



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

1 de 2

Neiva, 15 DE OCTUBRE DEL 2019

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad

El (Los) suscrito(s):

Nathalie Balatana Muñoz,	Con C.C. No. 1088325449,
Ingrid Lorena Becerra Aguirre,	Con C.C. No. 1075312096,
Johan Sebastian Cerquera Rios,	Con C.C. No. 1075308194,
Edna Lucia Chilatra Ortiz,	Con C.C. No. 1075228159,
Nubia Constanza Granados Leyva,	Con C.C. No. 1075305345,
David Alejandro Serrano Florez,	Con C.C. No. 1075308160,

Autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado o Titulado La Esperanza Del Trasplante: La Experiencia De Estar En Lista De Espera . Presentado y aprobado en el año 2019 como requisito para optar al título de ENFERMERO(A).

Autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que, con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales “open access” y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.

Vigilada Mineducación



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

2 de 2

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: Nathalie Balanta Muñoz

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: Ingrid Lorena Becerra

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: Johan Sebastián Cerquera

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: Edna Lucia Chilatra

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: Nubia Constanza Granados

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: David Alejandro Serrano Florez



**TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO:**

La esperanza del trasplante: La experiencia de estar en lista de espera

**AUTOR O AUTORES:**

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Balanta Muñoz	Nathalie
Becerra Aguirre	Ingrid Lorena
Cerquera Ríos	Johan Sebastian
Chilatra Ortiz	Edna Lucia
Granados Leyva	Nubia Constanza
Serrano Florez	David Alejandro

**DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:**

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Ramírez Perdomo	Claudia Andrea

**ASESOR (ES):**

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Ramírez Perdomo	Claudia Andrea

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE:** Enfermero(a)

**FACULTAD:** Salud

**PROGRAMA O POSGRADO:** Enfermería

**CIUDAD:** Neiva  
64

**AÑO DE PRESENTACIÓN:** 2019

**NÚMERO DE PÁGINAS:**

**TIPO DE ILUSTRACIONES** (Marcar con una X):

Diagramas\_\_\_Fotografías\_\_\_Grabaciones en discos\_\_\_Ilustraciones en general **x** Grabados\_\_\_  
Láminas\_\_\_Litografías\_\_\_Mapas\_\_\_Música impresa\_\_\_Planos\_\_\_Retratos\_\_\_ Sin  
ilustraciones\_\_\_Tablas o Cuadros **x**

**SOFTWARE** requerido y/o especializado para la lectura del documento:

**MATERIAL ANEXO**

Vigilada mieducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional [www.usco.edu.co](http://www.usco.edu.co), link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.



**PREMIO O DISTINCIÓN** (*En caso de ser LAUREADAS o Meritoria*):

**PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:**

**Español**

**Inglés**

- |                     |                   |
|---------------------|-------------------|
| 1. Trasplante renal | Kidney transplant |
| 2. Enfermedad Renal | Kidney disease    |
| 3. Donación         | Donation          |
| 4. Enfermería       | Nursing           |
| 5. Hemodialisis     | Hemodialysis      |

**RESUMEN DEL CONTENIDO:** (Máximo 250 palabras)

**Objetivo:** Identificar el significado del trasplante renal asumido por las personas con enfermedad renal crónica (ERC) en tratamiento dialítico en Neiva. **Método:** Estudio de tipo cualitativo enfoque fenomenológico, datos fueron recolectados a través de entrevistas a profundidad, transcritas textualmente para encontrar temas emergentes. En el estudio participaron cuatro personas con ERC en tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal, dos en lista de espera para trasplante renal. **Resultados:** Surgieron dos temas principales, el primero, la experiencia de vivir en tratamiento para ERC agrupado en los subtemas: vivir la dureza del tratamiento, la ERC: una compañera para toda la vida, tomar decisión del tratamiento, el apoyo: necesario para soportar la enfermedad y el tratamiento. El segundo, estar en lista de espera para el trasplante: vivir con esperanza de recuperar su vida, agrupado en los subtemas: El camino hacia el trasplante: iniciar el proceso, enfrentarse al trasplante: entre el miedo y la incertidumbre, esperar pacientemente la llamada que anuncia el trasplante, confiar en Dios mientras llega el trasplante. **Conclusiones:** Las redes de apoyo, como la familia, amigos y profesionales en salud que están alrededor de la persona con ERC en terapia dialítica, son fundamentales en la decisión de ingresar a lista de espera para trasplante renal, surgen sentimientos de duda, temor e incertidumbre ante el proceso quirúrgico y los cuidados que conlleva. Sin embargo, se evidencian expectativas positivas ante la vida y esperanza de continuar. Fortalece la fe, confianza en Dios y en sí mismos, que provee fortaleza para afrontar el proceso.



**ABSTRACT:** (Máximo 250 palabras)

Objective: to identify the significance of renal transplantation assumed by people with chronic kidney disease (CFR) in dialysis treatment in Neiva.

Method: qualitative type of study with phenomenological approach, data was collected through in-depth interviews, transcribed verbatim to find emerging themes. The study involved four people with CRS in haemodialysis and peritoneal dialysis, two on the waiting list for kidney transplant.

Results: two main themes emerged, the first, the experience of living in treatment for CRS grouped under the subthemes: living the harness of treatment, CRS: a lifelong partner, making a decision on treatment, support: needed to support disease and treatment. The second, to be on the transplant waiting list: to live with the hope of getting your life back, grouped into the subthemes: the path to the transplant: to start the process, to face the transplant: between fear and uncertainty, to patiently wait for the call announcing the transplant, to trust god while the transplant arrives.

Conclusions: support networks, such as family, friends and health professionals who are around the person with CRS in dialysis therapy, are central to the decision to enter the waiting list for kidney transplant, feelings of doubt, fear and uncertainty arise about the surgical process and the care it entails. However, there are positive expectations of life and hope of continuing. It strengthens faith, trust in God and in themselves, which provides strength to face the process.

**APROBACION DE LA TESIS**

Nombre Presidente Jurado: *Claudia A. Ramirez*

Firma: *JAR*

Nombre Jurado: *Alex Yameth Pardo*

Firma: *Yameth Pardo*

Nombre Jurado: *Claudia Patricia Cortijo*

Firma: *Claudia P. Cortijo*

LA ESPERANZA DEL TRASPLANTE: LA EXPERIENCIA DE ESTAR EN LISTA  
DE ESPERA

NATHALIE BALANTA MUÑOZ  
INGRID LORENA BECERRA AGUIRRE  
JOHAN SEBASTIAN CERQUERA RIOS  
EDNA LUCIA CHILATRA ORTIZ  
NUBIA CONSTANZA GRANADOS LEYVA  
DAVID ALEJANDRO SERRANO FLOREZ

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA  
NEIVA HUILA  
2019

LA ESPERANZA DEL TRASPLANTE: LA EXPERIENCIA DE ESTAR EN LISTA  
DE ESPERA

NATHALIE BALANTA MUÑOZ  
INGRID LORENA BECERRA AGUIRRE  
JOHAN SEBASTIAN CERQUERA RIOS  
EDNA LUCIA CHILATRA RIOS  
NUBIA CONSTANZA GRANADOS LEYVA  
DAVID ALEJANDRO SERRANO FLOREZ

Asesora

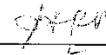
CLAUDIA ANDREA RAMÍREZ PERDOMO  
Enfermera PhD. en Enfermería

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al Título de Enfermero(a)

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA  
NEIVA HUILA  
2019

Nota de aceptación

Trabajo destacado y Aprobado  
Como requisito de grado del  
Programa de enfermería



Firma del presidente del jurado



Firma del jurado



Firma del jurado

Neiva 19 de septiembre del 2019

## DEDICATORIA

*El presente trabajo queremos  
dedicarlo principalmente a Dios,  
quien es nuestra guía, nos da la  
fuerza para continuar día a día y nos  
ayuda a cumplir cada anhelo de  
nuestros corazones.*

*A nuestros padres, por brindarnos su  
amor y apoyo incondicional, porque  
son el pilar fundamental para crecer  
como personas y profesionales.*

NATHALIE  
INGRID LORENA  
JOHAN SEBASTIAN  
EDNA LUCIA  
NUBIA CONSTANZA  
DAVID ALEJANDRO

## Agradecimientos

*Extendemos nuestro agradecimiento a las personas que participaron en esta investigación, por servirnos como guía e inspiración para elaborar este proyecto, sin su colaboración esto no sería posible.*

*Así mismo deseamos expresar nuestra gratitud a la asesora de proyecto Claudia Andrea Ramírez Perdomo, doctora en enfermería, por iluminarnos en el camino del aprendizaje, darnos las bases necesarias gracias a su experiencia y conocimientos, por su paciencia inigualable y estar presente en cada momento en la realización de nuestro proyecto.*

*A la Universidad Surcolombiana, por ser nuestro segundo hogar y por abrirnos las puertas para formarnos profesionalmente.*

