los enfermos terminales de hígado susceptible a trasplante, o con patología hepatobiliar tratable quirúrgicamente, que sean apropiadamente referidos de los centros médicos especializados para tal fin.

Objetivos Específicos:

- 1.1 Prestar los servicios de medicina y cirugía de trasplantes acorde con su capacidad logística, dentro de un marco organizacional multidisciplinario que respete las prioridades de gestión existentes.
- 1.2 Contribuir al desarrollo de la medicina de trasplantes en el país, acorde con las reales necesidades de su población, la capacidad financiera y organizacional de la Caja Costarricense de Seguro Social y el involucramiento de la población en su soporte.
- 1.3 Disminuir el impacto de la morbilidad y de la mortalidad que tienen las enfermedades de hígado manejables quirúrgicamente en la población adulta costarricense, mediante servicios asistenciales oportunos, equitativos y de calidad.
- 1.4 Incentivar dentro de la red de servicios institucionales el conocimiento sobre los aspectos preventivos y curativos tendiente a ampliar la base de conocimientos del personal de salud y la población costarricense sobre las enfermedades del hígado, para disminuir el impacto en la morbimortalidad actuales por esas causas.
- 1.5 Establecer, como una de las prioridades de gestión, los enlaces para el intercambio con los profesionales extranjeros que han sido promulgadores de una visión integral a la problemática del país en materia de enfermedades terminales del hígado, para que se inserten con sus aportes como consultores ad honorem al proceso organizacional del nuevo Centro, muy especialmente los Dres. Koichi Tanaka, Shinji Uemoto, Shiro Fujita y Allan Reed.

2. Organigrama general de la institución y del programa o unidad en donde se va a realizar la práctica.

El organigrama del Centro de Trasplante está estructurado de la siguiente manera:



**Figura 1.** Organigrama del Centro de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar.

Fuente: (Información proporcionada por el Lic. Alvaro Meoño, 2006).

3. Descripción de la unidad en donde se realizó la práctica profesional.

El lugar donde se llevó a cabo la práctica es en el Centro de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar, en este momento realiza sus funciones en el Hospital México

atendiendo a adolescentes y adultos; los niños menores de nueve años se les brinda la atención en el Hospital Nacional de Niños, sin embargo esta población no se incluyó dentro de la Práctica Profesional, ya que ellos cuentan con la respectiva atención psicológica en dicho hospital.

Las intervenciones psicológicas como parte de la práctica se realizaron tanto con adolescentes como adultos. Las atenciones de los usuarios en lista de espera se efectuaron en la oficina que se compartió con el profesional de trabajo social Álvaro Meoño; en la medida de lo posible se acompañó a estos a la consulta externa que se ubica en la planta baja del mismo hospital, con el objetivo de actualizar aquellas indicaciones que el médico haya recomendado y que eran esenciales que el paciente llevara a cabo para mantener su condición de salud estabilizada. Los usuarios trasplantados y que formaron parte del programa de adherencia al tratamiento -como parte de la actividad complementaria- se atendieron en dos lugares: el primero en la oficina de trabajo social donde se realizaron las entrevistas iniciales con los pacientes y el segundo, en el centro de trasplante hepático en la oficina de la farmacéutica para la implementación de la charla al paciente y al familiar que lo acompañó a la consulta.



## **Objetivos de la Práctica Profesional de la Maestría en Psicología de la Salud.**

Los objetivos que se plantearon para esta práctica profesional fueron los siguientes:

### **OBJETIVO GENERAL:**

1. Brindar atención psicológica desde la perspectiva de la Psicología de la Salud, a los usuarios y sus respectivos familiares del Centro de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar.
2. Diseñar e implementar un programa de intervención interdisciplinario desde un enfoque cognitivo conductual, basado en las cinco dimensiones relacionadas a la adherencia propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para mejorar los niveles de adherencia al tratamiento de los usuarios del Centro Nacional de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar.
3. Implementar estrategias de intervención con los familiares de estos usuarios del Centro de Trasplante como agentes de cambio, para reforzar los resultados del programa a un mediano y largo plazo.

### **Objetivos específicos del objetivo general # 1.**

- 1.1 Brindar atención psicológica a las personas en lista de espera, para la preparación cognitivo conductual y emocional ante un eventual trasplante.
- 1.2 Evaluar la adherencia al tratamiento por parte de la persona en lista de espera.

- 1.3 Desarrollar estrategias de intervención psicológicas con los familiares de los de estas personas en lista de espera.
- 1.4 Establecer las coordinaciones y reuniones necesarias con el equipo interdisciplinario del Centro de Trasplante Hepático para la discusión de casos.

### **Objetivos Específicos del objetivo general # 2**

- 2.1 Evaluar los cinco factores relacionados con la No-adherencia según la Organización Mundial de la Salud, en los pacientes del Centro Nacional de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar que han recibido un trasplante de hígado y que presentan dificultades para adherirse adecuadamente al tratamiento.
- 2.2 Diseñar el programa de intervención interdisciplinario para mejorar los niveles de adherencia en personas con trasplante hepático, el cual abarca las charlas hacia los usuarios por parte del equipo interdisciplinario así como las sesiones individuales con el paciente y familiares.
- 2.3 Aplicar el programa de adherencia al tratamiento desde un enfoque cognitivo conductual, en personas con trasplante hepático y a sus familiares para mejorar los niveles de adherencia al tratamiento.

- 2.4 Evaluar los resultados de la implementación del programa de intervención desde un enfoque interdisciplinario en los pacientes del Centro Nacional de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar.

### **Objetivos Específicos del objetivo general # 3**

- 1.3 Evaluar los factores familiares que pueden estar relacionados a una inadecuada adherencia al tratamiento del usuario con trasplante hepático al que se le aplica el programa.
- 1.4 Entrenar a los familiares de estas personas en el programa de intervención como agentes de cambio en el mejoramiento de los niveles de adherencia al tratamiento.
- 1.5 Evaluar los resultados de la intervención en los familiares de usuarios trasplantados con respecto a los niveles de adherencia en los mismos.

### **C. Beneficios de la práctica**

#### *1. Teóricos*

Hasta hace aproximadamente un año, se da la inserción de profesionales en psicología en el Centro de Trasplante Hepático, por lo que no existe en nuestro país documentos que posean información sistematizada ni protocolos acerca de la intervención del profesional en psicología en el área de trasplante hepático. Contrario a otros países, como por ejemplo España (Pérez, Martín y Galás, 2005) y Estados Unidos (Lisson, Rodrigue, Reed y Nelson,

2005) entre otros, donde se realizan investigaciones constantes de las diversas variables psicológicas que están presentes tanto en personas en lista de espera, como aquellas que han recibido un trasplante de hígado.

En el ámbito propiamente de la adherencia al tratamiento, es importante destacar que en nuestro país no existe desde la psicología, estudios o investigaciones que hagan referencia a la adherencia al tratamiento en personas con algún tipo de trasplante, incluyendo el trasplante de hígado. A pesar de que a nivel internacional es un tema mayormente investigado, hay pocos estudios que fundamenten de manera científica el comportamiento de este fenómeno (Martín y Grau, 2004), lo que avala la necesidad de realizar investigaciones en el área.

Con la inserción de profesionales en psicología, se pretende sistematizar la información que se obtuvo a partir de la práctica, con el objetivo de publicar dicha información en revistas científicas indexadas a nivel nacional e internacional, para compartir conocimientos acerca de un tema de suma importancia como lo es la adherencia terapéutica en pacientes inmunosuprimidos por un trasplante, así como la intervención con pacientes en lista de espera. Estos conocimientos teóricos beneficiarán no solo a futuros profesionales en psicología que se inserten en una determinada unidad de trasplante, sino también al crecimiento y fortalecimiento de la psicología de la salud de nuestro país, la cual se encuentra en estos momentos en sus inicios.

## *2. Beneficios Prácticos.*

En primer lugar, los beneficios de la realización de la práctica profesional fueron para aquellas personas (y sus familiares) que atraviesan o atravesaban por una enfermedad crónica en un estado terminal, que esperan por la única opción que puede brindarles calidad de vida. Los beneficios también fueron para aquellas personas trasplantadas por medio del programa de adherencia al tratamiento, que necesitaban recordar información en relación a los hábitos de higiene personal y de ingesta de medicamentos que por varios factores, habían sido olvidados o se ponían en práctica de una manera inadecuada

A partir de este trabajo que se realizó con los pacientes, se llega a la convicción de que existe la necesidad de continuar brindando atención psicológica a esta población, dados los beneficios que este tipo de intervenciones ha generado no solo en ellos, sino también en su ambiente familiar.

Otro beneficio de esta práctica profesional fue la participación del profesional en psicología como un ente que promovió la comunicación entre los diversos profesionales de salud por medio de las intervenciones y el trabajo interdisciplinario, rescatando la integridad humana de los usuarios quienes recibieron de esta manera una atención desde los diversos campos de la salud (médico, farmacéutico, social, psicológico entre otros) con comunicaciones constantes entre cada uno de estos, con el objetivo de buscar una solución integral a su condición.

Un aspecto importante de mencionar en esta práctica profesional, son los antecedentes nacionales e internacionales de la diversas intervenciones e investigaciones realizadas desde la psicología en el ámbito de trasplante de órganos. Esta reseña se presenta a continuación.

## **Capítulo 2. Marco Teórico.**

El marco de referencia que se presenta en las siguientes páginas, menciona tanto los antecedentes nacionales como internacionales de las diferentes investigaciones que se han realizado en el campo de la psicología de la salud en temas que se relacionan con los aspectos desarrollados durante la práctica como parte de este proyecto de graduación; estos temas son adherencia al tratamiento e intervención psicológica en pacientes con algún trasplante de órganos. Se presenta un segundo apartado como parte del marco de referencia, este es el marco conceptual donde se desarrollan los diversos conceptos y disciplinas concernientes a los temas principales que se desarrollaron durante esta práctica profesional.

### **A. Antecedentes:**

A continuación se presenta una breve reseña de las intervenciones e investigaciones desde el campo de la psicología en el tema de trasplante hepático en general y específicamente a las investigaciones relacionadas al tema de la adherencia terapéutica.

En cuanto a antecedentes de intervención en Costa Rica, desde el ámbito de la psicología en trasplantes, en el año 2001 se tuvo contacto con la intervención que realiza la Licda. Villegas en el Hospital México con personas en lista de espera de un trasplante de riñón, esta intervención se realiza actualmente y se da a nivel individual con una evaluación y entrevista con el usuario y posterior al ingreso a la lista de espera, se continúa con la intervención individual además de intervenciones grupales. Todas estas intervenciones

desde el ámbito clínico, en la consulta externa que ofrece el servicio de psicología del hospital.

Cabe destacar que en diversos momentos en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia se han conformado dos equipos de profesionales en diferentes momentos para brindar una atención interdisciplinaria en lo que sería la intervención con los usuarios que se someterían a un trasplante de hígado. Actualmente este hospital realiza este tipo de intervenciones.

Con respecto a intervenciones en el campo de la adherencia al tratamiento que corresponde a la actividad complementaria de esta práctica profesional, se encontró el estudio acerca de los Factores psicosociales que intervienen en la adherencia al tratamiento y ajuste a la enfermedad en personas con Diabetes Mellitus (Karkashian y Guerrero, 1992).

En esta investigación se planteó el siguiente objetivo general: “Identificar las barreras psicológicas y del medio ambiente que intervienen en la adherencia al tratamiento y ajuste a la enfermedad en una muestra de 30 sujetos adultos con diabetes mellitus” (Karkashian y Guerrero, 1992). Esta investigación se llevó a cabo con los pacientes diabéticos que asistían regularmente a la consulta externa del Hospital Calderón Guardia.

Como parte de las conclusiones las autoras de esta investigación plantean lo siguiente:



1. La adherencia del sujeto al tratamiento no responde a un modelo unicausal, por el contrario es multifactorial.
2. Las barreras del medio ambiente a los cuatro aspectos del tratamiento (dieta, ejercicio, examen de glucosa y administración del medicamento) son:
  - No tener tiempo
  - No tener un lugar adecuado
  - Problemas de salud
  - Olvidar hacerlo
  - Sentirse enfermo
  - Considerarlo muy complicado
  - Realizarlo cuando está lejos de casa
  - Cambios en la rutina diaria
  - Costo económico
  - Ocasiones especiales.
3. Se presentaron barreras de adherencia en la mitad de la población estudiada.
4. Las barreras a la adherencia del tratamiento son diferentes para cada sujeto y se comportan de forma distinta, estableciéndose diferencias intrasujeto.
5. Los sujetos bien controlados presentan rutinas diarias activas, el tratamiento no interfiere con su vida, apoyo familiar y social, mantener una actitud positiva.
6. Los pacientes mal controlados presentaron las siguientes características:

- Problemas psicosociales a causa de la enfermedad
- Bajo nivel educativo
- Deficiente conocimiento de la enfermedad

La otra investigación es la realización de un Manual Cognitivo conductual emocional para facilitar la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Guía para profesionales en psicología (Abarca, 2004).

Los temas incluidos en este manual cognitivo conductual, se dividen en módulos:

El módulo I contiene 3 sesiones, en la primera se presenta una definición de la Diabetes; la sesión 2 hace referencia a posibles complicaciones relacionadas con la enfermedad y la tercera y última sesión de este módulo se refiere a las actividades diarias de prevención.

El Módulo II contiene toda la información correspondiente a los medicamentos y riesgos asociados.

El Módulo III corresponde la nutrición y la Diabetes tipo 2.

El Módulo IV contiene la actividad física.

El Módulo V hace referencia al pensamiento y la Diabetes

El Módulo VI se aborda el tema de la familia y la Diabetes.

Otros aportes similares en el tema de la adherencia a tratamiento son algunas investigaciones que aunque no tienen una relación directa con el enfoque planteado en esta práctica profesional, es importante mencionarlas de manera general:

Una de ellas es la tesis para optar por el grado de licenciatura en psicología denominada: Propuesta de un manual de intervención psicológica dirigido a profesionales en psicología para desarrollar adherencia a la terapia antirretroviral en personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Un aporte desde la perspectiva cognitivo conductual (Benavides, 2006).

Por otro lado y en relación a la adherencia al tratamiento pero en una enfermedad aguda como la tuberculosis, se encuentra la siguiente investigación desarrollada en el cantón de Desamparados: Determinantes socioculturales del ambiente familiar, que intervienen en la No-adherencia al tratamiento del paciente con Tuberculosis: un enfoque cualitativo desde la perspectiva de salud pública (Mesén, 2004).

La investigación más reciente en cuanto a este tema se realizó en relación a la diabetes en el posgrado de medicina familiar y comunitaria (Mora, 2006), su título es: Análisis de la relación entre el nivel de conocimiento de los pacientes con Diabetes tipo 2 sobre su enfermedad y la adherencia al tratamiento, realizado en el Carmen de Cartago.