## CONTENIDO

	Pag
INTRODUCCIÓN	13
1. JUSTIFICACION	14
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
3. OBJETIVOS	20
3.1. OBJETIVO GENERAL	20
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4. REFERENTE TEORICO Y CONCEPTUAL	21
5. ESTADO DEL ARTE	23
5.1 INVESTIGACIONES A NIVEL MUNDIAL	23
6. DISEÑO METODOLOGICO	26
6.1. TIPO DE ESTUDIO	26
6.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	26
6.3. CRITERIOS DE SELECCION	27
6.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	27
6.5. CRITERIOS DE RIGOR	27
6.6. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACION	28
6.7. DESCRIPCION DEL CONTEXTO	29
6.8. ACCESO AL CAMPO	29
6.9. ANALISIS DE DATOS	30
6.10. CONSIDERACIONES ETICAS	31
7. RESULTADOS	34
7.1 LA EXPERIENCIA DE VIVIR CON ERC	36
7.2. ESTAR EN LISTA DE ESPERA PARA EL TRASPLANTE	40
8. DISCUSION	44
9. CONCLUSIONES	47
10. RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	49
ANEXOS	58

## LISTA DE ANEXOS

	Pag
Anexo A: Formato de Consentimiento Informado	51
Anexo B: Formato de Disentimiento Informado	54
Anexo C: Formato de Acuerdo de Confidencialidad	56
Anexo D: Carta de Aprobación Comité de Ética Facultad de Salud	57

## LISTA DE TABLAS

	Pag
Tabla 1. Género, Edad, Educación y Tipo de Tratamiento	29
Tabla 2. Resultados Encontrados	30

## RESUMEN

**Introducción:** la enfermedad renal crónica es un proceso progresivo e irreversible. Es una enfermedad de gran relevancia mundial, 1 de cada 10 personas la padece. Una vez que las personas son diagnosticadas deben ingresar a una terapia de remplazo renal, como la hemodiálisis o diálisis peritoneal o trasplante renal. Recibir el diagnóstico de la enfermedad provoca cambios en la vida de las personas, forzándolos a enfrentar múltiples cambios en su entorno, su condición física, psicológica, afectiva, relaciones laborales y familiares. Por lo tanto, es necesario conocer la percepción de las personas en tratamiento dialítico frente al trasplante renal, debido a que pueden sentir que existen múltiples aspectos que influyen en el acceso al mismo tales como barreras que disminuyen la posibilidad de la donación, el temor al rechazo del injerto, las alteraciones físicas, sociales y emocionales que puede presentar tanto el receptor como el donante.

**Objetivo:** identificar el significado del trasplante renal asumido por las personas con ERC en tratamiento dialítico en Neiva.

**Método:** Estudio con enfoque cualitativo de tipo fenomenológico, cuatro personas con ERC que se encontraban en tratamiento de HD Y DP, dos de ellas en lista de espera para trasplante renal participaron en el estudio; los datos recolectados a través de entrevistas a profundidad, que fueron transcritas textualmente, para encontrar los temas emergentes. Previa aprobación del comité de ética de la Universidad Surcolombiana

**Resultados:** Surge un primer tema, la experiencia de vivir en tratamiento para ERC del cual se agrupa los subtemas: vivir la dureza del tratamiento, la ERC: una compañera para toda la vida, tomar decisión del tratamiento, el apoyo: necesario para soportar la enfermedad y el tratamiento. El segundo tema que emerge, estar en lista de espera para el trasplante: vivir con esperanza de recuperar su vida, agrupado en los subtemas: El camino hacia el trasplante: iniciar el proceso, enfrentarse al trasplante: entre el miedo y la incertidumbre, esperar pacientemente la llamada que anuncia el trasplante, confiar en Dios mientras llega el trasplante.

**Conclusiones:** Las redes de apoyo principales, como lo es la familia, amigos y profesionales en salud que se encuentran en el entorno de la persona con enfermedad renal crónica en terapia dialítica, son fundamentales en la toma de la decisión de ingresar a la lista de espera para el trasplante renal, donde surgen sentimientos de duda, temor, miedo e incertidumbre, ante la obligatoriedad de un proceso quirúrgico y los cuidados que este conlleva. Sin embargo, se evidencia

expectativas positivas ante la vida, la esperanza de continuar la misma donde un día se vio pausada por un diagnóstico de enfermedad no esperado, fortalece la fe y la confianza en sí mismos y en un Dios supremo que les da la fortaleza de afrontar el proceso de la tan anhelada llamada que les volverá a la "normalidad" la vida.

**PALABRAS CLAVE:** Trasplante renal, Hemodiálisis, enfermedad renal, donación, enfermería (Bireme, MeSH)

## ABSTRACT

**Introduction:** chronic kidney disease is a progressive and irreversible process. It is a disease of great worldwide relevance, 1 out of 10 people suffer from it. Once people are diagnosed, they should enter renal replacement therapy such as hemodialysis, peritoneal dialysis or renal transplantation. Receiving the diagnosis of the disease causes changes in people's lives, forcing them to face multiple changes in their environment, their physical, psychological, emotional, and work-family relationships. Therefore, it is necessary to know the perception of people in dialysis treatment against renal transplantation, because they may feel that there are multiple aspects that influence the access to it, such as barriers that reduce the possibility of donation, fear of graft rejection, physical, social and emotional alterations that both the recipient and the donor may present.

**Objective:** to identify the meaning of renal transplantation assumed by people with CKD in dialysis treatment in Neiva.

**Method:** A study with qualitative phenomenological approach, four people with CKD who were in treatment of HD and PD, two of them on the waiting list for renal transplantation participated in the study; the data collected through in-depth interviews, which were transcribed verbatim, to find emerging issues. Prior approval of the ethics committee of the University Surcolombiana

**Results:** A first issue arises, the experience of living in treatment for CKD of which the sub-themes are grouped: living the hardness of the treatment, CKD: a companion for life, making treatment decisions, the support: necessary to deal with the disease and treatment. The second issue that emerges, being on the waiting list for the transplant: living with hope of recovering your life, grouped into the subthemes: The road to transplantation: starting the process, facing the transplant: between fear and uncertainty, waiting patiently the call announcing the transplant, trust in God while the transplant arrives.

**Conclusions:** The main support networks such as family, friends and health professionals who are in the environment of the person with chronic kidney disease in dialysis therapy, are fundamental in making the decision to enter the waiting list for renal transplantation, where feelings of doubt, fear, and uncertainty arise, before the obligatory nature of a surgical process and the care that this entails. However, positive expectations for life are evident, the hope of continuing life where one day was paused by a diagnosis of an unexpected disease, strengthens faith and confidence in themselves and in a supreme God who gives them the

strength to face the process of the much-desired call that will return them to "normal" life.

KEY WORDS: Kidney transplant, hemodialysis, kidney disease, donation, nursing, (Bireme, MeSH)

## INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es considerada una de las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor relevancia a nivel mundial, ya que se considera que 1 de cada 10 personas la padecen. Una vez diagnosticadas con ERC, las personas se someten a tratamientos de reemplazo renal, como hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. Siendo la última, el tratamiento considerado Gold Standard que mejora la calidad de vida y la supervivencia frente a la diálisis (7). Sin embargo, el diagnóstico de la enfermedad implica un reajuste en las diferentes esferas de la vida de la persona, llevándola a enfrentar múltiples cambios en su condición física, psicológica, afectiva, sistema de vida, relaciones familiares, laborales y en su entorno que afectan su vida (8). Por lo tanto, es de gran interés identificar la percepción que tiene un paciente acerca del trasplante renal que ha sido previamente sometido a hemodiálisis y diálisis peritoneal, teniendo en cuenta que las personas presentan temor al rechazo del injerto, a las alteraciones físicas, sociales y emocionales que esto conlleva.

Este proyecto identifica el significado del trasplante renal asumido por las personas con ERC en tratamiento dialítico en Neiva, de igual forma reconstruye el proceso de toma de decisiones entorno al tratamiento y finalmente describe la experiencia del tratamiento dialítico por estas personas.

Para lograr los objetivos de la investigación se realizó un estudio con enfoque cualitativo con método fenomenológico, mediante la aplicación de entrevista a profundidad a las personas sometidas a terapia dialítica (hemodiálisis y diálisis peritoneal).

Este texto permite abordar el significado atribuido al trasplante por las personas enfermas y valorar los cambios que la enfermedad ha ocasionado en sus vidas, siendo esto un punto de partida para explorar un conjunto de sentidos y componentes que se viven en la experiencia de tomar la decisión del trasplante. Así mismo, convertirse en un punto de partida para ayudar en el proceso comprensivo de las personas con ERC, sus cuidadores y familiares ante la presencia de la ERC y el tratamiento dialítico. Por lo nombrado anteriormente el fenómeno del trasplante requiere de la presencia de diversos actores y sin los cuales la posibilidad del trasplante se torna remota e inalcanzable.

## 1. JUSTIFICACION

El trasplante renal puede asumir diversos significados en las personas con ERC en tratamiento, puede ser considerado como una vía salvadora en la cual recuperan parcialmente su "normalidad" o sentir que tienen que vivir con el fantasma de portar el órgano de otra persona y además con la incertidumbre del futuro incierto que les espera con este.

Abordar el significado atribuido por las personas enfermas al trasplante es un punto de partida para explorar un conjunto de sentidos y componentes que se viven en la experiencia de tomar la decisión del trasplante, etapa que puede configurarse en diferentes crisis y transiciones a las cuales se somete la persona enferma, con el deseo de lograr "liberarse" de un tratamiento que por si mismo puede ser agobiante y devastador, no solo para la persona sino también para su familia. Esta investigación permitió valorar los cambios que la enfermedad ha ocasionado en su vida, y así lograr construir el significado que tiene el trasplante para estas personas, sirviendo como referente para brindar educación acerca de la donación de órganos.

Así mismo, explorar el significado atribuido al trasplante se puede convertir en un punto de partida para ayudar en el proceso comprensivo de las personas con ERC, sus cuidadores y familiares ante la presencia de la ERC y el tratamiento dialítico, así como también en un proceso de sensibilización con relación al trasplante. El trasplante se convierte en la mayoría de los casos en un tratamiento que les permite asumir el cuidado de sí, así como también les disminuye el riesgo de convertirse en una carga para sus cuidadores; adicionalmente, el trasplante puede ser una etapa liberadora para la familia, dado que las demandas de cuidado por parte de la persona enferma pueden disminuir. Pero todo esto no se puede alcanzar sin que exista un apoyo por parte de la familia; lo cual hace más complejo el fenómeno del trasplante dado que requiere de la presencia de diversos actores y sin los cuales la posibilidad del trasplante se torna remota e inalcanzable.

Por otra parte, el aporte a los profesionales de enfermería radica en poder conocer lo que la persona experimenta a través del proceso de la enfermedad y el tratamiento, por lo cual esta indagación los puede enfrentar a una realidad y acercarlos a un cuidado más enfocado hacia el abordaje del ser humano en todo su contexto. También ayudó a enriquecer y ampliar conocimientos para poner en práctica en el momento de formar a los futuros profesionales de enfermería. De igual manera, ayudará a concientizar a la población en general acerca de la

importancia de la donación, y a comprender las diferentes creencias, costumbres, y tabúes que constituyen una barrera para la donación de órganos.

Esta investigación era novedosa puesto que no ha sido abordada ampliamente en la región, lo que proporciona nuevo conocimiento a la investigación de fenómenos como el significado del trasplante. Además, plantea una nueva visión de la atención que se debe brindar tanto a cuidadores como pacientes con ERC para de alguna forma contribuir a una mejor calidad de vida, ya que, esta enfermedad genera grandes cambios en cada una de las personas implicadas.

El estudio fue ético pues es nulamente invasivo y no representa un peligro o violación a la integridad física, además de que mantiene la confidencialidad de los datos personales buscando que el resultado contribuya directamente a los pacientes que padecen esta enfermedad.

Por otro lado, fue factible porque la ERC es una de las enfermedades crónicas no trasmisibles que más impacto genera en el departamento del Huila, por su alta tasa de morbi-mortalidad, lo cual genera preocupación tanto en las personas que sufren la enfermedad como en las que deben acompañarlos y cuidarlos en el transcurso de ella, además de esto se realizara con datos locales que muestran el contexto de la región, de igual forma se dispone de las instalaciones e información necesaria para que se lleve a cabo el estudio de manera adecuada y así lograr cobrar relevancia social sobre este fenómeno en la región.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad renal crónica (ERC) es considerado un grupo de enfermedades con diferentes procesos fisiopatológicos en los cuales se presenta deterioro progresivo e irreversible de la función renal y de la tasa de filtración glomerular (TFG) inferior a  $60 \text{ ml/min/1.73m}^2$ , por más de 3 meses de evolución, evidenciado por alteración en la composición de la sangre y/o de la orina, principalmente (1). Es así como ERC comprende cinco estadios (G 1 a G 2, de G 2 a G 3a, de G 3a a G 3b, de G 3b a G 4 o de G 4 a G 5), donde el estadio 5 se considera la fase terminal (ERCT) de la enfermedad presentando  $\text{TFG} < 15 \text{ ml/min por } 1.73 \text{ m}^2$ , situación que puede desencadenar la muerte.

Se considera que a nivel mundial 1 de cada 10 personas padecen ERC, cuya incidencia aumenta con la edad siendo de 20% en personas mayores de 60 años y 35% en mayores de 70 años de los cuales el 90% de la población desconoce su padecimiento, donde las patologías a las que se le atribuye el daño progresivo de la función renal comprende nefropatía diabética, glomerulonefritis, nefropatía hipertensiva y poliquistosis renal autosómica dominante entre otras.

Ahora bien, se plantea que los años de vida ajustados en función de discapacidad (AVAD) por ERC aumentaron en un 20% en EE. UU y un 58% en América Latina y Caribe. Sin embargo, para los países centroamericanos se presentó un aumento de 99% en AVAD en relación a los años perdidos en un 127%, estando estos relacionados en esta población centroamericana al trabajo de la agricultura (2).

Según el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud en EE.UU aproximadamente 1 de cada 3 personas con diabetes y 1 de cada 5 con HTA puede presentar ERC, se estima que 30 millones de personas en edad adulta la padecen, siendo más frecuente en hombres que en mujeres. Sin embargo, el 96% correspondiente a personas con alteración de su función renal leve no poseen conocimiento de dicha alteración, donde el 48% de las personas con función renal gravemente comprometida, no recibe tratamiento de terapia sustitutiva de la función renal por desconocimiento de la patología, en si del no saber que presenta ERC (3).

En contraste se plantea que la prevalencia de la ERC en España ha aumentado un 20% en los últimos diez años. Sin embargo, cabe enunciar que en la población más joven el porcentaje desciende a un 4%, es decir, 1 de cada 25 adultos jóvenes de entre 20 y 39 años tiene ERC. Estados Unidos en comparación con España presenta mayor prevalencia de ERC en hombres que en mujeres,

asociados a sobrepeso y obesidad, con una mortalidad del 8% de la población general siendo que 55.000 personas reciben terapia sustitutiva de la función renal.

En Colombia para el año 2015 a la cuenta de alto costo a nivel nacional le fue reportado 3.385.457 personas con HTA, DM y/o ERC de las cuales el 60.8% corresponde a población adulta de 60 años o más, siendo de predominio femenina en un 62%. Adicionalmente se reportó 979.409 casos de ERC como diagnóstico confirmado, que corresponde al 28.9% de la población reportada en diferentes estadios de la enfermedad, estableciéndose una prevalencia de la misma de 2 por cada 100 habitantes, con una incidencia de 256.888 casos. Sin embargo, la edad de presentación se ve representada entre los 45 y 65 años, donde predomina el sexo masculino. Además, se reporta que 4 de cada 100 personas son hombres con 80 o más años de edad(4). Por otra parte, en el año 2015 se reportaron 34.469 personas con terapia de remplazo renal (TRR), evidenciándose un aumento gradual desde el 2010(4). Las TRR en esta enfermedad son las terapias dialíticas como hemodiálisis (HD) o diálisis peritoneal (DP) y, trasplante renal (TR).

Se entiende como HD al proceso mediante el cual se produce un desplazamiento de los productos de desecho metabólicos desde la circulación hasta el dializado (líquido de diálisis) cuyo proceso comprende una técnica de circulación extracorpórea(5). Por otro lado, se encuentra una variante de diálisis denominada DP mediante el cual el líquido de diálisis (solución glucosada) es instilado al espacio peritoneal por vía abdominal, mediante un catéter de DP(6), técnica que comprende la ultrafiltración y eliminación por difusión contra un gradiente de concentración, para este proceso se cuenta con tres tipos de DP las cuales son ambulatoria continua (CAPD), cíclica continua (CCPD) o combinadas(1).

Por otra parte, el trasplante de riñón es considerado el tratamiento Gold Standard en la ERCT, dado que mejora la calidad de vida y la supervivencia frente a la diálisis, los órganos trasplantados pueden ser tomados de donantes cadavéricos o voluntarios vivos, luego de ser sometidos a pruebas de histocompatibilidad y grupo sanguíneo, así como de procesos infecciosos como VIH, tuberculosis y hepatitis B, entre otras (7).

Por lo anteriormente descrito, los profesionales de salud, en especial enfermería, hacen el acompañamiento a las personas con ERC antes, durante y después de las diversas etapas de la enfermedad, identificando los numerosos cambios a los cuales se encuentra abocado la persona con la enfermedad y su familia, cambios que impactan su vida en diferentes dimensiones física, psicológica, social, familiar y laboral, entre otras; que en muchas ocasiones terminan por convertirse en

factores negativos, que poco favorecen el proceso de adaptación y afrontamiento a la enfermedad y al tratamiento. Por lo tanto, ante la ERC es indispensable identificar aquellos factores estresantes tanto internos como externos entre los cuales está el entorno, la familia, las redes de apoyo, medios de comunicación y transporte, así como las actitudes, aptitudes y motivaciones, que puedan otorgarnos un óptimo y positivo desarrollo del cuidado de enfermería, al determinar la adaptabilidad emocional, psicológica, social, familiar, sexual y ambiental, dada por las circunstancias desfavorables de la enfermedad.