Todas estas publicaciones representan una muestra del trabajo que se ha realizado en Costa Rica en el amplio campo de la adherencia al tratamiento, si embargo no existen registros en nuestro país de trabajos de adherencia al tratamiento en pacientes que han sido sometidos a algún tipo de trasplante de órganos, incluyendo el trasplante hepático, con excepción de esta práctica profesional que se desarrolló durante el año 2006 y 2007 como parte de la práctica de la Maestría en Psicología de la Salud.

De igual manera, no se encontró una propuesta de intervención interdisciplinaria en nuestro país en el tema de adherencia terapéutica desde el ámbito de la psicología de la salud y específicamente en el tema de trasplantes, lo que confirma la relevancia de llevar a cabo intervenciones como las que en esta propuesta se presentan.

### **Antecedentes a nivel internacional**

En cuanto a la actividad complementaria que se realizó en la práctica profesional desde la Psicología de la Salud y Medicina Conductual, se realizó una búsqueda a nivel internacional, vía internet de aquellos programas de adherencia que tengan un enfoque interdisciplinario en personas con trasplante hepático. Específicamente en trasplantes se encontró una propuesta de intervención para mejorar la adherencia al tratamiento después del trasplante, del Centro de investigaciones de conductas en salud en trasplante de órganos de la universidad de Florida y del centro en ciencias de la salud de esta misma universidad (Lisson, Rodrigue, Reed y Nelson, 2005).

Los objetivos que plantea este tipo de intervención son los siguientes:

- Definir el rol del paciente receptor en manejo del cuidado en el postrasplante
- Asesorar y modificar las creencias y actitudes acerca de la adherencia
- Reducir los riesgos asociados a la no adherencia
- Promover la autoeficacia ya autonomía frente al cuidado de la salud.

Las fases de este programa son las siguientes:

Fase 1. Introducción al programa de adherencia

Fase 2. Educación en la adherencia.

Fase 3. Entendiendo el significado del trasplante y las expectativas frente al cuidado físico.

Fase 4. Examinado las barreras para la adherencia.

Fase 5. Resolviendo el problema

Fase 6. Planificando estrategias de afrontamiento para las recaídas.

Fase 7. Estableciendo un programa de reforzamiento

Fase 8. Estableciendo un contrato en conductas saludables.

Se encontró también dentro de estos antecedentes internacionales, un programa de atención interdisciplinario para mejorar los niveles de adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con SIDA, este programa se aplica en Madrid (Grupo de estudio de Sida de la sociedad española de enfermedades infecciosas y microbiología clínica, 1999) y presenta las siguientes características:

- Poseen un sistema de evaluación de la adherencia por medio del conteo de pastillas sobrante, entrevista directa con el paciente, cuestionario estructurado y conteo de asistencia a citas. Toman en cuenta también la evolución del cuadro clínico y otros datos analíticos importantes.
- Toma en cuenta los cinco factores de riesgo presentes en la adherencia al tratamiento (factores personales, familiares, factores relacionados con la enfermedad, aquellos relacionados con el tratamiento y la relación médico-paciente).
- Brinda recomendaciones a cada uno de los profesionales que participan de la intervención (médicos, farmacéutas, enfermería y psicología) para asegurar una atención integral y efectiva para mejorar la adherencia.
- Considera de suma importancia un buen método de información hacia la persona por parte del médico a la hora de la explicación con respecto al tratamiento.
- Establece que el tratamiento debe ser de manera individualizado con cada paciente, tomando en cuenta sus necesidades y hábitos.
- Toma en cuenta la participación del profesional en psicología en el tratamiento de la adherencia y las variables del paciente y alrededor de éste que la pueden afectar.

Todos los programas expuestos muestran una relación directa con el programa planteado y llevado a cabo en el presente trabajo de graduación, lo cual reafirma la importancia de un trabajo simultáneo en las diversas dimensiones de la adherencia en aquellas enfermedades crónicas. Se confirma de igual manera la gran necesidad de realizar

investigaciones relacionadas con la adherencia al tratamiento y de obtener datos que permitan diseñar estrategias efectivas para esta problemática, ya que se consideran insuficientes las investigaciones encontradas durante el proceso de elaboración y sistematización de esta práctica profesional.

## **B. Marco conceptual**

En el siguiente marco conceptual se hace referencia a los principales conceptos relacionados al campo de la psicología de la salud en el ámbito de trasplante de órganos y los subtemas relacionados con este. Estas definiciones abarcan el modelo Biopsicosocial y su relación directa con la psicología de la salud. Posterior a la definición de la psicología de la salud, se menciona aplicación de esta disciplina al campo del trasplante de hígado tanto en el periodo pre trasplante como el periodo posterior al trasplante. Por último, se hace una descripción conceptual acerca de la actividad complementaria correspondiente al tema de la adherencia terapéutica y los diversos aspectos relacionados con ésta en la intervención con personas con trasplante hepático.

### **El modelo Biopsicosocial.**

El ser humano es un ser de naturaleza integral, en el que influyen de manera directa factores biológicos, sociales, psicológicos y ambientales; según Amigó, Fernández y Pérez

(1998), la salud es algo que se alcanza en la medida que el individuo tenga cubiertas sus necesidades en estos cuatro aspectos.

Tomando en cuenta el comentario anterior y de manera específica la población con la que se realizó la práctica profesional (personas con hepatopatías y que requieren de un trasplante o que han sido trasplantados), se considera importante que las personas que sufren de alguna enfermedad crónica, reciban una intervención que no solo supla las necesidades a un nivel biológico, sino que también, se tomen en cuenta aquellas variables sociales, psicológicas y ambientales que forman parte de su repertorio conductual y que pueden afectar de manera directa o indirecta su proceso de salud y enfermedad (Gil, R. 2004).

Esto permite mencionar a Roales (2004) quien hace referencia a que *“el modelo biopsicosocial que debe considerarse como un modelo de marco de referencia conceptual para todas aquellas disciplinas que participen del estudio de la salud y la enfermedad, como fenómenos multicausales en cuanto intervienen variables biológicas, psicológicas y sociales”* (pag. 109).

Engel (1982, citado por Roales.Nieto, 2004), menciona algunos postulados o características esenciales al modelo biopsicosocial:

- Prescinde de los principios del dualismo y del reduccionismo
- Salud, enfermedad, malestar e incapacidad se conceptúan en términos de la relativa integridad y funcionamiento de cada componente



- La salud representa un alto nivel de armonía intra e intersistémica.
- Cambios en diferentes niveles de jerarquía pueden producir alteraciones en dicha armonía a uno o varios niveles
- Cada cambio llega a ser parte de la historia de cada sistema. El concepto de recuperación de la salud no implica la vuelta al *status quo* anterior, sino una nueva armonía intersistémica diferente de la que existía antes de la alteración.

### **Medicina conductual.**

La medicina conductual es un área muy cercana a la psicología de la salud, es por esto que se considera importante su definición ya que muchas de las funciones que se desempeñan desde ésta rama, se relacionan con las actividades desarrolladas en la práctica profesional aquí planteada. En los siguientes párrafos se hará referencia a su historia, definición y campos de acción en los que esta rama de la psicología se aplica.

El término comienza a ser utilizado a principios de los años 70's y se asociaba a los procedimientos de retroalimentación biológica (Labiano, 2003). En 1974 se crea el primer centro de medicina conductual, llevado a cabo por John Paul Brady y Ovide Pormelean en la Universidad de Pensilvania, a partir de ahí se fueron creando otros centros en la línea de investigación de la medicina conductual (Kennerly, 2002).

Sin embargo la definición de esta disciplina se da alrededor de 1978, cuando Schwartz y Weiss (1978), citados por Labiano (2003) la definen como:

El campo interdisciplinario dedicado al desarrollo e integración de la ciencia biomédica y conductual, al conocimiento y técnicas relevantes para la comprensión de la salud y la enfermedad física y la aplicación de estas técnicas y este conocimiento para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (pág.17).

En términos generales Godoy (1998) menciona que la medicina conductual:

Es un nuevo campo interdisciplinario que se distingue por el desarrollo y puesta en práctica de nuevos modelos integradores, biopsicosociales para la resolución de problemas prácticos en el amplio campo de la salud y la enfermedad (pág. 872).

Schwartz y Weiss (1978, citados por Roales, 2004), mencionan que el grupo de Yale propuso en su momento una serie de factores por investigar desde la medicina conductual, que resultan en la actualidad una de las prioridades por abordar desde el campo sanitario:

1. Influencias socioculturales sobre la salud y la enfermedad física, incluyendo estudios epidemiológicos, sociológicos y antropológicos.
2. Factores psicológicos que contribuyen a la salud/enfermedad física, incluyendo estudios de psicología social, personalidad y psicofisiológicos que investiguen el estrés social, conductual y emocional y sus consecuencias.
3. Estudio del dolor y su regulación.

4. Factores que contribuyen a la adherencia a los regímenes médicos e investigación sobre las aproximaciones conductuales al abuso de sustancias.
5. Necesidad de distinguir entre conducta de salud, conducta de enfermedad y conducta de rol del enfermo
6. Desarrollo de técnicas de diagnóstico conductual, incluyendo procedimientos de evaluación psicofisiológica.
7. Aplicación de terapias conductuales a los desórdenes físicos.
8. Aproximaciones conductuales a la prevención de la enfermedad física y a la promoción de la salud, incluyendo la investigación.

### **Aplicación de la medicina conductual**

Una de las áreas de actuación de la medicina conductual es la relacionada con la evaluación y tratamiento de determinados trastornos específicos. A continuación se presenta una pauta general de la actividad evaluadora de la medicina conductual según Godoy (1998, pág.885) y que a la vez, forman parte de la evaluación que se llevó a cabo con los pacientes del Centro de Trasplante Hepático:

1. Evaluación del trastorno específico en los parámetros de *frecuencia, intensidad y duración*.
2. Identificación de circunstancias internas o externas relacionadas con modificaciones u oscilaciones en el trastorno.
3. Consecuencias del trastorno a nivel personal, familiar y social.

4. Información y percepciones del paciente sobre su trastorno, en cuanto a causas, síntomas y tratamiento.
5. Evolución del tratamiento y grado de adherencia o seguimiento de las prescripciones de tratamiento.
6. Seguimiento.

Otra actividad que se realiza desde la medicina conductual, mencionada por este mismo autor, es la potenciación de la actividad de otros profesionales de la salud, de manera que se preste preparación y colaboración de manera que se mejore el desempeño de los roles. Dentro de las actuaciones se pueden mencionar:

1. Optimización de la relación médico-paciente
2. Preparación de los pacientes para exámenes, tratamientos médicos y cirugías.
3. Elaboración de programas destinados al incremento en la adherencia a los tratamientos médicos (siendo ésta una de las actividades específicas realizadas en esta práctica profesional).

Por último se encuentra la actividad referida a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, esta última relacionada con el evitar la aparición del trastorno, actuando sobre aquellos factores ambientales y personales que pueden estar relacionados directa e indirectamente a la enfermedad (Godoy, 1998).

Otra rama de la psicología que se relaciona con su aplicación en el ámbito médico y hospitalario es la Psicología de la salud. Aunque muchos autores utilizan los términos Medicina Conductual y Psicología de la Salud indiscriminadamente, es importante hacer referencia a la diferencia que realizan algunos autores de estos términos. Muchos autores como Blanchard (1997), Ribes Iñesta (1979) Ferguson y Taylor (1980), citados por Roales (2004) interpretan que la diferencia radica en la sistemática aplicación de los principios y tecnología de la modificación de conducta a las áreas de la medicina, la salud y la enfermedad o también la aplicación de los descubrimientos de la Psicología del aprendizaje al campo de la salud.

En los párrafos siguientes se delimita una breve reseña histórica de la psicología de la salud, así como su definición y campos de acción.

### **Psicología de la Salud**

A partir del modelo holístico de la salud, surge el nacimiento de la psicología de la salud (Ballester 1998, citado por Amigó, Fernández y Pérez, 1998). Lo que a su vez coincide con el dato de que a final de los años setenta se comienza a percibir la psicología como una profesión sanitaria, donde la conducta juega un papel importante en el mantenimiento de la salud y el origen y evolución de la enfermedad, además del ámbito natural y social en el que el individuo vive así como los determinantes económicos en los que se encuentra inmerso; lo que refiere al proceso de Salud-enfermedad como de naturaleza compleja (Amigó, Fernández y Pérez, 1998; Morales, 1999).

Es también a partir del informe de Lanlonde en 1974, que se comenzó a demandar una nueva conceptualización de la salud y la enfermedad como el resultado final de una interacción de factores biológicos, psicológicos, ambientales y sociales, los cuales debían de tomarse en cuenta a la hora de abordar y brindar tratamiento al paciente que presentaba enfermedad (Roales-Nieto, 2004).

La psicología de la salud es un campo dentro del cual, se estudia las influencias psicológicas por las cuales una persona se mantiene saludable y como llega a enfermarse; los psicólogos de la salud estudian estos aspectos y promueven intervenciones que ayudan a las personas a estar bien o superar la enfermedad (Brannon y Feist, 1997).

*Se define la Psicología de la Salud como:*

La suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de salud (Matarazzo, 1980, citado por Labiano, 2003, pag.15).

Tomando en cuenta la definición anterior, el profesional en Psicología de la Salud que se inserte en el ámbito de trasplante de órganos deberá realizar todas las actividades mencionadas anteriormente.

### **La psicología de salud en el área de trasplante hepático.**

El trasplante de órganos se define como una alternativa terapéutica para aquellas personas que presentan problemas graves en el funcionamiento de uno de los órganos vitales. De esta forma, el trasplante hepático es una opción para aquellos con enfermedades hepatobiliares progresivas e irreversibles, como por ejemplo las hepatopatías de origen colestácico, las hepatopatías de origen hepatocelular, la insuficiencia hepática aguda o crónica (Pérez, Martín y Galán, 2005).

La población que se atendió en el Centro de Trasplante Hepático se dividió en dos segmentos; la primera, son aquellas personas que sufren de alguna enfermedad hepática y que la única alternativa que requieren para mejorar su calidad de vida es la de un trasplante hepático, y el otro segmento de población fueron aquellas personas que ya recibieron un trasplante de hígado. Esto debido a que tanto aquellas personas que se encuentran en la lista de espera como aquellos trasplantados, necesitan del desarrollo de nuevas habilidades que le permitan adaptarse en los diversos ámbitos de su vida, las cuales pueden tener repercusiones a nivel psicológico tanto en los pacientes como en sus familiares (Pérez, Martín y Galán, 2005).

Para aquellas personas que esperan por un órgano, los niveles de estrés y ansiedad pueden estar presentes en niveles considerables al punto que pueden afectar con su vida cotidiana y que pueden estar asociados a la incertidumbre, al miedo y a la espera prolongada (Meltzer y Rodrigue, 2004).

Hernández (2006) señala las funciones del psicólogo de la salud dentro del área de trasplantes, específicamente para aquellos pacientes que se encuentran en lista de espera.

Estas funciones abarcan:

- Atención al receptor

Esta atención implica la valoración de la persona de su estado emocional, así como el nivel de comprensión en relación con su enfermedad. Otro aspecto importante es la preparación del usuario con respecto a las fases de su tratamiento, por lo que se hace necesaria la contención de emociones que se puedan dar durante el momento de la lista de espera.

- Atención psicológica a la familia del receptor.

No solo la persona que se encuentra en lista de espera está expuesta a repercusiones a nivel emocional y conductual, la familia también experimenta emociones que pueden afectar su dinámica y las relaciones de los miembros de la familia (enojo, frustración, incertidumbre, tristeza, entre otras) por lo que es de suma importancia la atención a los diferentes miembros de la familia.

- Atención al equipo de asistencia del receptor.

Es importante que el psicólogo se mantenga informado de los procedimientos a los que va a ser sometido el paciente, esto para poder ayudarle a disminuir el estrés que le pueda generar cada uno de los procedimientos o la incertidumbre en cuanto a los mismos.

Para aquellos pacientes que han sido sometidos al trasplante, esta misma autora sostiene que son importantes las intervenciones que se les puedan brindar no solo a estos sino también a sus familiares, ya que los efectos psicológicos perduran a pesar de haberse realizado el trasplante. Algunas de las repercusiones psicológicas que presentan las



personas trasplantadas según Pérez, Martín y Galán (2005), Libman, Stuber, Seacord, Castaneda, Mesrkhani y Glover (2007) son:

- Delirium. Puede aparecer en el posoperatorio inmediato y por lo general está asociado a los fármacos inmunosupresores.
- Síntomas de estrés postraumático: Se han realizado estudios en la población infantil y adolescente, especialmente cuando el trasplante se da posterior a la aparición aguda de la enfermedad.
- Trastornos sexuales: Suelen aparecer en un 30 % de los trasplantados y pueden deberse a efectos de la enfermedad o medicación y a factores psicológicos (miedo a dañar el órgano trasplantado o por problemas en la imagen corporal después de la operación).
- Trastornos del estado de ánimo: los más frecuentes son los trastornos depresivos. Según estos autores, la depresión puede ser uno de los factores más importantes presentes en la no adherencia, lo que puede ser un riesgo para que se presente un rechazo agudo y hasta la pérdida del órgano implantado.
- Trastornos de ansiedad que pueden perdurar durante los primeros años después del trasplante.

Todo lo anterior requiere no solo de la intervención clínica por parte del psicólogo tradicional, sino también de las actividades propias de un psicólogo de la salud hacia la prevención en los tres niveles e incluso la rehabilitación e inserción de esta población a las actividades cotidianas que realizaba antes de la aparición de la enfermedad.

### **Adherencia al tratamiento.**

El cumplimiento por parte del usuario a las prescripciones médicas es de suma importancia en el manejo y estabilidad del estado de salud, especialmente en aquellas enfermedades crónicas; por otro lado, aquellas personas que logren incorporar las indicaciones del equipo de salud podrán tener una mejor calidad de vida y un mejor control sobre su salud (Martín y Grau, 2004).

Como se mencionó en la introducción de este documento, se estima que la falta de adherencia en enfermedades crónicas alcanza niveles de un 45%, debido a que la prescripción por parte del profesional de salud para este tipo de enfermedades consiste no solo en la ingesta de medicamentos, sino también en la modificación de hábitos alimenticios y de actividad física, lo que hace que la tasa de incumplimiento sea más elevada (Organización Mundial de la Salud, 2003).

El término adherencia se refiere a “un compromiso de colaboración activa e intencionada de la persona en un curso de comportamiento, aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado” (DiMatteo y Dinicola, 1982, citado por Amigó, Fernández y Pérez, 1998).

Otra de las definiciones de la adherencia es la mencionada por Myer y Midence (1998): “*La adherencia al tratamiento implica una participación más activa y de*

*colaboración por parte del paciente, trabajando en conjunto con su médico en la planeación e implementación del régimen terapéutico” (Pág. 2).*

Estos conceptos de adherencia contemplan las siguientes características en los pacientes (Meyer y Midence, 1998):

- Rol activo por parte del paciente
- Paciente informado
- Paciente responsable de su proceso de recuperación
- El paciente colabora dentro del equipo médico, ayudando a establecer las metas del tratamiento.

Tomando en cuenta el modelo Biopsicosocial donde se enmarca la intervención sobre las enfermedades crónicas y siendo la no-adherencia terapéutica un aspecto multicausal, es que se propone un programa interdisciplinario. Como lo menciona la OMS (2003), para obtener resultados satisfactorios en la intervención sobre la adherencia al tratamiento, se debe trabajar sobre la mayoría de las dimensiones implicadas en esta problemática.

La Organización Mundial de la Salud (2003), menciona que existen cinco factores de riesgo relacionados con la no adherencia terapéutica, estos factores de riesgo corresponden a: 1. Factores demográficos y socioeconómicos 2. Factores relacionados al

paciente, 3. Factores relacionados a la enfermedad, 4. Factores relacionados al tratamiento y por último (5) Factores relacionados a la relación médico-paciente y sistema de salud.

La intervención directa por parte del profesional en psicología de la salud es necesaria y fundamental en el factor número dos que corresponde al paciente, en otros factores como el primero, el número tres y el quinto pueden ser parte de la intervención del profesional de la salud pero en conjunto con otros profesionales de la salud que permitan enriquecer su participación y propiciar al paciente una atención integral que garantice su éxito en el mejoramiento de la adherencia al tratamiento. Esta intervención puede traducirse en propiciar reuniones de equipo para discusión de casos desde cada una de las disciplinas y buscar soluciones en conjunto que permitan abordar de mejor manera la adherencia en las personas, discusión de artículos relacionados con el tema de adherencia y sus implicaciones en la evolución de la enfermedad y el estado del paciente, entre otras.

Martín y Grau (2004) mencionan algunos ejemplos de conductas que refieren a una inadecuada adherencia al tratamiento:

- Dificultades para iniciarlo
- Suspenderlo de manera prematura
- Cumplimiento deficiente de las indicaciones (errores de omisión, dosis, tiempo y propósito.
- Ausencia a las consultas e interconsultas
- Rigidez de hábitos

- Automedicación.

### **Adherencia en pacientes con trasplante de órganos**

El trasplante es un tratamiento valioso para muchas enfermedades de órganos como el hígado, riñones, corazón, médula, pulmón entre otros, sin embargo, la conservación del injerto depende de la adherencia por parte del paciente a la terapia inmunosupresora (Chisholm, 2002). Una pobre adherencia es reconocida como uno de las mayores contribuciones en la morbilidad y mortalidad, así como una disminución en la calidad de vida de las personas trasplantadas; además de conllevar altos costos en los servicios médicos y una sobreutilización por parte de esta población de pacientes (Lisson, et al, 2005).

La adecuada adherencia al tratamiento en pacientes trasplantados ayuda a prevenir el rechazo agudo y crónico del injerto, infecciones y complicaciones secundarias.

Chisholm (2002), menciona algunas de las actividades generales que implica la adherencia en estos pacientes:

- Muchos deben ingerir un coctel de tabletas y cápsulas diariamente (inmunosupresores, antibióticos, antifúngicos, protectores de la mucosa estomacal, antivirales, entre otros).
- Citas regulares de seguimiento para muestras de sangre (inmunosupresores en sangre).
- Seguimiento de una dieta restringida, especialmente en los primeros 12 meses después del trasplante.

- Seguimiento de indicaciones especiales para un buen funcionamiento de los medicamentos.
- Evitar el consumo de alcohol, cigarro y conductas de riesgo para la salud.
- Comunicación constante con el equipo médico.

Uno de los temas de mayor relevancia en el grupo de pacientes trasplantados, es el de la adherencia al tratamiento, el cual, se incluye como parte de la actividad complementaria de esta práctica profesional. En relación con la propuesta del programa de intervención que se detalla más adelante en este documento, es que se mencionan las implicaciones de un programa de este tipo basado en las actividades de la psicología de la salud (Labiano, 2003).

- Estudio de la etiología de la no adherencia en los pacientes con trasplante hepático basado en los cinco factores de riesgo propuestos por la OMS (2003).
- Tratamiento e intervención (prevención secundaria) sobre las conductas de No adherencia a través de la modificación de hábitos.
- Entrenamiento en nuevos estilos de vida saludables en el paciente que le permitan disminuir el riesgo de rechazos agudos y complicaciones. (prevención primaria).
- Mejoramiento en el programa de trasplante Hepático en la intervención que realizan en el tema de la adherencia al tratamiento de los pacientes trasplantados

La adherencia al tratamiento es un tema que abarca diversos factores y como tal, debe ser abordado desde varias disciplinas. Una de gran importancia es la farmacia que a su vez, posee un área denominada Atención farmacéutica, esta rama de dicha disciplina se detalla a continuación.

### **Atención Farmacéutica**

La Dirección General de Farmacia de España (2001), distingue que la Atención Farmacéutica es:

“La participación activa del farmacéutico para la asistencia del paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. También conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan enfermedades (pag.223)”.

Algunas de las actividades que se realizan en la atención farmacéutica son:

- Indicación de medicamentos que no necesitan prescripción médica
- Prevención de la enfermedad.
- Educación sanitaria
- Farmacovigilancia
- Seguimiento farmacoterapéutico personalizado

Según la Dirección General de Farmacia de España (2001), de las actividades anteriores, la de mayor relevancia dentro de la Atención Farmacéutica es el seguimiento personalizado, el cual es definido como la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos, de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente”

### **Estrategias de comunicación para mejorar la adherencia al tratamiento.**

Las estrategias para mejorar la adherencia no se limitan a la simple acción de brindar información con respecto al tratamiento, es importante tomar en cuenta algunas estrategias de comunicación que pueden mejorar la comprensión de la información y que aseguren su puesta en práctica. En este sentido las estrategias conductuales permiten saber el cómo y cuándo enseñar e intervenir sobre los factores que regulan la conducta. A continuación se mencionan algunas de las estrategias más específicas para mejorar la adherencia al tratamiento, según Amigó, Fernández y Pérez (1996) y que fueron utilizadas en la confección de la charla para mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes trasplantados.

- **Categorización Explícita:** implica que el recuerdo de la información se ve facilitado cuando el clínico anuncia el contenido de los que va a decir. Esto es realizar una introducción de los temas de los cuales se hablará en la charla, preferiblemente en palabras del expositor de una forma muy breve.



- Efecto de primacía: Es más eficaz proporcionar la información más importante que desea transmitir al principio, especialmente cuando las decisiones se deben tomar en un momento posterior (por ejemplo el tratamiento).
- Simplificación: La comprensión y el recuerdo se facilitan mediante el empleo de palabras usuales y frases cortas. Para esto es importante conocer el nivel educativo del usuario
- Indicaciones específicas y operativas: Son indicaciones vinculadas directamente a una acción concreta. Por ejemplo “coloque el horario de los medicamentos en un lugar visible como una pared de su cuarto.”
- Repetición: La repetición aumenta el recuerdo de la información.
- Repetición del paciente: Es importante que el paciente repita las instrucciones clave para llevar a cabo de una forma adecuada el tratamiento (Qué, cómo, cuándo, dónde). Esto permite que el profesional reconozca el nivel de comprensión en el paciente, corregir errores, y lo más importante proporcionar atención al paciente y reforzar aquella información que haya comprendido correctamente.
- Uso de ilustraciones: Ayudan a hacer una transmisión rápida e intuitiva, facilitando la comprensión, por ejemplo puede utilizarse imágenes de los mismos medicamentos.

Algunas teorías sobre conductas saludables reconocen que la eficacia en el comportamiento saludable, viene determinado al menos por los costos y beneficios que supone la realización de éstas. Por ejemplo la teoría prospectiva menciona que las decisiones están basadas en evaluaciones subjetivas sobre las ganancias y pérdidas relativas. Las personas estarán dispuestas a llevar a cabo las conductas saludables si se les motiva para que consideren las ganancias potenciales que puedan obtener si se realiza la conducta (Sánchez, 2006). De esta manera se incluyeron los mensajes en función de las consecuencias negativas que podría tener para los pacientes el no seguir con el tratamiento prescrito.

Todos los temas desarrollados anteriormente explican por sí mismos la importancia de plantear y llevar a cabo un proyecto como el que se presenta este documento, los cuales respaldan la metodología que se utilizó y que se explica a continuación.

### **Capítulo 3. Metodología.**

En los siguientes párrafos se delimitarán cada una de las funciones que se desempeñaron en la práctica profesional. En total fueron dos funciones las cuales corresponden a la atención individualizada hacia el paciente en lista de espera, así como a su pareja y familia. La función 2 se relaciona con la intervención psicológica en el post-trasplante inmediato, esto quiere decir cuando el paciente se encuentra en la Unidad de Cuidados Intensivos.

El otro aspecto que aquí se delimita es la propuesta del programa específico el cual se orientó a evaluar y a abordar los cinco factores relacionados con la No adherencia al tratamiento según la Organización Mundial de la Salud.

#### **A. Delimitación de funciones y tareas a realizar regularmente.mm**

Se atendió a adolescentes de 12 años en adelante, adultos, pareja y familia. Las actividades que se llevaron a cabo en el Centro de Trasplante Hepático ubicado en el Hospital México se realizaron en las siguientes áreas:

**Función 1:**

**Atención individualizada hacia el usuario, y atención de pareja y familia en personas en lista de espera.**

*Tareas de la función 1:*

Implementación de técnicas que le permitan al paciente enfrentar de una mejor manera su enfermedad.

- Manejo del estrés y ansiedad ante la espera indefinida para un eventual trasplante
- Intervención terapéutica cognitivo conductual para el paciente en el manejo de la ansiedad.
- Intervención familiar para brindar estrategias de afrontamiento.

**Función 2:**

**Intervención en el pos-trasplante inmediato.**

En caso que se realizara un trasplante en aquellos pacientes intervenidos en la lista de espera, se planearon realizar intervenciones cognitivo conductuales tanto con el paciente como con los familiares

*Tareas de la función 2:*

- Aplicación de la relajación para disminuir los niveles de ansiedad horas antes de la cirugía.
- Intervenciones directas con el paciente en la Unidad de Cuidados intensivos, especialmente después de la extubación, reforzando positivamente aquellas

conductas en el paciente que faciliten su recuperación y modificando aquellas que cumplan la función contraria.

- Intervenciones en crisis con los familiares (en caso que se presenten complicaciones).
- Establecer una comunicación constante con el equipo interdisciplinario con el fin de que se dé un puente de comunicación entre el equipo y los familiares del paciente.