Según Ramírez y Perdomo (2018)(8), el diagnóstico de la enfermedad implica un reajuste en las diferentes esferas de la vida de la persona, llevándola a enfrentar múltiples cambios en su condición física, psicológica, afectiva, sistema de vida, relaciones familiares, laborales y en su entorno, que afectan su vida. Aunque con la implementación de las terapias dialíticas como medida terapéutica son efectivas para la sustitución de la función renal, conllevan demasiados condicionantes que no mejoran la calidad de vida de forma significativa, pues muestran como la ERC supone un gran impacto en sus vidas presentando una actitud pesimista frente a ella, además los pacientes en diálisis deben adaptarse a su total dependencia de una máquina y de un conjunto de profesionales involucrados en su tratamiento (8,9).

Llegados a este punto, es de gran interés identificar la percepción que tiene un paciente con TR y que ha sido previamente sometido a HD y DP, pues esta percepción puede verse modificada en cuanto a la calidad de vida durante el proceso de la ERC. Las personas trasplantadas pueden percibir que su calidad de vida puede ser condicionada por factores como: su propia vida, la enfermedad, los medicamentos y el sistema de salud, sin embargo, este grupo de personas a pesar del trasplante continúan padeciendo la enfermedad, llevándolos a requerir una terapia inmunosupresora, cuidados con la dieta, prevención de la adquisición de enfermedades, apoyo familiar y control del grupo de trasplante, siendo estas estrategias fundamentales para disminuir la morbi-mortalidad en este grupo y mejorar la sobrevida del injerto, en la persona con TR(10). Debido a esto las personas siempre van a presentar temor al rechazo del injerto, a las alteraciones físicas, sociales y emocionales que esto conlleva, sin embargo, según estudios realizados tanto los adolescentes como los adultos mayores post-trasplante han mejorado sus hábitos de vida físicos, alimenticios, sociales y familiares (11,12).

La alteración emocional que enfrenta el paciente frente a la disposición de recibir o no una donación de riñón, ya sea de donante vivo o cadavérico, es de suma importancia al identificarse diferentes barreras que disminuyen el acceso a la

donación por parte de los posibles receptores. Dichas barreras están asociadas, a las creencias y preocupaciones de los pacientes acerca de los cambios que pueden manifestar los donantes, o incluso ellos mismos; entre ellas se encuentra la culpa y responsabilidad de generarle un riesgo innecesario al donante, incluso el miedo a adquirir características del donante (13). En este mismo sentido, se encuentran quienes manifiestan que estarían dispuestos a recibir el órgano de un donante cadavérico debido a no cargar con algún tipo de culpabilidad o preocupación por su donante. Adicionalmente, las personas pueden estar dispuestos a recibir el órgano de un donante no conocido, para minimizar los sentimientos de culpa experimentados al poner en riesgo a la persona conocida, o por el contrario perciben que tienen derecho de recibir la donación independientemente de quien sea el donante (14). Ante este panorama aparecen diversos sentimientos que merecen ser explorados en torno a los significados atribuidos al trasplante por las personas que se encuentran en tratamiento dialítico.

Teniendo en cuenta los planteamientos anteriores se plantea como pregunta de investigación: ¿Cuál es el significado del trasplante renal asumido por las personas con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento dialítico en Neiva?

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar el significado del trasplante renal asumido por las personas con ERC en tratamiento dialítico en Neiva.

#### 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Reconstruir el proceso de toma de decisiones entorno al tratamiento para la ERC.

Describir la experiencia del tratamiento dialítico para las personas con ERC.

Construir el significado el trasplante renal para las personas con ERC

#### 4. REFERENTE TEORICO Y CONCEPTUAL

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% menor de 60 años de edad(15).

Hemodiálisis: es una técnica de depuración extracorpórea de la sangre que suple parcialmente las funciones renales de excretar agua y solutos, así como de regular el equilibrio ácido-base y electrolítico. No suple las funciones endocrinas ni metabólicas renales(16).

Diálisis peritoneal: Técnica que utiliza el peritoneo como membrana de diálisis y su capacidad para permitir, tras un periodo de equilibrio, la transferencia de agua y solutos entre la sangre y la solución de diálisis(17). La estructura anatómico-funcional de la membrana peritoneal, las características físico-químicas de la solución de diálisis y el catéter, constituyen los tres elementos básicos de esta técnica de diálisis. Igualmente, que la hemodiálisis, esta terapia no reemplaza las funciones endocrinas y metabólicas que ejerce naturalmente el riñón.

El trasplante renal: es la terapia de elección para la mayoría de las causas de insuficiencia renal crónica terminal porque mejora la calidad de vida y la supervivencia frente a la diálisis(18).

Para algunos receptores del riñón esta experiencia es un obsequio, un regalo del cielo, una segunda oportunidad(19) Sin embargo, para otros es un procedimiento angustiante, puesto que creen que van a adquirir características del donante o que el donante va a sufrir algún daño y que esta persona puede llegar a necesitar más el órgano donado(9).

Donante vivo: Es aquella persona que conoce con certeza la totalidad de los riesgos que puedan generarse dentro del procedimiento y que cumpliendo los requisitos establecidos en el decreto 2493 del 2004. Efectúa la donación en vida de aquellos órganos o parte de ellos, cuya función es compensada por su organismo de forma adecuada y segura(9).

Donante cadavérico: Es aquel que ha fallecido bien sea por muerte encefálica o por cese irreversible de las funciones cardiorrespiratorias y a quien se le pretende extraer componentes anatómicos con fines de trasplante o implantes(9).

Donante efectivo: Es el cadáver en el que se han cumplido todos los requisitos, de donación y se le ha practicado la ablación quirúrgica de órganos y tejidos(9).

El trasplante de Riñón es la alternativa más viable desde el punto de vista terapéutico más recomendada por los profesionales de la salud(20). Sin embargo, las limitaciones son muy grandes, la principal es el escaso número de donantes disponibles, así como sus costos elevados, y falta de recursos económicos en la mayoría de la población afectada, lo que lleva a las personas que padecen la enfermedad a tener dificultades de acceder a esta posibilidad de mejoría, así como la dificultad de mantener continuidad en las terapias dialíticas(21).

El número bajo de donantes disponibles se debe a multicausalidades, una de las más comunes es el rechazo de las familias del donador(22). El número de familias que se opone a la donación, es decir, que no dan el consentimiento o reversan la decisión del donante, tiende a ser más grande en países con consentimiento informado, que en los países con presunción de donación(23). En Estados Unidos y en el Reino Unido, países con consentimiento informado, aproximadamente la mitad de las familias a las que se les solicita la donación la rechazan. En países donde existe presunción de donación el rechazo familiar es comparativamente menor; por ejemplo, en España es cercano al 20% y en Francia al 30% (24).

## 5. ESTADO DEL ARTE

El propósito del siguiente documento es dar a conocer como asumen las personas que están en terapia dialítica el significado de trasplante renal, hacer referencia de cómo esta puede influir en su vida y en el futuro de su enfermedad. Se han realizado pocas investigaciones acerca de esta temática por lo que la búsqueda bibliográfica se ve limitada, cabe resaltar que en el mundo se encuentran varios estudios los cuales se basara este trabajo.

### 5.1. INVESTIGACIONES A NIVEL MUNDIAL

Lawrence et al. (2013)(25), llevaron a cabo un estudio cualitativo con enfoque de teoría fundamentada en Reino Unido. Los pacientes fueron entrevistados hasta que los temas se saturaron. Como resultado se obtuvo que los pacientes experimentan emociones negativas relacionadas con el trasplante debido a la pérdida de oportunidades para recibir un órgano, estas decepciones son alimentadas por las exigencias en el estilo de vida. Sin embargo, los pacientes encuentran mecanismos de afrontamiento, aceptan su situación y comprenden que las decisiones clínicas fueron equitativas. En conclusión, los pacientes en este estudio comprendieron que no todos pueden ser trasplantados, dado que ellos entienden la eficiencia con la que se priorizan a los pacientes para la asignación de un órgano, los beneficiados son los pacientes más jóvenes y en mejor forma ya que estos tienen más ventaja con un trasplante exitoso.

Annema et al. (2015)(26), realizó un estudio transversal con 244 receptores de trasplante de hígado, el objetivo fue examinar sus opiniones sobre el anonimato de la donación de órganos y el contacto directo con la familia del donante. El 53% estuvo de acuerdo con el anonimato de la donación de órganos, principalmente por respeto para el donante. La situación de vida, la edad y el afecto positivo influyeron en la opinión. La mayoría de los encuestados (65%) indicó que les gustaría recibir información sobre su donante, como edad, sexo y estado de salud. Solo el 19% de los encuestados favoreció el contacto directo con la familia del donante, principalmente para expresar su gratitud personalmente. Finalmente, la mayoría de los receptores de trasplante hepático deseaban recibir información general sobre su donante. Por lo tanto, consideran que debe existir información sobre los donantes.

Hanson et al. (2015)(13), realizaron una síntesis cualitativa de las actitudes de los pacientes hacia la donación de riñón vivo. Teniendo como objetivo describir las creencias, actitudes y expectativas de pacientes con ERC para recibir trasplante de riñón de un donante vivo. Se identificaron seis temas: priorización de la salud propia (mejor supervivencia del injerto, aceptación del riesgo y repulsión desesperada a la diálisis), culpabilidad y responsabilidad (poner en peligro la salud del donante, anticipar el arrepentimiento del donante y causar inconvenientes al donante), ambivalencia e incertidumbre (dudar de la urgencia del trasplante, información insuficiente confrontada con la falta de familiaridad y la incertidumbre), buscar la validación de la decisión (obligación familiar, aliviar la carga familiar, beneficios recíprocos para los donantes, respetar la autonomía del donante, tranquilidad externa y aprobación religiosa), apoyo social (evitando conflictos familiares, endeudamiento y aislamiento emocional) y cauteloso reclutamiento de donantes; llegando así a la conclusión que una educación mejorada y psicosocial, el apoyo puede ayudar a aclarar, validar y abordar las preocupaciones de los pacientes con respecto a los resultados de los donantes, la culpa, las tensiones en las relaciones, y reclutamiento de donantes. Esto puede alentar la toma de decisiones informadas, aumentar el acceso a la donación de riñón vivo, y mejorar el ajuste psicosocial para los receptores de trasplantes.

Davis et al. (2017)(27), realizaron una investigación cualitativa, utilizando entrevistas estructuradas, con respuestas abiertas y grupos de discusión. Fueron 20 participantes identificados como negros y dos participantes identificados como multirraciales. Los resultados reconocen que tanto los donantes como los receptores enfrentaron barreras en la experiencia de donante vivo de trasplante de riñón. Los beneficiarios se enfrentaron a barreras asociadas como negación y evitación de la gravedad de su ERC, el deseo de mantener la privacidad de su estado de salud y su negatividad en acercarse a posibles donantes. Los donantes encontraron respuestas negativas de otros sobre el deseo de los donantes de donar y repuestas negativas de los receptores en aceptar una oferta de un donante vivo trasplante de riñón. Se concluyó que los receptores y donantes negros deben superar barreras antes de recibir o donar un riñón, estas barreras surgen de la comunicación y las interacciones con otros que carecen o son indeseables.

Chong et al. (2016)(28), realizaron un estudio, donde tomaron a ocho pacientes en la lista de espera para trasplante de riñón a los cuales se les hizo una entrevista individual con el objetivo de explorar las experiencias de pacientes con ERCT que esperan el trasplante de riñón. Emergieron seis categorías: 1. la luz al final del

túnel, 2. estar atento al llamado sin ninguna esperanza. 3. Una lucha entre la emoción y la frustración. 4. Dudas en la complejidad. 5. Un compañero durante el difícil proceso. 6. Preparándose para el día. Los investigadores llegaron a la conclusión de las personas experimentan dificultades y preocupaciones psicosociales mientras esperan largos períodos de tiempo sin ninguna garantía de resolución.

## 6. DISEÑO METODOLÓGICO

### 6.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio con enfoque cualitativo y con un método fenomenológico con las personas sometidas a terapia dialítica (HD y DP) en la búsqueda de develar la experiencia de carácter crónico y permanente, en su tránsito de buscar el trasplante renal.

El estudio fenomenológico, consiste en comprender desde la experiencia misma lo que se revela en ella, no desde una actitud meramente interpretativa, que busque la coherencia interna del texto analizado, sino que aboga por un respeto pleno del relato que hace el hablante, donde expresa la forma como él ha vivido lo que ha vivido(29).

La fenomenología surgió como una necesidad de explicar la naturaleza de las cosas (fenómenos). Los primeros pensadores trataron de definir si era un método o una filosofía(30) dado que lejos de ser una secuencia de pasos, es un nuevo paradigma que observa y explica la ciencia para conocerla exactamente y, de esta forma, encontrar la verdad de los fenómenos.

El profesional de enfermería tiene que basar su cuidado en develar las experiencias de las personas sobre un fenómeno en particular cuando está frente a un evento que desestabiliza su vida cotidiana. La fenomenología se dirige al estudio de la experiencia vivida respecto de una enfermedad o circunstancia por el propio protagonista de la experiencia y develar los significados de los fenómenos experimentados por los individuos a través del análisis de sus descripciones(31).

### 6.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Para el propósito de la investigación, la población a tomar en cuenta fueron los pacientes registrados con ERC que se encuentren en HD y DP que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos en la investigación atendidos en unidades renales de la ciudad de Neiva en el periodo 2019-1.

El muestreo fue por conveniencia, un tipo de muestro no probabilístico, donde los sujetos seleccionados cumplían con los criterios de inclusión propuestos para el estudio.

### 6.3. CRITERIOS DE SELECCION

Los criterios de selección propuestos para el desarrollo de la investigación fueron:

Pacientes con diagnostico medico de enfermedad renal crónica, en tratamiento de Hemodiálisis o diálisis peritoneal

Pacientes que se realicen su tratamiento en unidades renales de Neiva

Mayores de 18 años.

Pacientes que residan en Neiva

### 6.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Los criterios de exclusión para los participantes en esta investigación fueron:

Pacientes que se encuentren trasplantados.

### 6.5. CRITERIOS DE RIGOR

Para asegurar la calidad del estudio, se tuvieron ciertos criterios de validez y fiabilidad que permitan su verificación, pues al ser un estudio de naturaleza cualitativa y fenomenológica es importante delimitar el estudio evitando ambigüedades(32). A continuación, se plantean los criterios de rigor propuestos por Lincoln y Guba(33) para los estudios cualitativos:

Credibilidad: se buscó mediante este estudio que las personas participantes fueran capaces de identificar que se haya abordado la verdad, la coherencia y la aplicabilidad(34) de sus relatos. Se alcanzó en la medida en la que al hacer la devolución de las entrevistas ellos se sintieron identificados y representados sus relatos de manera fiel.

Transferibilidad: Se buscó proporcionar el conocimiento sobre la situación en concreto que permitió reconocer las conclusiones a contextos similares.

Dependencia – Variación rastreable: Cómo ha evolucionado una determinada fuente de datos, al ser analizados de forma continua, buscando una tendencia y coherencia entre los datos encontrados.

Confirmabilidad: No se desea ocultar la subjetividad del investigador, pero sí se busca que los datos y las conclusiones sean confirmadas por voces externas.

## 6.6. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACION

Dentro de los métodos de recolección de datos en la Investigación cualitativa se encuentra la entrevista a profundidad con personas que pertenecen a un determinado grupo, donde se analiza su opinión y comportamiento ante un tema relacionado al objeto de estudio. Es un proceso en el que el entrevistador tiene encuentros reiterados cara a cara con el entrevistado para que libre y detalladamente exprese sus sentimientos y manifieste sus impresiones y actitudes relacionadas con el objeto de investigación(35).

Teniendo en cuenta que este estudio tenía como finalidad conocer una opinión, experiencias o situaciones vividas para así construir el significado de trasplante que tienen las personas que sufren de ERC, se realizó una entrevista a profundidad, la cual se lleva a cabo a través del uso del lenguaje, mediante un proceso sistémico y controlado metodológicamente (36).

Los informantes fueron contactados telefónicamente, donde se les dio a conocer los objetivos de la investigación, se concertaron los sitios de encuentro para el desarrollo de la entrevista. Una vez contactados se procedió a realizar la firma del consentimiento informado y se realizó la entrevista. La pregunta de apertura fue la siguiente: ¿Para usted cual es el significado del trasplante? Para ampliar la

información y profundizar en el tema se plantean las siguientes preguntas orientadoras: ¿Qué cambios ha atravesado en el transcurso de la enfermedad? ¿Cuál es la importancia que tiene el trasplante para usted? ¿Cómo ha experimentado su tratamiento dialítico? ¿Cómo fue el proceso para tomar la decisión del tratamiento dialítico? ¿Cómo se tomó la decisión de ingresar en lista de espera para el trasplante? Adicionalmente, se llevó un diario de campo, en el cual se anotaron aspectos sustanciales que permitieron identificar aspectos intangibles que no se captaron dentro del desarrollo de la entrevista.

#### 6.7. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO

Neiva, capital del departamento del Huila fundada en el año de 1612, se encuentra ubicada entre la cordillera central y oriental. Con una extensión aproximada de 1533 km<sup>2</sup>, a 442 MSNM y su temperatura promedio de 28°C, cuenta con 1.188.314 habitantes, considerada como una zona de alto impacto para la producción de cultivos como el café y el cacao, la ganadería y la minería, entre los que está la explotación del petróleo, oro, plata, cobre, hierro y cal. Cuya actividad económica está dada por el ecoturismo, gastronomía, industria y comercio. Actualmente encontramos en la ciudad de Neiva, un total de 4 unidades renales (UR), como lo son Nefrouros, UR del HUHPM, UR adscrita a Clínica Medilaser y UR Fresenius.

#### 6.8. ACCESO AL CAMPO

Para el ingreso al campo se tuvo en cuenta la propuesta de Hammersley y Atkison (1994) (39), el punto de partida fue el acceso a la base de datos para identificar a los posibles participantes a la investigación, esto permitió identificar personas en tratamiento de DP o HD, que podían participar en este proceso, retomando a los autores mencionados se buscó "las relaciones interpersonales" establecidas con el personal de las unidades renales de Neiva, lo cual facilitó el reconocimiento de las personas claves que pudieran facilitar la información, las estrategias a emplear para el abordaje de las personas con ERC y el ingreso al campo para la recolección de la información.