### **Propuesta de programa específicos.**

La propuesta de este trabajo de graduación se orientó a evaluar y abordar los cinco factores de riesgo relacionados con la no adherencia al tratamiento (1. Factores sociodemográficos, 2. Factores relacionados al paciente, 3. Factores relacionados a la condición médica, 4. Factores relacionados al tratamiento y 5. Factor relación médico paciente). Este abordaje se realizó desde las diversas disciplinas relacionadas directamente con estos factores, por medio del programa que aquí se propone. Para poder llevarlo a cabo se coordinó principalmente con dos profesionales del Centro Nacional de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar. Estos profesionales fueron: un médico cirujano especializado en trasplante hepático, y la farmacéutica que lleva el control de los medicamentos de cada uno de los pacientes trasplantados. Estas dos disciplinas poseen relación directa con los cinco factores de riesgo mencionados por la Organización Mundial de la Salud

El objetivo de coordinar con estos profesionales, fue el de recopilar la información más importante que se le debía brindar al paciente no solo en el tema de los medicamentos, dosis y horarios, sino también en cuanto a las indicaciones respecto a la dieta y cuidados que deben tener para mantener en un estado adecuado el nuevo órgano. La información que se recolectó en conjunto fue documentada en un lenguaje parsimonioso, esto quiere decir en un lenguaje sencillo y que pudiera ser entendido por cualquier persona con cualquier nivel de escolaridad. Esto para ser expuesta al paciente en una charla que se le brindó a cada uno de manera individualizada con la ayuda de estrategias de comunicación para su comprensión. Estas fueron realizadas por la psicóloga y la farmacéutica. Aunque en un principio se estipuló que sería entre los tres profesionales, al parecer el médico cirujano por sus múltiples ocupaciones no pudo estar presente; sin embargo, participó en la valoración de los pacientes y en la valoración del material que se les brindaría.

Posterior a esto se realizaron sesiones individuales con el paciente, para evaluar la adherencia en función de los cinco factores mencionados anteriormente y brindar estrategias para mejorar la adherencia en estas personas. Una vez llevado a cabo el programa se asignó una sesión de seguimiento, debido a que a la mayoría de estos pacientes se les programan citas cada dos o tres meses, por lo que más sesiones de seguimiento no fueron posibles de programar debido al tiempo asignado para esta práctica profesional.

Las fases del programa para personas trasplantadas se describen a continuación.

**Fase 1*****Coordinación con el equipo interdisciplinario para la implementación de las charlas.***

En esta fase se llevaron a cabo reuniones con los profesionales que formarían parte del equipo interdisciplinario, como se mencionó en párrafos anteriores, este equipo se conformó de la siguiente manera: un médico cirujano Dr. José Pablo Garbanzo y la Dra. Natalia Sandoval de Farmacia. En estas reuniones iniciales se pretendió organizar la información existente en cuanto al tema de adherencia en el Centro de Trasplante, por ejemplo información que puedan tener el equipo de enfermería, así como también la información con la que contaba la profesional de farmacia.

Una vez sistematizada la información se procedió a diseñar las charlas que fueron brindadas a los pacientes, estas charlas se realizaron bajo estrategias de comunicación que permitieran una mejor comprensión de la información (Amigó, Fernández y Pérez, 1998).

**Fase 2.*****Evaluación de los niveles de adherencia.***

En esta fase se evaluaron los niveles de adherencia al tratamiento que presentan estos pacientes. Los criterios para escoger aquellos que presentaban baja adherencia se establecieron en conjunto con una de las enfermeras del equipo, quien en ese momento era la coordinadora de enfermería; también participó la farmacéutica y el trabajador social. A partir de la selección de estos pacientes, se revisaron los expedientes respectivos de cada uno de ellos para determinar su historial de adherencia. Esta fase también consistió en

aplicar la entrevista conductual tanto a él/ella como a sus familiares o personas cercanas (apéndice 1).

### ***Fase 3.***

#### ***Aplicación del programa.***

##### ***Charlas individualizadas***

En esta fase se procedió a brindarle la charla a cada uno de los pacientes de manera individual acerca de los aspectos relacionados al tratamiento, por ejemplo función de cada uno de los medicamentos que ingieren, dosis apropiadas, consecuencias sobre el nuevo órgano de una inadecuada adherencia, así como otras indicaciones importantes como dieta y actividades restringidas para estos pacientes. Estas charlas fueron empleadas de manera participativa, con base a las estrategias de comunicación mencionadas en la primera fase; dentro de este espacio el paciente tuvo la oportunidad de expresar inquietudes acerca de lo expuesto. No se prolongaron por más de 25 minutos a no ser que la persona lo necesitara.

Dentro de la charla se incluyeron técnicas de modificación de conducta hacia el paciente para facilitar el mejoramiento de la adherencia. Las estrategias de modificación de conducta se diseñaron tomando en cuenta las características del mismo.

### **Fase 4**

#### ***Evaluación de los resultados del programa.***



Una vez implementado el programa se procedió a evaluar los resultados por medio de una serie de preguntas que van en función de aquellas conductas aprendidas después de la charla. Una vez que obtenidos estos datos se compararon con los datos obtenidos en la fase dos correspondiente a la entrevista.

## **2. Actividad complementaria # 2. Participación de los familiares en el mejoramiento de la adherencia al tratamiento del paciente con trasplante hepático.**

La otra actividad complementaria se realizó de forma paralela y simultánea con los familiares de estos jóvenes a los que se les aplicó el programa, esto con el fin de mantener los cambios logrados en los niveles de adherencia.

Esta actividad con los familiares constó de tres fases que se describen a continuación.

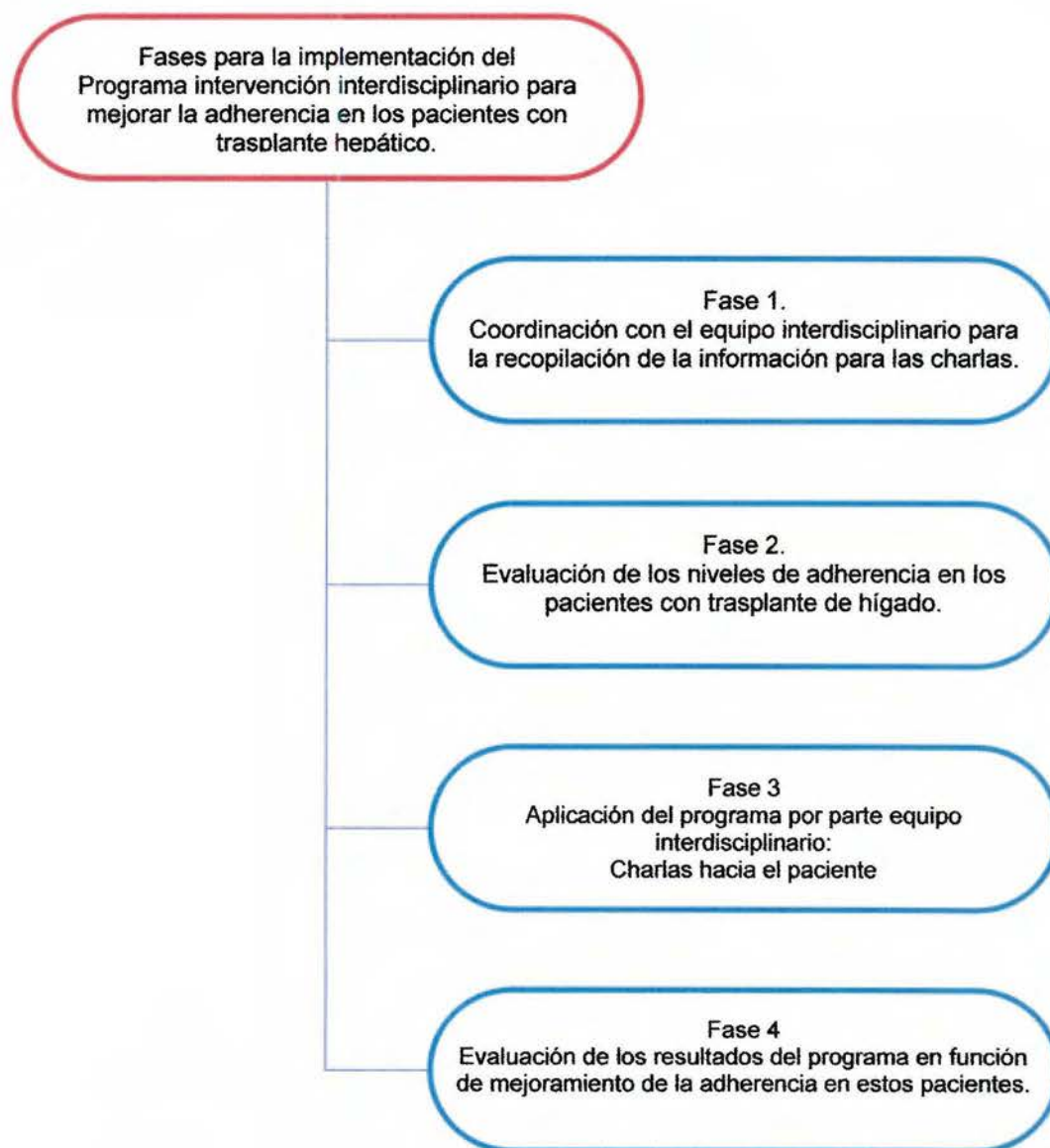
**Fase 1. Evaluación de los niveles de adherencia:** Como parte de la evaluación general de los niveles de adherencia, se llevó a cabo una entrevista estructurada para determinar y confirmar la información que el paciente brindó con respecto a sus conductas de adherencia.

**Fase 2. Psicoeducación:** A los familiares se les participó de las charlas informativas respecto al tratamiento y otras indicaciones que era importantes que en su papel de agentes de cambio, conocieran.

**Fase 3. Entrenamiento en modificación de conducta:** Esto se realizó entrenando a los familiares con técnicas como el refuerzo positivo que ayudaran a mantener las conductas adecuadas de adherencia en el paciente. Otra de las técnicas en las que se entrenó a los familiares fue la extinción de aquellas conductas que no ayudaran a que el usuario tuviera una buena adherencia.

Todas estas fases se realizaron de manera paralela a la intervención con los pacientes.

A continuación se muestra una figura que ilustra las fases anteriormente mencionadas:



**Figura 2.** Fases del programa de adherencia.

### **Descripción de las relaciones interdisciplinarias:**

Los profesionales que laboran en el centro y que mantienen un contacto directo y constante con los pacientes son: cuatro médicos cirujanos y un médico general, el equipo de enfermería, la farmaceuta, un microbiólogo, el trabajador social.

Con todos estos profesionales se mantuvo una comunicación constante en relación a aspectos relevantes del paciente y en relación a las actividades regulares y complementarias de la pasantía.

### **A. Descripción del sistema de supervisión:**

#### 1. Supervisión por parte del equipo asesor

##### a. Director

La directora de esta práctica profesional es la Máster Adriana Cortés Ojeda, quien posee una especialidad en Psicología Clínica de la Universidad de Costa Rica y una maestría en Psicología Clínica de la Universidad Iberoamericana. A la vez posee la coordinación de la Psicología clínica del hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia (Hospital clase A, de máxima complejidad). En este momento cursa el doctorado en Neuropsicología Clínica con la Universidad de Salamanca, España, programa internacional (con sede en UNIBE).

Una de las lectoras es la Dra. Patricia Montero Vega quien trabaja en el hospital México y que ocupa el cargo de jefatura de la Unidad de Psiquiatría y psicología de hospital.

La otra lectora máster Rocío Vindas Montoya quien es graduada del Programa de Maestría en Psicología de la Salud de la Northern Arizona University en Estados Unidos, además brinda sus servicios en la consulta privada y en este momento ha laborado en el

Hospital México en la sección de Psicología. Actualmente realiza su primer año en el programa de residencia en Psicología Clínica.

### **B. Proceso de evaluación de resultados e impacto de la práctica**

El proceso de evaluación de resultados se realizó por medio de registros cualitativos y cuantitativos. Los registros cualitativos contenían información concerniente a los avances en el repertorio conductual del paciente, por medio de las verbalizaciones de éste y sus familiares, así como la observación directa con el paciente. En los registros cuantitativos se anotó el número de pacientes atendidos tanto de la consulta externa como en la interconsulta y una cuantificación de las diversas tareas realizadas tanto con los pacientes como con los familiares. Con respecto a la actividad complementaria, los niveles de adherencia se compararon antes y después de la aplicación del programa - por medio de las entrevistas que se adjuntan en la sección de apéndice- información que también será corroborada con el informe que brinden los familiares del paciente.

## **Capítulo 4. Resultados de la Práctica Profesional**

A continuación se presentan los resultados de la práctica en función de los objetivos de cada programa planteado.

### **Resultados de la función # 1: Atención individualizada hacia el paciente y atención de pareja y familia de pacientes en lista de espera.**

Durante el tiempo de la práctica profesional se atendieron a cuatro usuarios en lista de espera. De estos cuatro, dos de ellos fueron preparados para ser trasplantados, sin embargo uno de ellos murió durante la cirugía, poseía 21 años, soltero y era estudiante universitario. El otro paciente poseía 58 años, casado y era empresario; éste fue preparado para el trasplante pero los médicos del equipo decidieron no llevar a cabo la cirugía por las complicaciones de salud que este paciente presentaba, esta misma persona falleció semanas después mientras se encontraba internado en el hospital. Con estos dos pacientes se llevaron a cabo las siguientes actividades:

**Tabla 1**  
**Síntesis de la atención a pacientes en lista de espera**

| Pacientes | Características  | Actividades realizadas  |
|-----------|--|---|
| # 1       | Edad. 28 años<br><br>Ocupación:<br><br>Estudiante<br><br>universitario.<br><br>Estado Civil: Soltero | 1. Entrevista inicial Cognitivo Conductual relacionadas con el eventual trasplante.<br><br>2. Entrevista con los familiares.<br><br>3. Evaluación De la adherencia al tratamiento.<br><br>4. Psicoeducación de los aspectos relacionados con el trasplante.<br><br>5. Acompañamiento ene l momento del llamado al trasplante (aplicación de relajación). Este paciente falleció durante el trasplante.  |
| # 2       | Edad: 58 años<br><br>Ocupación:<br><br>Empresario<br><br>Estado Civil: Casado                        | 1. Entrevista inicial cognitivo conductual.<br><br>2. Entrevista a la esposa en relación a la situación de su esposo (lista de espera y posibilidades de un trasplante).<br><br>3. Psicoeducación con respecto al trasplante a él y a su esposa.<br><br>4. Acompañamiento a la hora del llamado a trasplante (aunque no se llevó a cabo).<br><br>5. Intervención psicológica con la esposa cuando el paciente estuvo en Cuidados Intensivos por complicaciones relacionadas con la hepatopatía. Este paciente falleció debido a las complicaciones médicas. No se le realizó el trasplante. |

Con las otras dos pacientes que se encontraban en lista de espera también se realizaron intervenciones psicológicas con ellas, sin embargo cabe destacar, que con una de ellas (joven de 18 años, soltera y estudiante) el proceso no fue el esperado debido a las creencias religiosas que ésta presentaba en relación al trasplante, estas creencias se reflejaron en conductas como indiferencia ante el tratamiento farmacológico, ausentismo a las citas de psicología y trabajo social; además de esto, la dinámica familiar ha sido catalogada por el trabajador social como conflictiva, sin que la joven dé la oportunidad de que el equipo de trabajo social y psicología pueda intervenir sobre estas circunstancias. En vista de este repertorio de conductas que pueden poner en peligro un eventual trasplante, el equipo médico decidió suspenderla de forma temporal de la lista de espera, hasta que la usuaria no mostrara una buena disposición ante la posibilidad de un trasplante y las implicaciones que éste pueda traer consigo. Debido a esta situación las técnicas propuestas para trabajar con esta población, con esta joven específicamente no pudieron ser efectuadas.