Una vez identificados los posibles candidatos, que pudieran participar como informantes en la investigación, se contactaron vía telefónica y se les brindó información clara en torno a los objetivos y propósitos de la investigación, así como también se concertaron los espacios y los momentos claves en los que ellos pudieran tener toda la disposición para participar en la entrevista; además, la selección del escenario fué congruente con las necesidades de privacidad, comodidad y seguridad tanto para el informante como para los entrevistadores.

#### 6.9. ANALISIS DE DATOS

Se recolectaron la experiencia vivida mediante las entrevistas conversacionales, entrevistas que fueron transcritas textualmente, obteniéndose textos ricos en la experiencia vivida. Seguido a esto se hizo lectura y re-lectura de la experiencia transcrita de tal manera que permitió familiarizarse con los relatos. Una vez familiarizados con los datos se procedió a subrayar los aspectos considerados de interés o significativos según lo expresado por las personas participantes en el proceso.

Para poder organizar las unidades de análisis se diseñó un cuadro que permitió organizar los extractos seleccionados, los cuales construirán los temas preliminares derivados del ejercicio investigativo.

En la medida en la que se avanzó en la lectura y re-lectura se buscarón las similitudes, diferencias o contradicciones, finalizada esta etapa, se retorno al inicio para recuperar los temas que iban emergiendo. Según Van Manen, "el término "tema" se refiere a un elemento, ya sea motivo, formula o mecanismo, que aparece frecuentemente en el texto"(40).

Adicionalmente, se busco algo "revelador", algo "significativo", algo "temático" en los diversos relatos experienciales, extrayéndose significados de cada una de las entrevistas. Finalizada la lectura de la primera entrevista se procedió a realizar la segunda, en la cual se hizo el mismo procedimiento y así sucesivamente. Se revisaron los temas que emergieron en cada una de las entrevistas en busca de las interconexiones que aparecieron en ellas, para agruparlos en una tabla, para dar un orden a estos y definir los temas entorno a los cuales giro el análisis.

Cuando se identificaron los temas principales se procedió a realizar la escritura y re-escritura de los textos para "traducir el texto en una narración"(41). Este

proceso se realizó de manera simultánea con el proceso de recolección de la información.

Cabe aclarar que este proceso de análisis de los datos se realizó de forma simultánea con el proceso de recolección de la información.

#### 6.10. CONSIDERACIONES ETICAS

Se recibió aval del comité de ética y bioética de la Facultad de salud de la Universidad Surcolombiana, memorando 002 de febrero de 2019, aprobado en el acta No. 001 (Anexo D).

Las consideraciones éticas fueron parte fundamental en la investigación pues su función principal fue la de proteger la dignidad y el bienestar de los individuos participantes, evitando que fueran expuestos al mínimo posible de riesgos sin que estos afectaran los objetivos de la investigación.

Por lo anteriormente dicho las consideraciones éticas debían tener unos factores que proporcionaran un buen marco para el desarrollo ético de la investigación (42).

Valor: la investigación buscó mejorar la salud o el conocimiento.

Validez científica: la investigación fue metodológicamente sensata, de manera que los participantes de la investigación no perdieran su tiempo con investigaciones que se repetirían.

La selección de seres humanos o sujetos fue justa: los participantes en las investigaciones fueron seleccionados en forma justa, equitativa y sin prejuicios personales o preferencias.

Proporción favorable de riesgo/ beneficio: los riesgos a los participantes de la investigación fueron mínimos y los beneficios potenciales aumentados, los beneficios potenciales para los individuos y los conocimientos ganados para la sociedad sobrepasaron los riesgos.

Consentimiento informado: los individuos fueron informados acerca de la investigación y dar su consentimiento voluntario antes de convertirse en participantes de la investigación.

Respeto para los seres humanos participantes: Se mantuvo protegida la privacidad de los participantes en la investigación, tenían la opción de dejar la investigación y tener un monitoreo de su bienestar.

A si mismo se tuvieron en cuenta los 4 principios de la bioética planteadas en:

Autonomía: Es la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que pueda tomar. Todos los individuos se trataron como seres autónomos y las personas que tenían la autonomía mermada tuvieron derecho a la protección.

Beneficencia: "Hacer el bien", la obligación moral de actuar en beneficio de los demás. Curar el daño y promover el bien o el bienestar. Es un principio de ámbito privado y su no-cumplimiento no está penado legalmente.

No-maleficencia: No producir daño y prevenirlo. Incluye no matar, no provocar dolor ni sufrimiento, no producir incapacidades. No hacer daño. Es un principio de ámbito público y su incumplimiento está penado por la ley.

Justicia: Equidad en la distribución de cargas y beneficios. El criterio para saber si una actuación es o no ética, desde el punto de vista de la justicia, es valorar si la actuación es equitativa. Debe ser posible para todos aquellos que la necesiten. Incluyó el rechazo a la discriminación por cualquier motivo. Es también un principio de carácter público y legislado.

Se tuvo en cuenta que, de darse un conflicto de principios éticos, los de NO-maleficencia y Justicia, estaban por encima de los de Beneficencia y Autonomía, pues el bienestar de las personas participantes en el estudio es superior al objetivo de la investigación.

En nuestro caso, para la fenomenología planteada, no se consideró que existan conflictos éticos entre los investigadores, además se planteó que la única intervención directa sería simplemente una entrevista a profundidad a los pacientes, donde su participación en la investigación fue totalmente voluntaria, no representaba algún riesgo que pusiera la vida y la integridad de los participantes.

Por último, nos remitimos a dos leyes de la legislación colombiana las cuales fueron necesarias a tener en cuenta en la implementación de las consideraciones éticas de esta investigación:

La ley estatutaria reglamentada a fecha por la ley 1751 del 2015, habla de diferentes beneficios, uno de ellos es la proclamación de la salud como

derecho fundamental, lo que significa que no se puede negar a nadie el acceso al servicio de salud y tener derecho a un servicio oportuno. Además, comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud(43).

El consentimiento informado es un concepto que define el proceso de autorización que debe anteceder a cualquier actuación terapéutica en un paciente adulto, consciente y capacitado para auto dirigirse. En Colombia, la primera consagración normativa específica se encuentra en la ley 23 de 1981, conocida como Ley de Ética Médica, en la cual se consagra el principio general de que ningún médico u otro personal de salud intervendrá, ni clínica ni quirúrgicamente a un paciente, sin obtener su previa autorización(44). (Anexos A, B, C)

Además de lo ya expuesto, se contemplaron las normas específicas que para la investigación con seres humanos las señaladas en la Ley 911 de 2004(45) y la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud(46); complementariamente, se tuvieron en cuenta los principios bioéticos de respeto a la dignidad humana, respeto a la privacidad, libertad de expresión y sentimientos, confidencialidad y reciprocidad. En el marco de lo anterior, a los participantes se les dieron a conocer los objetivos y procedimientos a realizar para lo cual cada individuo participante firmó un consentimiento informado. Para el manejo de los datos suministrados por las instituciones ya sea un listado en físico o base de datos en medio magnético, se tuvo en cuenta lo establecido en el Decreto 1377 de 2013 y la Ley 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales en Colombia, y bajo sus lineamientos se tomaron las medidas de protección de la información(47,48).