Con la otra paciente en lista de espera (54 años, casada y dedicada a las labores de la casa), se pudo realizar tanto intervenciones individuales como familiares. Se atendió a esta paciente un total de cuatro veces, debido a que las citas fueron programadas cada dos meses y la lejanía donde residía así como su estado de salud, hicieron que el traslado al hospital para citas adicionales fuera difícil. Al momento de culminar la práctica, la señora no había sido trasplantada.



### **Resultados de la Función # 2: Intervención en postraplante inmediato.**

Debido al fallecimiento de dos personas que se encontraban en lista de espera, no se pudo llevar a cabo la función # 2 durante el periodo de la Práctica Profesional, sin embargo, en meses anteriores esta función si se llevó a cabo con otros pacientes trasplantados.

### **Resultados de los programas complementarios**

**Programa complementario: *Programa de intervención interdisciplinario para mejorar la adherencia al tratamiento de las personas con un trasplante de hígado.***

Las cuatro fases establecidas para este programa complementario fueron llevadas a cabo.

#### **Resultados de la Fase # 1. Coordinación con el equipo interdisciplinario.**

La primera fase se llevó a cabo en cinco reuniones con la farmacéutica (Dra. Natalia Sandoval) y el médico cirujano (Dr. José Pablo Garbanzo). En estas reuniones se discutieron temas relacionados con los usuarios trasplantados, como por ejemplo medicamentos (función, acción en el organismo, efectos secundarios), cuidados de higiene, entre otros.

En una de estas reuniones también se escogieron a las personas que formarían parte de este programa; se tomó la decisión de incluir a cinco pacientes, ya que éste era un

número que se adaptaba para aplicarlo con las fases programadas y en el tiempo establecido para la pasantía.

Cabe destacar los criterios que se tomaron en cuenta para incluir a estos usuarios dentro del programa:

- Usuarios que demostraban no tomar los medicamentos en la forma establecida
- Usuarios que hayan presentado rechazos o complicaciones que pudieran estar asociados a una mala adherencia al tratamiento.
- Pacientes con características individuales y variables ambientales alrededor que pudieran afectar la adherencia, por ejemplo problemas familiares, depresión, entre otros.

Tomando en cuenta los criterios anteriores, los pacientes que se incluyeron en el programa para mejorar la adherencia fueron cinco, todos ellos con las siguientes características:

- Todos adolescentes, el menor de ellos con 13 años, dos de ellos de 15 años, una paciente de 16 años y el último de 18 años de edad (edades que presentaban en el momento de la práctica).
- Cuatro de ellos residen en zonas rurales del país.

- Tres de estos desertaron del colegio o la escuela, solamente dos continúan con sus estudios.
- Los cinco jóvenes proceden de familias disfuncionales, por ejemplo separación de los padres o violencia intrafamiliar.

En la segunda fase se procedió a realizar las entrevistas a cada uno de estos jóvenes y a sus respectivos familiares. Estas entrevistas se realizaron entre agosto y setiembre. En ellas se recolectó información en diversos aspectos como por ejemplo la enfermedad diagnosticada y aspectos relacionados al trasplante (encargado del cuidado, complicaciones por la cirugía), posteriormente se indaga por los medicamentos que el paciente consume en ese momento. Esta información se recolectó en una tabla con tres columnas donde el paciente debía indicar en la primera el nombre del medicamento, en la segunda columna la función del mismo y en la tercera columna la dosis en que el respectivo medicamento debe ser ingerido. Este formato además de recoger información detallada del tratamiento médico, también tenía la función de medir el dominio que presentaba el paciente con respecto a su tratamiento farmacológico.

Otro aspecto que se incluyó en esta entrevista fue la información con respecto a la dieta que estos pacientes debían seguir debido a su inmunosupresión. Los factores familiares y personales también se incluyen en esta entrevista inicial.

A continuación se hace un resumen de los resultados de la fase 2 por cada uno de los pacientes.

Tabla 2.

Resumen de la atención a personas trasplantadas.

Programa de adherencia

| Categorías de análisis | Paciente 1. I.F. 15 <sup>a</sup> | Paciente 2. J.F. 15 <sup>a</sup> | Paciente 3 J.G 18 <sup>a</sup> | Paciente 4 R.G 13 <sup>a</sup> | Paciente 5 R.G 16 <sup>a</sup> |
|------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Sexo/                  | Masculino                        | Masculino                        | Masculino                      | Masculino                      | Femenino                       |
| Residencia             | Limón                            | San Marcos Tarrazú               | Alajuela                       | Patarrá,                       | Sta Rosa Pocosol               |
| Educación              | Secundaria incompleta            | Secundaria incomp.               | Poás.<br>Cursando octavo año   | Desamparad<br>Cursando escuela | primaria incomp.               |
| Patología              | Enfermedad                       | Enfermedad                       | de Atresia Biliar              | Willson                        | Willson                        |
| Diagnóstico            | al de Willson                    | Willson.                         |                                |                                |                                |

plante.

| Fecha de plante           | Junio 2005               | Mayo 2005              | Setiembre, 2004        | Junio 2006                  | Mayo, 2005               |
|---------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Tratamiento farmacológico | Micofenolato (c/ 12 hrs) | Tacrólimus (c/12 hrs)  | Tacrólimus (c/12 hrs). | Tacrólimus (c/12 hrs).      | Ciclosporina (c/12 hrs). |
|                           | Neoral (c/12 hrs)        | Aciclovir (8 am y 3pm) | Aciclovir (c/12 hrs)   | Nistatina (3 veces al día). | Epamin (c/12 hrs).       |

|                    |  |   |                            |
|--------------------|--|---|----------------------------|
| Ursodiol (c/8 hrs) | Micofenolato (c/12 hrs).                 | Propanolol (1 vez al día).                      | Micofenolato (c/12 horas). |
| Epamín (c/12 hrs)  | Tacrólimus(c/12hrs).<br>Famotidina       | Micofenolato (c/12 hrs)                         | Óvulos de Miconazol.       |
| Valganciclovir     | (mañana)                                 |   |                            |
| Allegra            | Septam (c/12 hrs).<br>Epamín (c/12 hrs). | Epamín (c/12 hrs)<br>Ursodiol (3 veces al día). |                            |

|                           |                             |                                    |                                     |   |
|---------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| Todo menos agua del tubo. | Todos, debe hervir el agua. | Puede consumir cualquier alimento. | Todo menos ensaladas. Agua hervida. | Al día de hoy todo aquello que esté bien cocinado.<br>Agua hervida. |
|---------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|

ta

**Percepción del tratamiento** Complicado y Muchas tabletas le provoca pereza. Menciona no tener problemas con el tratamiento. Percibe no tener problemas con el tratamiento. Percibe dificultad para seguirlo al pie de la letra.

**Conductas de adherencia** Olvida tomar la de las 7 am y el Valganciclovir. Poca frecuencia al lavarse las manos. Depende de la madre para que le recuerde tomarlas. Menciona no tener problemas con el tratamiento. Algunas veces se le olvida tomar los medicamentos. La mamá debe recordarle el lavarse las manos. Menciona olvidarlo algunas veces por semana.

**Situaciones** Su madre Reside con sus Menciona Su madre vive Violencia

**iliares** habita en los padres, sin llevarse sola con él, intrafamiliar,  
Estados embargo entre bien con menciona malas relaciones  
Unidos, ellos hay sus padres llevarse bien. con sus padre y  
padres problemas y una y hermanos hermanas.  
divorciados y presunta  
habita con su infidelidad  
abuela y  
primos.

**secuencias** Tristeza, Cólera, Tristeza, cólera,  
aislamiento impulsividad, ira.  
aislamiento

---



### **Aspectos relevantes de la Fase 2: Resumen.**

De las tablas presentadas en las páginas anteriores, cabe mencionar algunos aspectos que son importantes de destacar:

Tres de estos cinco jóvenes presentaban conductas depresivas, en función de situaciones presentes alrededor, algunas de estas emociones reportadas por ellos son la tristeza y el enojo, lo que provocaba conductas de aislamiento.

En todas las personas que participaron del programa se observó que dependen en menor o en mayor grado de la madre o algún familiar encargado, por ejemplo el paciente número 1 que depende en alguna medida de su abuela materna para el cuidado de su salud incluyendo la toma de medicamentos.

La mayoría de estas personas presentan algún problema a nivel familiar, ya sea padres separados o violencia intrafamiliar (maltratos verbales, infidelidad).

Para el momento de la práctica el usuario que tomaba menor cantidad de medicamentos fue el paciente # 4 quien tomaba 2 medicamentos; por otra parte, el que tomaba mayor cantidad de medicamentos fue el usuario # 2 quien tomaba en ese momento 7 medicamentos.

Tres de ellos mencionaron tener algún grado de dificultad para seguir al pie de la letra con las indicaciones de los médicos, ya sea en puntualidad para tomar los medicamentos, o en los hábitos de higiene.

A pesar que el paciente # 4 solo ingería 2 medicamentos al momento de la práctica, se decidió incluirlo en el programa para reforzar con la madre algunos aspectos importantes relacionados al tratamiento.

Otro aspecto relevante para efectos de la implementación de este programa, fue la donación por parte de la casa farmacéutica Novartis de unos organizadores de tabletas con divisiones; esto les permitió a estos pacientes que colocaran todos sus medicamentos en un lugar fresco y de forma ordenada. Esta donación fue en calidad de préstamo, por lo que, en un futuro, podrán ser utilizados por otros usuarios, en la medida que estos primeros disminuyan la cantidad de medicamentos que deban consumir.

### **Resultados de la Fase # 3. Implementación de las charlas interdisciplinarias.**

La implementación de las charlas se llevó a cabo entre los meses de setiembre, octubre y noviembre, cada una de las charlas se dio paralelo al día en que los médicos del Centro habían citado a estos pacientes para el seguimiento médico. La primera charla se dio la última semana de setiembre y la última se dio a finales de noviembre.

Cabe destacar que la preparación de la charla se dio por parte de la farmacéutica y la psicóloga, donde hubo una coordinación constante para determinar la información que se incluiría en la presentación, así como las indicaciones que debía seguir los usuarios de manera individual, por ejemplo la paciente # 5 de 16 años, se le incluyó dentro de la charla cuidados personales en función de sus antecedentes personales, como higiene de las partes íntimas y recomendaciones en caso de relaciones sexuales para evitar el contagio de

enfermedades de transmisión sexual, ya que en los pacientes inmunosuprimidos las conductas de riesgo conllevan riesgos importantes que pueden amenazar directamente la vida.

Cada una de estas charlas se dio tanto a la persona trasplantada como al familiar de éste, ya que se considera importante que el familiar conozca las indicaciones del equipo de trasplante con respecto al tratamiento. Las charlas tuvieron una duración aproximada de 30 minutos y se dividieron en los siguientes temas:

- Concepto e implicaciones de la adherencia en pacientes con trasplante de hígado (toma de medicamentos, hábitos constantes de higiene, puntualidad en las citas, entre otras).
- Consecuencias de una mala adherencia en estas personas por ejemplo adquisición de virus, bacterias y hongos por la inmunosupresión, internamientos, rechazos crónicos que obligan a un segundo trasplante, hasta la muerte.
- Indicaciones para evitar olvidar la toma de los medicamentos.
- Explicación de cada uno de los medicamentos en cuanto a su función, dosis, modo de ingerirlo y algunas contraindicaciones.
- Indicaciones en relación a la higiene personal, como la explicación e ilustración de los cinco pasos para lavarse las manos adecuadamente, incluyendo el correcto modo de secarlas. Se incluyó también la higiene después de hacer algún deporte o alguna actividad física que provoque mucho sudor en el paciente.

- Indicaciones con respecto a llevar consigo los medicamentos si sale por largos periodos de la casa.
- En forma de conclusión se incluyen aspectos generales al cuidado y apoyo familiar como parte importante del cuidado para el nuevo hígado como una nueva oportunidad de tener la calidad de vida que toda persona merece poseer.

Al finalizar cada charla, se le entregó a la persona el material impreso correspondiente a la charla, de manera que él y su familiar tuvieran acceso inmediato a la información, en caso de tener alguna duda.

Otro elemento que se les brindó fue un horario que confeccionó la farmacéutica con cada uno de los medicamentos, las horas y las indicaciones para tomar cada uno de ellos. Dentro de la charla se les recomendaba colocarlo en un lugar que frecuentaran dentro de la casa en el que lo visualizaran constantemente.

Las charlas se implementaron en las oficinas administrativas del Centro de Trasplante Hepático, las cuales están ubicadas a unos metros del Hospital México, específicamente en la oficina de la Dra. Natalia Sandoval, la farmacéutica. Esto porque en el sétimo piso del Hospital, el Centro de Trasplante Hepático solo cuenta con tres cuartos, los cuales siempre están ocupados por los pacientes, ya sea internados o en las atenciones diurnas. Una vez que los pacientes eran evaluados por el equipo médico, se les llevaba personalmente a las oficinas a recibir la charla interdisciplinaria.

#### **Resultados de la Fase # 4. Evaluación de los resultados**

La evaluación de los resultados se realizó tanto a los familiares como a las personas trasplantadas que formaron parte del programa. Esta evaluación arrojó los siguientes resultados:

**Tabla 3.**

**Síntesis de resultados del programa de adherencia**

| Categorías de análisis   | Paciente 1. I.F. 15 <sup>a</sup><br>(6 medicamentos)                     | Paciente 2. J.F. 15 <sup>a</sup><br>(7 medicamentos)                         | Paciente 3 J.G 18 <sup>a</sup><br>(6 medicamentos)                                 | Paciente 4.R.G<br>(2 medicamentos)                                | Paciente 4 R.G 16 <sup>a</sup><br>(5 medicamentos)                              |
|--|--|--|--|---|---|
| <b>Hábitos que la paciente aprendió o mejoró después de la intervención.</b> | Mayor orden con la ingesta de medicamentos.<br>Lavado de manos           | Lavarse las manos con Indicaciones específicas para la toma de medicamentos. | Lavarse las manos previamente no tenía problemas con los medicamentos              | Lavado de manos   | de Recuerdo de toma de medicamentos.<br>Lavado de manos                         |
| <b>Cambios específicos</b>   | Ahora recuerda tomar aquellas tabletas que olvidaba<br>Se lava las manos | Ahora se lava las manos con mayor frecuencia y cuidado                       | Sigue todos los pasos a la hora de lavarse las manos. Lo hace con mayor frecuencia | Se lava las manos siguiendo los cinco pasos indicados y con mayor | Ahora recuerda tomar los medicamentos todos los días aunque con unos minutos de |

con mayor frecuencia

frecuencia

adelanto o atraso, en comparación con meses anteriores que duraba tres días sin tomarlos

Mayor dependencia

Sí

Todavía depende de su madre para recordar tomar los medicamentos.

Sí

Sí

Sí

No

#### **Aspectos relevantes. Fase # 4. Resumen**

Las indicaciones para la higiene personal, específicamente el lavado de manos, parece ser el hábito que más se instauró en los pacientes a partir de la implementación del programa, si bien es cierto estos realizaban el lavado de manos, no ponían en práctica los cinco pasos establecidos para realizar esta actividad correctamente.

Cuatro de las cinco personas trasplantadas han demostrado un mayor nivel de independencia en relación a la toma de medicamentos.

Todos los familiares de estos jóvenes mencionaron que la charla les ayudó a recordar muchas indicaciones que habían olvidado o que necesitaban recordar.

El padre del paciente # 1 (I.F.) mencionó que este programa les ayudó a conocer la situación de adherencia de su hijo ya que ni él ni la abuela materna estaban enterados del olvido de dos de los medicamentos que debe tomar.

La madre de la paciente # 4 mencionó en la parte evaluativa inicial que su hija olvidaba tomar los medicamentos hasta por tres días seguidos, después de la charla se los toma todos los días aunque algunos minutos antes o algunos minutos después del horario establecido.



## **Capítulo 5. Discusión, conclusiones y recomendaciones.**

### **Discusión**

Con respecto a las actividades regulares, específicamente la atención a personas en lista de espera, las tres personas atendidas presentaban ansiedad e incertidumbre relacionada al deterioro en su estado de salud, y la espera por el nuevo órgano. Esto tiene implicaciones cognitivas, emocionales y conductuales no solo para estas personas en lista de espera, sino también para sus familiares, ya que pueden presentar sentimientos como enojo y desconfianza (Henley y Selyer, 2007), especialmente si poseen varios meses en espera del nuevo órgano.

A lo largo de la práctica llevada a cabo, se observó que en la medida que el tiempo de espera aumentaba, estos pacientes experimentaban una pérdida del control de sus emociones, específicamente la capacidad de enfrentar la situación, esto se traducía en muchas de estas personas en conductas verbales como por ejemplo “el trasplante no se va dar”, “¿porqué trasplantan a otros pacientes y a mí no?”. Autores como Zipfel et al. (citado por Henley y Selyer, 2007), encontraron que los puntajes de depresión en estos pacientes aumentaban considerablemente después de cuatro meses en la lista de espera de un trasplante. Otros autores mencionan que la depresión es una enfermedad común en personas en fase terminal con enfermedad hepática.

Uno de los aspectos más importantes de evaluar en la población de lista de espera por un trasplante es la actitud y disposición del usuario por recibir el nuevo órgano, dada la

escasez de donantes y las grandes implicaciones económicas, institucionales y humanas que conlleva dicho procedimiento; lo que hace que se de la necesidad de distribuir los órganos de manera equitativa (Collins, Wicks y Hathaway, 1999). Estos mismos autores señalan que la percepción del equipo de salud con respecto a la adherencia y la actitud del paciente, pueden influir directamente en la inclusión o no de estas personas en la lista de espera. Relacionado a lo anterior, durante la práctica profesional se presentó un caso de una paciente en donde el equipo de trasplante postergó de la lista de espera debido a sus estrategias de afrontamiento con respecto a la enfermedad que padece.

La paciente mostró conductas de pobre adherencia traduciéndose en poco interés ante el eventual trasplante así como poco compromiso con las citas de psicología y trabajo social, argumentando no necesitarlas; además de mostrar un pobre cumplimiento con el tratamiento farmacológico. Esto se fundamentó en estudios que han demostrado que una pobre adherencia durante la lista de espera correlaciona significativamente con una mala adherencia en el periodo pos-trasplante (Collins et al. 1999).

En relación con la atención a los familiares de estas personas en lista de espera, a partir de la práctica profesional se determina que se hace necesaria la intervención psicológica para ellos, ya que el tiempo de espera les genera igualmente ansiedad y preocupación por la salud de sus familiares, especialmente si el parentesco con el paciente en lista de espera es de esposa, esposo, hijos, madre o padre.

Se observó durante las intervenciones que las estrategias de afrontamiento del paciente afectan directa o indirectamente el estado emocional de sus familiares, por ende las estrategias de afrontamiento de estos. Por ejemplo, se observó en una de ellas una actitud positiva y de mucha calma en relación al estar en lista de espera, de igual manera se observó que la actitud de sus familiares específicamente su esposo e hijas era de bajos niveles de ansiedad, por el contrario, tenían esperanza con respecto a la situación. Esta observación es respaldada por los autores Myaskovsky, Dew, Switzer, McNulty, DiMartini y McCurry (2004), quienes mencionan que las personas que se enfrentan con altos niveles de estrés a las situaciones relacionadas a la salud en un contexto interpersonal, pueden afectar las estrategias de afrontamiento de sus familiares.

En relación con la atención psicológica a personas trasplantadas y sus familiares, se determina que un momento trascendental es cuando reciben la noticia de que se cuenta con un órgano compatible y son convocados para ser sometidos al trasplante, sin embargo este momento trascendental trae consigo no solo implicaciones a nivel físico, sino también a nivel conductual, cognitivo y emocional. Debido a estas implicaciones psicológicas, la atención psicológica es fundamental no solo en los pacientes que reciben el trasplante, sino también en sus familiares más allegados. Durante los primeros seis meses posterior al trasplante, estos usuarios deben permanecer en un cuarto aislados del ambiente externo y del contacto con los otros, excepto por la persona encargada de cuidado del paciente.

Durante la práctica profesional se confirmó en una de las pacientes, la presencia de un decaimiento en su estado de ánimo debido al tiempo de espera transcurrido antes de salir de la habitación esterilizada; Pérez, Martín y Galán (2005), mencionan que de los trastornos en el estado de ánimo, los trastornos depresivos se presentan con mayor frecuencia oscilando entre el 10 y 58% durante el primer años pos-trasplante.

Cabe destacar que esta misma paciente mencionada en el párrafo anterior fue hospitalizada en dos ocasiones, debido a complicaciones físicas que suelen presentarse en algunos de los pacientes trasplantados, como por ejemplo la adquisición de virus o bacterias por la inmunosupresión, lo que aumentó las posibilidades de que el cuadro depresivo se mantenga en función de las variables ambientales, las cuales ya habían sido presentadas por ella en el periodo de lista de espera. Se confirma lo mencionado por Dew, Roth, Schulberg, Simmons, Kormos, Trzpacz y Griffith (1996), quien afirma que las personas con un estilo de afrontamiento con conductas depresivas previas al trasplante, pueden ser reproducidas en el periodo pos-trasplante; esto resalta aún más la necesidad de brindar una atención psicológica desde que se encuentran en el periodo de lista de espera.

Otro de los aspectos relevantes relacionados con los trasplantes de órganos es la función de cuidar a la persona trasplantada en los primeros seis meses, por lo general, recae en algunos de los familiares cercanos a la misma, (hija, esposa, madre) y este cuidado implica la asignación de una serie de actividades como lo son, la supervisión del estado de salud de la persona, la preparación o la supervisión de ésta con respecto a los alimentos asignados

por el equipo médico, la indicación del modo y momento de la toma de medicamentos, el acompañamiento a las citas de control del paciente trasplantado, la limpieza del cuarto en el que reside éste, entre otras actividades. Todo esto tiene repercusiones en la vida personal del cuidador a quien se le hace difícil volver a su estilo de vida anterior (Pérez et al. 2005), además de comprometer su salud física y mental debido a los altos niveles de estrés y ansiedad que manejan diariamente (Myaskovsky et al. 2004).

Durante la práctica profesional se observó como los cuidadores se dedican exclusivamente al paciente, dejando de lado actividades personales como el tiempo que dedican a los hijos e inclusive a sus parejas, lo que les generaba sentimientos contradictorios como culpabilidad de dejar de lado estas obligaciones pero a la vez presentaban un compromiso muy grande con la persona trasplantada. Diversos estudios han demostrado que los rangos de depresión y ansiedad aumentan en la medida que disminuye la satisfacción en la vida marital y familiar, y conforme incrementa la soledad y el sentimiento de culpa (Canning, Dew, y Davidson, 1996). Conforme pasa el tiempo aumenta la probabilidad de que se de un desgaste físico y la presentación de un estrés crónico que incrementa la vulnerabilidad emocional y con esto el desarrollo de trastornos emocionales. Como lo menciona Myaskovsky et al. (2004), se hace crítico valorar el potencial impacto del manejo de la salud y el bienestar propio y del paciente.

En cuanto al tema de adherencia al tratamiento, es importante mencionar que si bien es cierto, cada vez más se obtienen medicamentos de última línea, que ayudan a evitar el rechazo de los órganos trasplantados, muchos de los rechazos que presentan estas personas,

pueden ser ocasionados por una inadecuada adherencia al tratamiento (Collins, Wicks y Hathaway, 1999). La adherencia al tratamiento que deben seguir los pacientes con trasplante hepático implica actividades como: cumplimiento del tratamiento farmacológico prescrito, seguir con la dieta líquida y sólida establecida por el equipo médico durante el primer año posterior al trasplante, mantener medidas de higiene personal y ambiental estrictas para evitar infecciones que pongan en riesgo la vida del paciente, así como cumplir con las citas de seguimiento de control médico. Los pacientes seleccionados para recibir el programa de adherencia, presentaban fallas en varios de los postulados anteriores y eran percibidos por el equipo médico como pacientes con una mala adherencia al tratamiento.

Como base para la formulación del programa, se utilizaron los cinco postulados de la Organización Mundial de la salud como factores que afectan la adherencia al tratamiento (Factores sociodemográficos, Factores personales, Factores relacionados a la enfermedad, Factores relacionados al tratamiento y Relación médico-Paciente). En relación a los factores sociodemográficos, se identificó que cuatro de los cinco pacientes del programa, viven en zonas rurales, en algunos casos de difícil acceso, implicando en algunos casos, un viaje de dos horas como mínimo para llegar a consulta, lo que expresaron como un inconveniente para asistir a los controles médicos, especialmente cuando el gasto de viáticos corre por su cuenta y además poseían una situación económica difícil. Sin embargo es importante destacar que el aspecto económico no debe de afectar el acceso a los medicamentos, ya que la Caja Costarricense del Seguro Social y el Centro de Trasplante Hepático provee los medicamentos originales, directamente de las casas farmacéuticas.

Otro aspecto relacionado con las Características Sociodemográficas es el grupo etario de estas personas: adolescentes entre los 13 y 18 años de edad; Fernández, López, Miranda y Matesanz (1998); Hathtaway, Com Geest, Stergachis y Moore (1999); Dobbels, Van Damme- Lombaerl, Vanhaecke y De Geest (2005), mencionan que diversos estudios han descrito que el fenómeno de la No adherencia con el régimen de medicamentos inmunosupresores es más alto en adolescentes que en las personas adultas trasplantadas. Dobbles et.al. (2005), refieren que los jóvenes entre 11 y los 21 años se caracterizan un desarrollo biológico, psicológico y social, donde tienen que potenciar su propia identidad y atravesar una separación de sus padres, por lo que tienen que desarrollar sus propias habilidades y la responsabilidad sobre sus actos; estas características fueron observadas con cierto grado de deficiencia en todos los pacientes que formaron parte del programa.

En cuanto a las características de las familias a las que estos pacientes pertenecen, todos ellos presentaron un factor común: problemas intrafamiliares. Algunas de estas problemáticas fueron: violencia verbal y física entre los padres y hacia ellos, convivencia monoparental, problemas económicos, y en uno de los casos fallecimiento de un familiar cercano por un fallo hepático agudo. Todo lo anterior influye a que se de un bajo o escaso soporte familiar y por ende una baja supervisión hacia la adherencia que estos adolescentes tienen sobre su propio tratamiento. (Feinstein, Keich, Becker-Cohen, Rinat, Schwartz, Frishberg, 2005).

Con respecto al segundo factor que corresponde a las características personales, se hace importante resaltar varios aspectos. Todos los pacientes del programa se encontraban en una etapa de transición donde la mayoría de estos dependían en alguna medida de que sus padres o encargados no solo supervisaran la ingesta de la medicación, sino también realizaran la actividad de recordar tomarla, lo que hacía que no fueran en un 100 cien por ciento responsables de su tratamiento y por ende del estado de su hígado y en general de su salud. Sin embargo, se considera que esta condición no solo debe ser señalada en estos jóvenes, sino también en sus padres que permitían y reforzaban ciertas conductas de dependencia hacia ellos.

Adicionalmente, el sentirse distinto a su grupo de pares puede llevar a posponer los cuidados que le recuerdan diariamente su condición de trasplantado, teniendo dentro de sus prioridades socializar con otros de su edad, jugar video juegos, compartir fuera de la casa con sus parejas y amigos, y ser aceptado por sus iguales, lo que aumentaba las probabilidades de que se diera un olvido de la toma de todos los medicamentos o inclusive descalificar la importancia de tomarlos como se les ha indicado (Shemesh, Schneider, Savitzky, Arnott, Gondolesi, Krieger, Kerkar, Magid, Stuber, Schmeidler, Yehuda, Emre, 2004; Feinstein et al. 2005).

A estas características personales propias de la adolescencia, y su condición de salud, es importante agregar la condición familiar mencionada en párrafos anteriores; creando una sumatoria de factores que favorecen la aparición de problemas en el estado de ánimo y una inadecuada percepción de sí mismos y sus capacidades (Wells, 2004).



Con respecto a los factores número tres y cuatro relacionados con la enfermedad y el tratamiento como predictores de no adherencia, se destaca que las implicaciones de un trasplante de hígado y de cualquier órgano sólido, requieren de un cuidado sumamente importante. Los usuarios incluidos en el programa debían cumplir tanto con la ingesta de medicamentos como con las medidas de higiene que les evite contraer infecciones que ponen en riesgo su nuevo órgano y su vida. En cuanto al régimen medicamentoso, estos jóvenes deben ingerir alrededor de 8 tabletas diarias (en algunos casos más o en otros menos) en diferentes tiempos del día, muchos referían estar cansados de tomar gran cantidad de pastillas al día además del mal sabor que éstas le generan, todo esto también interfirió a que se presentara una adecuada adherencia en estos jóvenes (Dobbles et al. 2005).

Por último, la relación médico- paciente es otro factor que se observó como influyente en la adecuada adherencia al tratamiento, tanto en la ingesta propiamente como también en la adecuada administración de los medicamentos, ya que una persona con dudas con respecto al modo de tomar los fármacos, pero con un alto grado de confianza hacia su equipo médico, aumenta la probabilidades de que éste se atreva a realizar la consulta de manera directa a su doctor (Dobbles et al). En el caso de los jóvenes trasplantados incluidos en el programa, se observó que no poseen la habilidad de preguntar directamente al profesional de salud, por lo que muchas veces esta acción la delegan a sus encargados o muchas veces omiten la consulta y toman los medicamentos como su instinto les indicaba.