## 7. RESULTADOS

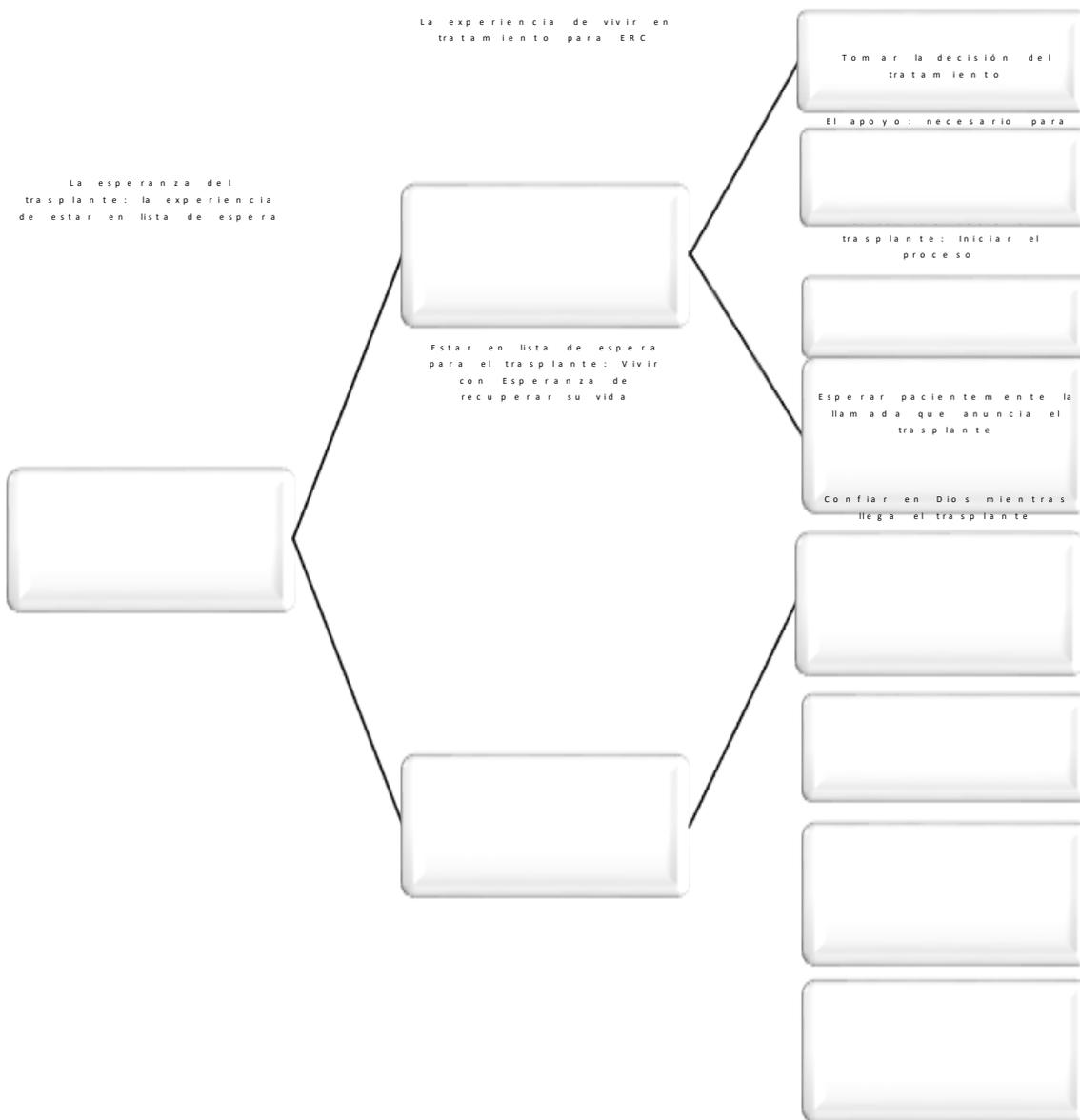
Se entrevistaron cuatro personas con IRC en tratamiento, con edad promedio de 40,5 años, pertenecientes al género masculino, con escolaridad diversa, tres estaban en tratamiento de HD y uno en DP. Dos residentes en la ciudad de Neiva y dos procedentes de otros municipios del departamento del Huila.

Tabla.1. Participantes según su género, edad, educación y tipo de tratamiento.

Seudónimo	Género	Edad	Educación	Tipo de tratamiento
AC	M	71	Primaria	Hemodiálisis
CC	M	21	Universitaria	Diálisis Peritoneal
RC	M	50	Primaria	Hemodiálisis
JP	M	20	Secundaria	Hemodiálisis
Promedio de edad	40,5			
DS	24.6			

Fuente: Resultados de la investigación, fuente propia.

Tabla 2. Resultados Encontrados



Fuente: construcción propia

## 7.1. LA EXPERIENCIA DE VIVIR CON ERC

### VIVIR LA DUREZA DEL TRATAMIENTO :

Las personas durante su tratamiento viven la dureza de la enfermedad y el tratamiento el cual los hace pensar en todos los riesgos que corren en este proceso. Además, tienen la laboriosa tarea de someterse a procedimientos que no siempre son efectivos lo que genera incertidumbre acerca de su situación actual.

La experiencia con el tratamiento es dura, el tratamiento fallido en la diálisis peritoneal, por falla en el catéter o infecciones, los obliga a quedarse en hemodiálisis, impidiéndoles regresar a su casa y llevándolos a adaptarse a su nuevo tratamiento. Sin embargo, la hemodiálisis se experimenta como un procedimiento duro, que se agrava con la edad.

*"Por acá en la barriga, en el estómago, pero pues entonces, esa peritoneal, como que era, entonces pues el mal manejo de eso, tuve una infección y les toco quitármela de ahí, porque casi que me lleva esa infección". (AC)*

*"Me pusieron, el primer día apenas me dijeron me pusieron el catéter acá, y el primer día me hicieron las terapias y como siempre es, pues son dos horitas, ¿no? Y para que, fue siempre duro, esto... no se... siempre me desmayaba al principio porque era más joven, ¿no?" (JP)*

*"En hemodiálisis, la diálisis peritoneal no me sirvió. Me la pusieron 5 veces y no trabajo. Porque era para mandarme para la casa y eso no me sirvió. Y de ahí para acá he estado en diálisis juicioso y trabajando por acá ahí juicioso. También me fui como le contaba a la muchacha me fui de aquí buscando otra ciudad, para hacerme diálisis, no encontré unas diálisis como las que hacen aquí." (RC)*

## LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: UNA COMPAÑERA PARA TODA LA VIDA

Las personas son conscientes de la gravedad de su enfermedad, una enfermedad que los acompañará toda la vida, la cual los lleva a reajustar su cotidianidad produciendo un cambio de su existencia. Describen como la enfermedad los lleva a adaptarse al tratamiento, los medicamentos y las restricciones que les impone la misma. En este mismo sentido, consideran que la familia experimenta la dureza de la enfermedad lo cual los lleva a cuidarse para mantener la estabilidad de sus allegados y minimizar el impacto de la enfermedad en él y su familia.

*“Eh pues en el momento en el que, me, la doctora me dijo que tenía, que problema de riñones, pues en el momento yo pensé que, mmm... pues que tenía cura fácil, ¿sí? O sea, no duraba tiempo y en el momento que yo estaba en el hospital, eh... estaba solo, ¿no? Y pues me dijeron que me tocaba ingresar a diálisis entonces me explicaron más a fondo y ahí fue donde yo prácticamente reaccione, y... ah, ¿pues estaba estudiando todavía no? Yo dije, mis estudios, eh prácticamente pues yo no tengo madre, ¿no? y quede totalmente, ¿sí? Como se dice en blanco, no pensé en nada porque, mm me dijo... pues la psicóloga, me dijo que eso era para toda la vida, ¿no? Entonces yo prácticamente, como se dice, me... fue otro golpe muy duro, ¿no?” (JP)*

*“No ha sido fácil adaptarme a ese... adaptarme a que soy hipertenso también, estar tomando, cuidarme con el alimento de la sal, no ha sido fácil. Además de que si considero que es importante mantenerme controlado puesto que es para el bienestar de mi salud y también el de mi familia, si yo estoy bien mi familia está bien.” (CC)*

*“Qué fue lo que sentí? Realmente lo que sentí fue más angustia, tristeza por parte de mi mamá porque ella fue la que más le dolió que me descubrieran eso, que a mi o sea yo ahí ver a mi mamá cuando lloro pues también me pegó duro y eh también mi abuela pobrecita ella tan pendiente que ha estado de mi cuidándome y darme esa enfermedad, así es la vida.” (CC)*

*"Escuchar que va a ser para toda la vida, que... que un trasplante, que estar al lado de una máquina" (RC)*

#### TOMAR LA DECISIÓN DEL TRATAMIENTO

Las personas con ERC seleccionan el tratamiento basados en las recomendaciones del médico, las necesidades personales, los consejos de la familia. Sienten dudas y temor por el ingreso al tratamiento, pero con el acompañamiento del personal de salud y su familia estas son resueltas, llevándolos al final a tomar la decisión del tratamiento al cual desean ingresar y afrontar este tratamiento del cual depende su vida.

*"No, pues me sentí siempre mal, pero pues viendo que ya no había más oportunidades sino eso, como dijo el médico, entonces tocaba hacérmelo, porque pues..." (AC)*

*"En ese momento pues para serle sincero pensé en la peritoneal, o sea yo no quería estar pegado a una maquina 4 horas, 3 veces por semana, yo prefiero controlar mis tiempos, ver que la peritoneal me permite que es mucho más práctica, o sea al momento de viajar como ya puedo hacerme le procedimiento manual, como yo estoy en peritoneal manual no automatizada, yo puedo pensar en los tiempos en los que me voy a hacer los cambios y así organizar mi horario de estudio y lo que voy a hacer en el día." (CC)*

*"Cuando me dijeron pues, al instante pues yo de una vez llamé a mi papá, de una vez lo llame y le dije que viniera porque el estaba en la casa de paso y llego al hospital y también le explicaron más a fondo y... pero en sí, mi papá también lo tomo con calma, me trato de sí, aconsejar que era lo mejor... Yo no quería ¿no? Entrar a diálisis, siempre lo pensé hasta que se enteró toda mi familia, y sí, lo tomé con calma, después me fueron explicando más, hasta que tomé la decisión que si quería entrar a diálisis..." (JP)*

*"Pues lo que pasa es que ya al ver que yo iba a sufrir mucho ya me decidí quedarme aquí en diálisis ya me... porque la doctora C me dijo... "usted va seguir en diálisis o lo mando para la casa?" Pues como cuando yo me desperté yo ya no sentida nada porque yo quedé así de paralizado que yo no me podía menear y la cabeza y nada..." (JP)*

*"Pues en el momento fue muy duro escuchar la noticia de que tenía que entrar a hemodiálisis, y pues como se dice, pues me toco afrontar, ¿no? El problema y gracias a Dios acá voy..." (JP)*

## EL APOYO: NECESARIO PARA SOPORTAR LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO

Las personas reconocen que el apoyo por parte de la familia y los amigos es de gran importancia para soportar y tolerar la enfermedad y el tratamiento de la mejor manera posible y no decaer en los momentos difíciles, también agradecen que a pesar de ser un proceso arduo han quedado ahí para ser de gran ayuda y compañía.