En relación a la aplicación del programa en sí, en primer lugar se destaca el tipo de metodología empleado que incluyó una entrevista semiestructurada heteroaplicada, que permitió obtener información del paciente de su historial de enfermedad (diagnóstico, tiempo en lista de espera), trasplante (tiempo de internamiento, complicaciones, persona encargada) y variables personales y familiares que puedan relacionarse con la no adherencia. Este tipo de entrevista ha sido utilizado en diversas investigaciones relacionadas con los índices de no adherencia en población trasplantada (Dew, et al. 1996; Myers y Midence, 1998). Esto permitió obtener el auto-reporte del propio paciente acerca de su enfermedad y tratamiento incluyendo la percepción sobre este. Dentro de la entrevista semiestructurada se incluyó un rubro en que el paciente y el familiar debían mencionar cada uno de los medicamentos, su función y horario de ingesta; esto no solo tuvo el propósito de obtener la información relacionada al tratamiento, sino también determinar el conocimiento en cuanto al mismo, ya que éste es un aspecto esencial que forma parte de uno de los factores relacionados con la adherencia.

La implementación de la charla se basó en la estrategias cognitivo conductuales que brindaran al usuario y sus familiares, el conocimiento necesario correspondiente a su tratamiento farmacológico y a las consecuencias que puede tener el no ingerirlos en la manera indicada por el equipo médico. Muchas teorías mencionan que la eficacia en las conductas de salud, viene determinada, en gran parte por los costos y beneficios que supone la realización de estas conductas; según esta teoría las personas estarían más dispuestas a

realizar una conducta saludable si les motiva a que piensen en términos de las pérdidas que pueden tener si no las realizan (Sánchez, 2006).

Se considera que al realizarse una charla individualizada en función de las características del usuario, el mensaje es tomado por éste como personalizado y las advertencias sugeridas van en función de su condición médica, lo que pudo ser una de las razones de la afectividad de la charla sobre las conductas de adherencia en los pacientes (Amigó, Fernández y Pérez, 1996).

Programas a nivel internacional, consideran la psicoeducación o educación en adherencia como uno de los componentes más importantes en cualquier programa dirigido a mejorar la adherencia, ya que se menciona que es más probable que un paciente se adhiera al régimen si entienden completamente sus implicaciones y riesgos de no tomarlo (Amigó, Fernández y Pérez, 1996; Lisson, et al. 2005).

A partir del reporte dado por los mismos pacientes y por los familiares de éste, se considera que el programa permitió conocer de cerca la realidad de cada uno de estos cinco pacientes y a la vez involucró a los familiares, con la meta de mejorar las conductas de adherencia. Este acercamiento permitió incluir indicaciones específicas y operativas para cada uno de ellos en un espacio de confianza donde podían hacer sus consultas con respecto al tratamiento en general. A demás de lo anterior, cada uno recibió un horario en el que se incluía nombre del medicamento, función, hora de ingesta y algunas observaciones

importantes en cuanto al medicamento, junto con la charla impresa para que tuvieran a su disposición con toda la información brindada durante la misma. Al final de cada charla la persona tuvo la oportunidad de consultar otras dudas que tuviera con respecto al tratamiento.

Todos estos factores, se consideran fueron determinantes en la comprensión de la información por parte del paciente y en la realización de las conductas de adherencia como por ejemplo la toma de los medicamentos en el horario establecido, la consulta personal por parte de una de las pacientes a la farmacéutica, el adecuado lavado de manos, el orden de los medicamentos en un lugar fresco, entre otras.

**Conclusiones:**

A continuación se presentan las conclusiones más importantes tomadas a lo largo de la realización de la práctica profesional.

1. Un trasplante hígado y en general de cualquier órgano sólido, es un evento que cambia la vida de la persona que lo recibe en muchos aspectos, incluyendo el físico, psicológico, conductual, emocional y espiritual. Es por esto que una atención integral hacia estas personas es vital para garantizar el éxito no solo en la cirugía, sino también en todo lo relacionado con la adaptación a la nueva vida que enfrentan.
2. Se concluye que las personas que se encuentran en lista de espera del trasplante de un órgano sólido (hígado, riñones, pulmón, corazón) requieren de una evaluación psicológica completa (entrevista y psicodiagnóstico) que permita determinar su estado emocional para poder enfrentar una eventual cirugía de grandes dimensiones.
3. La atención psicológica para estas personas que se encuentran en lista de espera es vital, ya que esta experiencia genera en muchos de éstos, niveles altos de ansiedad, y frustración y en algunos casos síntomas de depresión debido a la incertidumbre relacionada con la espera de un nuevo órgano que revierta su condición de paciente en fase terminal.
4. Técnicas como la relajación, la reestructuración cognitiva y la psicoeducación demostraron ser eficaces en el manejo del estrés en estas personas.

5. La inclusión de la familia en el proceso terapéutico es vital de manera que se brinden las estrategias tanto cognitivas como conductuales que les permita afrontar el tiempo de lista de espera, así como las implicaciones de un eventual trasplante en la dinámica familiar del paciente.
6. Con respecto a la adherencia al tratamiento, se comprobó que está determinada por múltiples variables que van desde características socioculturales, características, personales y factores relacionados a la enfermedad, tal y como lo establece la Organización Mundial de la Salud.
7. Se hace una actividad crucial para el equipo médico, para el usuario del sistema y para la seguridad social evaluar la adherencia en los pacientes desde que se encuentran en lista de espera, con el objetivo de determinar aquellas variables que puedan afectar u obstaculizar el buen cumplimiento del tratamiento inclusive en el período post-trasplante.
8. Una inadecuada adherencia al tratamiento, se ha relacionado directamente con el rechazo crónico del nuevo injerto e inclusive con la muerte de las personas trasplantadas.
9. La adolescencia es una etapa que puede estar relacionada con una inadecuada adherencia al tratamiento en jóvenes trasplantados, debido a variables de imagen corporal, aceptación social, relación con sus pares, relación con sus padres de familia, entre otras.
10. Debido a las características de la población y la problemática que presentan, se considera fundamental la inserción del profesional en psicología con énfasis en

Psicología de la Salud ya que posee un perfil necesario para abordar de manera integral e interdisciplinaria este tipo de problemáticas.

11. El brindarles un espacio a los usuarios para que se expresen, además de que conozcan los 5 factores relacionados con la adherencia, permitieron que los niveles de adherencia pudieran mejorar.
12. El incluir a la familia desde el inicio del proceso (lista de espera, trasplante y demás) es vital de manera que el usuario cuente con las redes sociales necesarias que le brinden un apoyo en este proceso que implica aspectos trascendentales y a las cuales la persona debe adaptarse para asegurar el éxito del trasplante y por ende la prolongación de la vida.
13. La adherencia al tratamiento es un aspecto multicausal que requiere de una intervención interdisciplinaria, con profesionales en farmacia, medicina, psicología, enfermería y demás para crear criterios de uniformidad y una atención en conjunto que esté dirigido hacia un mismo fin, el cual es procurar la estabilidad física y emocional del paciente y su familia.
14. La comunicación constante con el equipo médico y de enfermería es de suma importancia para poder brindar una atención psicológica responsable y ética que tome en cuenta la integralidad del ser humano en el ámbito físico, psicológico, ambiental y espiritual.
15. El programa demostró ser efectivo en mejorar conductas de adherencia en los pacientes como orden en la toma de medicamentos, establecimiento de horario,

recordatorio de información con respecto a la medicación así como mejorar la comunicación con el equipo médico.

16. Se determina que la relación médico – paciente es de suma importancia para el mejoramiento de la adherencia, de manera que éste último tenga la confianza necesaria para esclarecer dudas con respecto al tratamiento y algunos efectos secundarios que estos puedan tener.
17. El psicólogo juega un papel fundamental en la identificación de personas que presenten una mala adherencia al tratamiento, ya que le brinda un espacio de confianza que permite la exploración de factores personales y ambientales que por lo general son pasados por alto por el equipo médico.
18. A pesar de los resultados positivos que se obtuvieron en esta práctica profesional, el rol del psicólogo en una unidad de trasplante no es considerado prioritario por parte de los diversos entes de la Caja Costarricense del Seguro Social, específicamente el personal administrativo quienes son los encargados de colocar a este tipo de profesionales.



**Recomendaciones:**

1. Se recomienda la inserción del Psicólogo (a) de la Salud como parte de los profesionales esenciales del equipo en trasplantes de órganos, específicamente en el Centro de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar, ya que en estos momentos solo cuentan con un trabajador social, como parte de los profesionales en el área social.
2. Se hace necesario integrar la evaluación psicológica como uno de los requisitos indispensables para inclusión de un paciente a la lista de espera, tal como lo es la evaluación médica y como lo es la evaluación por parte del Trabajador Social acerca de las condiciones habitacionales como lo efectúan estos profesionales en países con un desarrollo importante en salud como por ejemplo Estados Unidos, España, e incluso Cuba. Esta evaluación psicológica debe abarcar desde la entrevista con el paciente así como la evaluación psicométrica con pruebas de estilos de afrontamiento como ACS escala de afrontamiento para adolescentes, el MMPI-II, MIPS, Inventario Millón de Estilos de Personalidad, MMSE Examen Cognoscitivo Mini-Mental; entre otros.
3. Actividades como atención individualizada, atención familiar, conformación de grupos terapéuticos por grupos etarios, como por ejemplo “Clínica del Adolescente” son intervenciones necesarias que mejorarían de manera significativa el estado de salud del paciente, su estado de salud y su calidad de vida en general.

4. Dada la complejidad de la adherencia terapéutica y sus implicaciones en esta población, es imprescindible una atención y supervisión constante por parte de todo el equipo médico y de enfermería hacia esta conducta, tomando en cuenta los antecedentes a nivel nacional e internacional de personas que han perdido el buen funcionamiento del nuevo injerto debido a su incumplimiento de su tratamiento.
5. Se recomienda a la Caja Costarricense del Seguro Social, abrir nuevos espacios para Psicólogos de la Salud, los cuales están capacitados para atender a personas con enfermedades que son atendidos no solo en el tercer nivel (como fue el caso de esta práctica profesional), sino también en el nivel primario y secundario para una atención integral y vanguardista de las enfermedades crónicas en nuestro país.
6. Es importante que la Maestría Profesional en Psicología de la Salud, establezca convenios con la Caja Costarricense del Seguro Social para realizar prácticas en el Tercer Nivel de atención, ya que en este nivel existen grandes necesidades de profesionales con este perfil que puedan participar de la atención integral de los pacientes.
7. Un trasplante de hígado es un evento que cambia la vida de la persona que lo recibe al igual que a su familia; estos cambios no son sólo físicos, sino también cognitivos, conductuales y emocionales (como se ha venido enfatizando a los largo de todo este documento). Esta práctica profesional ha marcado un precedente en la intervención desde la psicología de la salud en trasplante de

hígado en nuestro país, por lo que se considera importante que el conocimiento que ha quedado establecido en este documento, pueda ser utilizado e incluso superado para el bien de las personas que en algún momento reciban una intervención en el ámbito psicológico.

### Referencias Bibliográficas

- Abarca, M. (2004). Manual Cognitivo conductual emocional para facilitar la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Guía para profesionales en psicología. Tesis para optar por el grado de licenciatura en psicología. Universidad de Costa Rica.
- Amigó, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: España. Psicología Pirámide.
- Barlow, D. y Hersen, M. (1988). *Diseños Experimentales de caso único*. Barcelona: España. Martínez Roca.
- Benavides, C. (2006). Propuesta de un manual de intervención psicológica dirigido a profesionales en psicología para desarrollar adherencia a la terapia antirretroviral en personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Un aporte desde la perspectiva cognitivo conductual. Tesis para optar por el grado de licenciatura en psicología. Universidad Católica de Costa Rica.
- Brannon, L. y Feist, J. (1997). *Health Psychology: A Introduction to behavior and Health*. Pacific Grove, Publishing Company.
- Canning, R., Dew, A.M. y Davidson, S. (1996). Psychological Distress Among Caregivers to Heart transplant Recipients. *Social, Science Medicine*. 42, 4, pp 599-608.
- Chisholm, M. (2002). Issues of Adherence to Immunosuppressant Therapy After Solid – Organ Transplantation. En *Drugs*, 62, 567-575.

- Collins, D., Wicks, M. y Hathaway, D. (1999). Health-Care Professional Perception of Compliance Behaviors in the Prerenal and Postrenal Transplant Patient. *Transplantation Proceedings*, 31, 16s-17s.
- Dew, M.A., Roth, L., Schulberg, H., Simmons, R., Kormos, R., Trzpacz, P. y Griffith, B. (1996). Prevalence and Predictors of Depression and Anxiety –Related Disorder During The Year After Heart Transplantation. *Psychiatric Disorder posttransplant*. 18. 48s-61s.
- Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (2001). Farmacia Profesionl. Consenso sobre Atención Farmacéutica. *Ars Farmacéutica*. 42. 221-241.
- Dobbles, F., Van Damme- Lombaerl, R., Vanhaecke J. y De Geest, S. (2005). Growing pains: Non –adherence with the immunosuppressive regimen in adolescent transplant recipients. *Pediatric Transplantation*, 9, 381-390.
- Feinstein, S., Keich, R., Becker-Cohen, R., Rinat, C., Schwartz, S., Frishberg, Y. (2005). Is Noncompliance Among Adolescent Renal Transplant Recipients Inevitable? *Pediatrics*, 115, 969-973.
- Fernández, M., López, J., Miranda B. y Matesanz, R. (1998). Adhesión al tratamiento en pacientes receptores de trasplante renal. Estudio multicéntrico español. *Nefrología*, XVIII, 316-325.
- Grupo de estudio del SIDA de la sociedad española de enfermedades infecciosas y microbiología clínica (1999). *Recomendaciones para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral*. España.

- Godoy, J. (s.f). En Caballo, E. (1998). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Siglo Veintiuno. España.
- Hathaway, D., Combs, C., Stergachis, A. y Moore, L.A. (1999). Patient compliance in Transplantation: A Report on the Perceptions of Transplant Clinicians. *Transplantation Proceedings*, 31, 10S-13S.
- Henley, K. y Selyer, J. (2007). Needs of patients and families during the wait for a donor heart. En *HEART AND LUNG*. VOL.35, Num 5. 319-329.
- Hernández, E. (2006). *Atención psicológica en el trasplante de órganos*. En fase de edición por la editorial de ciencias médicas de la Habana: Cuba. Cortesía de la autora
- Karshian, C. y Guerrero, A. (1992). Factores psicosociales que intervienen en la adherencia al tratamiento y ajuste a la enfermedad en pacientes con diabetes Mellitus. Tesis para optar por el grado de licenciatura en psicología. Universidad de Costa Rica.
- Kennerly, R. (2002). A Brief History of the Origins of Behavioral Medicine. University of North of Texas. UNT Web page disclaimer.
- Labiano, M. (s.f). Introducción a la psicología de la salud. En Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Distrito Federal: México. Thomson.
- Lisson, G., Rodrigue, J., Reed, A y Nelson, D. (2005). A Brief Psychological Intervention to Improve Adherence Following Transplantation. En *Annals of transplantation*. Vol. 10, 52-57.
- Martín, L. y Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. En *Psicología y salud*. Vol. 14, 89-99.

- Myaskovsky, L., Dew, M.A., Switzer, G., McNulty, M., DiMartini, A. y McCurry, K. (2004). Quality of life and coping strategies among lung transplant candidates and their family and caregivers. *Social Science and Medicine* 60, 2321-2332.
- Mayer y Midence. (1998). *Adherence to treatment in medical conditions*. Ámsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Mejía, C. y Umaña, A. (2000). El paciente con diabetes Mellitus tipo II. Plan cognitivo-conductual- emocional para mantener la adherencia a un programa de reducción de peso. Tesis para optar por el grado de licenciatura en psicología. Universidad de Costa Rica.
- Meltzer, L y Rodrige, J. (2004). Psychological Distrees in Caregivers of Liver and Lung Transplant Candidates. En *Journal of clinical psychology y medical setting*. Vol 8, 173-180.
- Mesén, M. (2004). Determinantes socioculturales del ambiente familiar, que intervienen en la No-adherencia al tratamiento del paciente con Tuberculosis: un enfoque cualitativo desde la perspectiva de salud pública. Tesis para optar por el posgrado en Salud Pública. Universidad de Costa Rica.
- Mora, J.F. (2006). Análisis de la relación entre el nivel de conocimiento de los pacientes diabético tipo 2 sobre su enfermedad y la adherencia al tratamiento. Tesis para optar por el posgrado en medicina familiar y comunitaria. Universidad de Costa Rica.
- Morales, C. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Argentina: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Adherence to Long Term Therapies*. Eviden for action. Ginebra, Suiza. World Health organization.

- Ortega, F. y Rebollo, P. (2004). La calidad de vida relacionada con la salud en pacientes portadores de un trasplante de órgano sólido. En *Actualizaciones en trasplantes*. 80-89.
- Pérez, M.A; Martín, A. y Galán, A. (2005). Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. En *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol 5, 99-114.
- Roales-Nieto, G. (2004). *Psicología de la salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: España. Psicología Pirámide.
- Sánchez, J. (2006). Efectos de la presentación del mensaje para realizar conductas saludables: el papel de la autoeficacia y de la motivación cognitiva. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 613-630.
- Shemesh, E., Schneider, B., Savitzky, J., Arnott, L., Gondolesi, G., Krieger, N., Kerkar, N., Magid, M., Stuber, M., Schmeidler, J., Yehuda, R. y Emre, S. (2004). Medication Adherence in Pediatric and Adolescent Liver Transplant Recipients. *Pediatrics*, 113, 825-832.
- Solís, M. (2006). Hospitales de la CCSS realizan un trasplante de órganos por día. Recuperado de [http://www.CCSS.sa.cr/html/noticias/2006/10/lista\\_noticias\\_octubre.html](http://www.CCSS.sa.cr/html/noticias/2006/10/lista_noticias_octubre.html), recuperado el día el 5 de junio, 2007.
- Taitelbaum, O. (2006). Ley de Creación del Centro de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar. Recuperado de <http://www.asamblea.go.cr/proyecto/16400/16452.doc>, el día 2 de julio del 2007.



Wells, M. (2004). Promoting adherence in renal transplant patients. *Hospital Pharmacy*. 11, 69-71.

## Anexo I

### Glosario

**Antifúngico o Antimicótico:** Es toda aquella sustancia que tiene la capacidad de evitar el crecimiento de algunos tipos de hongos o incluso provocar su muerte

**Atresia Biliar:** Obstrucción de los conductos que transportan un líquido llamado bilis desde el hígado hasta la vesícula biliar. Es una afección congénita.

**Cirrosis:** Es el resultado de una enfermedad hepática que ha dañado el hígado llevando a la disminución del parénquima hepático con formación de fibrosis (cicatrices), nódulos y cambios en la circulación. Esto genera disminución en la capacidad sintética, excretora y puede llevar a la hipertensión portal.

**Cirrosis Hepática:** Cirrosis que afecta el tejido hepático como consecuencia final de diferentes enfermedades crónicas.

**Colestasis extrahepática o intrahepática:** Cualquier afección en la que se obstruye el flujo de la bilis del hígado.

**Enfermedad de Wilson:** Trastorno hereditario caracterizado por cantidades excesivas de cobre en los tejidos corporales, lo cual produce diferentes efectos, entre otros, enfermedad hepática y daño al sistema nervioso.

**Inmunosupresión:** Es el uso de medicamentos a los cuales se les llama inmunosupresores para inhibir la actividad del sistema inmune. Clínicamente se utilizan para prevenir el rechazo de un órgano trasplantado o el tratamiento de una enfermedad autoinmune.

**Trasplante:** Tratamiento médico complejo, el cual permite que órganos, tejidos o células de una persona puedan reemplazar órganos, tejidos o células enfermos de otra persona. En algunos casos, esta acción sirve para salvar la vida, mejorar la calidad de vida de la persona o ambas cosas.

**Hepatitis:** Afección o enfermedad inflamatoria que afecta el hígado. Su causa puede ser infecciosa (viral o bacteriana), inmunológica (por anticuerpos) O tóxica (por alcohol, venenos o fármacos). Dependiendo de su etiología, también es considerada una enfermedad de transmisión sexual.

**Hepatocarcinoma:** Es un cáncer de hígado y constituye el 80-90 % de los tumores hepáticos malignos primarios, con una incidencia mayor en los hombres que en las mujeres

**Hígado:** El Hígado es un órgano o víscera del cuerpo humano y a la vez, la glándula más voluminosa de las más importantes de la anatomía y una de las más importantes en cuanto a

la actividad metabólica del organismo. Dentro de sus funciones se encuentra la síntesis de proteínas, función desintoxicante, almacenamiento de vitaminas y es el responsable de eliminar aquellas sustancias que pueden ser tóxicas para el organismo.

## Anexo II

Entrevista estructurada para pacientes.

**Información sociodemográfica:**

Nombre

Edad

Residencia.

Fecha de la entrevista \_\_\_\_\_

**Información con respecto a la enfermedad y al trasplante.**Nombre de la hepatopatía antes del  
trasplante \_\_\_\_\_Tiempo en lista de  
espera \_\_\_\_\_Fecha en la que se da el  
trasplante \_\_\_\_\_Complicaciones u otras circunstancias relacionadas al trasplante  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Información con respecto al tratamiento farmacológico.**

| Nombre del medicamento | Función | Dosis por cantidad y frecuencia |
|------------------------|---------|---------------------------------|
|                        |         |                                 |
|                        |         |                                 |
|                        |         |                                 |
|                        |         |                                 |
|                        |         |                                 |

**Información con respecto a la dieta alimenticia.**

| <b>Alimentos que puede ingerir</b> | <b>Alimentos que no puede ingerir</b> |
|------------------------------------|---------------------------------------|
|                                    |                                       |

**Conocimiento del paciente acerca del tratamiento.**

Percepción con respecto al tratamiento

¿Considera que el tratamiento farmacológico o la dieta es difícil de seguir?

---



---



---

Conocimiento acerca del tratamiento.

¿Le han comunicado alguna de las consecuencias que puede traer el no seguir con el tratamiento?

---



---



---

**Información personal**

Escolaridad. (escuela, secundaria y otros grados).

---



---



---

Personas con las que convive actualmente.

---



---



---

Relación con cada uno de los miembros de la familia y de las personas con las que convive

---

---

---

Detalle de circunstancias especiales con respecto a la pregunta anterior.

---

---

---

---

Frecuencia con la que estas circunstancias ocurren

Inicio de la situación \_\_\_\_\_

---

---

---

Al día \_\_\_\_\_

A la semana \_\_\_\_\_

Evaluación de la circunstancia en los tres sistemas de respuesta:

Cognitivo \_\_\_\_\_

---

---

---

Emocional \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Motor \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Información en relación al tratamiento.**

Repercusiones de esta situación o circunstancia sobre la salud del paciente (olvido de la ingesta de los medicamentos, consumo de alimentos contraindicados).

---

---

---

Detalle de la circunstancia relacionada con la pregunta anterior. Análisis funcional.

Qué ha ocurrido anteriormente a la conducta de NO adherencia \_\_\_\_\_

---

Conductas específicas de No adherencia \_\_\_\_\_

---

Consecuencias de estas conductas.

Físico \_\_\_\_\_

---

ambiental \_\_\_\_\_

---

Frecuencia por semana

---

**Información con respecto a la relación médico paciente.**

Cuando ha tenido dudas con respecto al tratamiento a quién ha acudido

---

---

Confianza hacia el equipo médico (personal con quien tiene más confianza).

---

---





**Conocimiento con respecto a la dieta alimenticia.**

| Alimentos que puede ingerir | Alimentos que no puede ingerir |
|-----------------------------|--------------------------------|
|                             |                                |

**Conocimiento con respecto al seguimiento del tratamiento.**

Percepción con respecto al tratamiento

¿Considera que el tratamiento farmacológico o la dieta es difícil de seguir para el paciente por sí solo?

---



---



---



---

Conocimiento acerca del tratamiento.

¿Le han brindado información acerca de algunas de las consecuencias que puede traer el no seguir con el tratamiento?

---



---



---



---

**Información del paciente (historia personal).**

Escolaridad. (escuela, secundaria y otros grados).

---



---



---

Personas con las que convive actualmente.

---



---



---

Relación con cada uno de los miembros de la familia y de las personas con las que convive el paciente

---

---

---

Detalle de circunstancias especiales con respecto a la pregunta anterior.

---

---

---

---

Frecuencia con la que estas circunstancias ocurren

Inicio de la situación \_\_\_\_\_

---

---

---

Al día \_\_\_\_\_

A la semana \_\_\_\_\_

Evaluación de la circunstancia en los tres sistemas de respuesta:

Cognitivo \_\_\_\_\_

---

---

---

Emocional \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Motor \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Información en relación al tratamiento.**

Repercusiones de esta situación o circunstancia sobre la salud del paciente (olvido de la ingesta de los medicamentos, consumo de alimentos contraindicados).

---

---

---

---

Observación de conductas con respecto a la adherencia  
Horarios de la toma de medicamentos

---

---

Hábitos de higiene

---

---

Hábitos alimenticios

---

---

Conductas de riesgo

---

---

---

**Información con respecto a la relación médico paciente.**

¿Cuándo han tenido dudas con respecto al tratamiento a quién han acudido?

---

---

---

Confianza hacia el equipo médico (personal con quien tiene más confianza).

---

---

---

Anexo IV

Encuesta de seguimiento para pacientes y familiares del programa de adherencia al tratamiento.

¿La charla le recordó algunos hábitos que había olvidado o no sabía?

No Sí

cuáles \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha notado algún cambio en el paciente?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha hecho algún cambio en sus hábitos después de la charla?

No Sí

Cuál \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha observado un mayor nivel de independencia en el paciente con respecto a la ingesta de medicamentos?

No Sí

Ejemplo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué aprendió nuevo a partir de la charla?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sugerencias

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anexo V  
Mi experiencia personal en el Centro de Trasplante Hepático.

Después de año y medio de compartir mi trabajo profesional tanto con los usuarios del centro como con el personal médico y administrativo, puedo asegurar que esta experiencia ha cambiado mi percepción de la vida y de mi profesión como psicóloga.

Tal y como ha quedado plasmado en este trabajo final de graduación, los usuarios que requieren los servicios del Centro de Trasplante de Hepático, en su mayoría, son personas que la última esperanza de vida que poseen es la ser sometidos a un trasplante de hígado, de lo contrario, su estado de salud se deterioraría a tal punto que fallecerían. Esto lo han atravesado ya muchos y muchas usuarias que han fallecido esperando recibir un órgano y una segunda oportunidad de vida.

Algunas personas relacionarán los párrafos anteriores con usuarios adultos que entran en un grupo de edad mayor a los 50 años, sin embargo esto no siempre sucede así. Una gran proporción de las personas que esperan por un trasplante son adultos jóvenes, adolescentes, niños y niñas. En lo personal, considero que este es uno de los aspectos que marcó un antes y después en mi vida personal y profesional.

A partir de allí me doy cuenta que hoy podemos estar sanos y llevar una vida normal, llena de vitalidad y de pronto, ser diagnosticados con una enfermedad hepática o de cualquier otro órgano, que progresa a tal punto en que la única opción que queda para sobrevivir es recibir un órgano de una persona fallecida para poder continuar. Esto es un aspecto que para aquellos que lo logran dimensionar, no es fácil y deben atravesar a partir de un diagnóstico, un camino lleno de visitas constantes al hospital, ingesta diaria de una gran cantidad de medicamentos, chequeos clínicos periódicos y además una ansiedad y algunas veces angustia por un futuro incierto, por una carrera que deben ganar contra la muerte, además de todo esto también deben estar en condiciones “adecuadas” para poder resistir una cirugía de 14 horas y un proceso de recuperación largo y complejo.

Es en este tipo de intervenciones en que uno entiende realmente el significado de una vida efímera, condición de la cual, ninguno de los seres humanos escapa a esa realidad. No es difícil pensar que estas personas que reciben este tipo de diagnóstico y que se encuentran en lista de espera presenten algún grado de depresión, altos niveles de ansiedad e incertidumbre, ya que están en el límite entre la vida y la muerte sin ninguna capacidad de hacer algo al respecto, por el contrario, la solución está en una tercera persona desconocida que en un principio, debe morir para poder donar sus órganos a alguien que lo necesite.

Definitivamente, el encuentro con estas personas en mi práctica profesional me marcó un antes y un después no solo en mi carrera como psicóloga, sino también en mi vida personal.

A partir de toda esta experiencia concluyo:

Ninguno de los profesionales en salud estamos exentos de padecer algún día de alguna enfermedad física o psicológica; nuestra vida puede ser tan corta y efímera como la de cualquier otra persona y pienso que debemos ser conscientes de ello para poder ser mejores profesionales y mejores personas.

Pienso que ni yo como profesional y es probable que muchos de mis colegas estén preparados para perder a uno o varios pacientes en un lapso corto de tiempo, con los cuales uno comparte la esperanza de que se prolongue la vida y puedan alcanzar los proyectos que todavía se proponen.

En áreas de trabajo hospitalarias como el Centro de Trasplante Hepático se afirma la capacidad de una profesional en Psicología de la Salud para llevar a cabo no sólo actividades como la promoción de la salud o prevención de la enfermedad, sino también el enfrentar de cerca un fenómeno tan cercano, cotidiano y propio de todos los seres humanos como lo es la muerte.