*"Mi familia, pues mi familia, pues mis amigos lo han tomado de una manera calmada, pues hay otros que se burlan, pero me da igual de eso, pero hay otros que, si lo han tomado y me apoyan, tengo que agradecer esos amigos que han estado ahí a pesar de todo" (CC)*

*"Yo soy el último, son muy apegados a mí ¿no? Eh... más que todo mi padre es el que está más pendiente de mí, para que mis hermanos también, pero... como ya con sus hijos, sí? Pero para que mi familia siempre ha estado, somos muy unidos, ellos al estar acá, siempre uno con quien relacionarse, con quien estar. Al principio estuve con mi padre acá y mi hermano, y cuando me toco quedarme solo, eso es duro, uno dejar un hermano que se vaya o el padre se aleje siempre es difícil y no, y gracias a Dios he tenido la oportunidad de ir donde de ellos, de estarme por ahí unos cinco días, si, y aprovecharlo al máximo con ellos. Igual acá tengo los*

*vecinos y esos son como mi segunda familia... es difícil estar lejos de la familia y más cuando es más lejos, al menos fuera cerca, pues bien, uno dice al menos se queda por ahí un mes, quince días... pero siempre por lo lejos, es difícil también.”*  
(JP)

## 7.2. ESTAR EN LISTA DE ESPERA PARA EL TRASPLANTE: VIVIR CON ESPERANZA DE RECUPERAR SU VIDA

### EL CAMINO HACIA EL TRASPLANTE: INICIAR EL PROCESO

Las personas empiezan el proceso para entrar en lista de espera, pasan por todos los trámites y se realizan la serie de exámenes pertinentes, con la esperanza de ser aceptados y tener la posibilidad de conseguir el trasplante, para poder recuperar su vida, tener un nuevo vivir y salir del encierro de la enfermedad hacia la libertad.

*“Me volvieron a citar pero esta vez fue para junio del 2017, en ese tiempo me volvieron a llamar, volví a sacar los exámenes pero esta vez si pase y me ingresaron en lista inmediatamente y lo que llevo en estos dos años pues de lista de espera ha sido que cada dos tres me llaman para irme a sacar exámenes en un laboratorio que llama M y me están llamando cada año o cada seis meses dependiendo de la urgencia que tengan para realizarme exámenes adicionales que ellos consideren importantes, entonces en eso me la he pasado los últimos dos años.”* (CC)

*“También cuando el tiempo que deje de hacerme los exámenes... como me dijo la doctora AM y la doctora C, no es obligación, si usted quiere es su decisión... y dure 6 meses sin hacerme los exámenes, me quede ahí quieto, con los exámenes... y hasta que dije. n trasplante es lo mejor... volví y hablé con mi familia, ellos también me dieron el apoyo, para que me hagan el trasplante sí.”*  
(JP)

## ENFRENTARSE AL TRASPLANTE: ENTRE EL MIEDO Y LA INCERTIDUMBRE

Las personas que están en lista de espera atraviesan por una serie de sensaciones como incertidumbre por el tiempo que deben esperar por un donante, el miedo a la cirugía, la incertidumbre al rechazo del trasplante, preocupación ante los cambios en la vida después del trasplante, pero sobre todo esperanza y alegría por tener una nueva vida.

*"Yo tiro todo y me voy de una vez, llamo a mi mamá y le digo "mamá me voy para Bogotá que salió un trasplante", así yo esté en una exposición de una tesis, me vale, me voy ... Ya me han operado cuatro veces ... Pero miedo no tengo, siento es curiosidad... intriga, de pronto" (CC)*

*"Uno escucha por ahí... compañeros de que hay gente que no aguanta la cirugía, hay personas que más lo animaban, yo estaba entre si y no... . Si me lo hago pues no se... que es eso... yo nunca sé que es lo que es estar en un hospital, en una cirugía... no sé lo que era un dolor, pues estaba con ese temor... y no me habían explicado bien, decía un riñón como va ser esa cirugía, estuve un tiempo que si... que no... y no quise totalmente y dije no y no, pues ese miedo de ir a quedar bien o quedar mal, y que lo rechace y vuelva otra vez a comenzar ... y me decidí y dije tengo que dejar el miedo a un lado... y seguir con mis exámenes y volví y ahora estoy más que decidido de que me hagan el trasplante." (JP)*

## ESPERAR PACIENTEMENTE LA LLAMADA QUE ANUNCIA EL TRASPLANTE

Las personas perciben el trasplante como la única opción para poder continuar con sus vidas, puesto que la diálisis los limita para poder cumplir sus metas. Por ende, la espera de este implica varias emociones incluyendo la desesperación, ansiedad e impaciencia por no obtenerlo rápidamente, sin embargo, el motor día a día para no decaer es la paciencia y saber que a pesar de que la llegada de su

trasplante demore, el día en que los llamen para decirles que hay un donador mejorara sus vidas.

*"Uno piensa que a los 18 meses le va a salir el riñón, pero no es así, y cuando pasa ese tiempo promedio, uno empieza a desesperarse, ahí es cuando a uno le da la depresión, el aburrimiento... uno se desespera, porque a mí no me sale y a los demás sí... pero toca es tener paciencia, bastante paciencia, aunque los demás se desesperen usted debe aguantar y eso es lo que he estado haciendo,"*  
(CC)

*"Y para que cuando me dijeron me dio alegría de poder tener esperanzas de que a cualquier momento me llamen y me digan que está el donante, sería bonito... uno tiene la esperanza de que le van a hacer el trasplante y poder, sé que uno va a quedar... no queda como antes... pero va a estar uno cerca de la familia, terminar mis estudios. Con tal que esté mi trasplante, me va a cambiar la vida otra vez, va a ser bonito ya estando con un trasplante y poder estar cerca de todos." (JP)*

#### CONFIAR EN DIOS MIENTRAS LLEGA EL TRASPLANTE

Las personas que se encuentran en lista de espera poseen una fuerza en la que confían y depositan su esperanza en conseguir un donante y finalmente poder ser trasplantados, la confianza en Dios y la fortaleza espiritual, les permite soportar las dificultades que se presentan y seguir avanzando mientras llega el trasplante.

*"Ya gracias a Dios pues, también me toco siempre luchar hartito con los exámenes porque son hartos y gracias a Dios, la junta de trasplantes vio mi historia clínica y me acepto como paciente renal y de una vez me ingresaron a la lista de espera. Entonces en el momento ya ingresé hace un mes que estoy en la lista de espera y con la ayuda de Dios esperar que me salga el trasplante, algún donante..." (JP)*

*"Y esa es una pregunta que me hago todas las noches, por así decirlo. ¿De dónde saco la fuerza para poder ir a estudiar el otro día poder hacer lo que hago los demás días? la esperanza , yo creo que esa es la esperanza la que lo mantiene a uno, la fuerza que saca uno mismo, yo no sé, pues no es por irrespetar a los creyentes, pero para mí Dios puede ser un ser imaginario o no lo puede ser, pero por mi parte yo saco de la fuerza y la esperanza, la verraquera, yo he vivido con mi mamá y mis abuelos y ellos me han enseñado que la verraquera como se pueden superar las cosas y yo creo que eso es una enseñanza muy bonita que me han deja ellos para poder superar esto." (CC)*

## 8. DISCUSION

Se entrevistaron cuatro personas, todas pertenecientes al sexo Masculino, con un promedio de edad de 40,5 años. Todos recibiendo terapia dialítica, en hemodiálisis o diálisis peritoneal, en la ciudad de Neiva. Dos de ellos en lista de espera para el trasplante renal, de lo que, según lo esperado, será la oportunidad de volver con sus seres queridos, así como la esperanza de dar continuidad a los sueños y anhelos un evento considerado "bonito", que un día al ser diagnosticados de esta enfermedad vieron perdidos.

El vivir con la enfermedad conlleva a que la persona tenga que adaptarse a nuevos cambios en su cotidianidad, siendo lo más complejo del proceso, empezar a aceptar, asimilar o hacerse a la idea de que su vida a dado un giro y nada será como antes. Sin embargo, la posibilidad de interactuar con personas que se encuentran en condiciones similares, el intercambio de vivencias y anécdotas les da la fortaleza para seguir adelante, encuentran una nueva familia, un nuevo hogar, en la unidad de diálisis, lo cual contribuye a afrontar la adversidad que les impone la enfermedad(49).

El establecer comunicación con personas que han vivido el hecho de estar en terapia dialítica y han recibido trasplante renal, fortalece la percepción del trasplante como una buena opción, lo cual les permite liberarse de una máquina a la que se encuentran conectados durante tres o cuatro horas por dos a tres días por semana(50).

En esta investigación se resalta la importancia del apoyo brindado por la familia, amigos y personas cercanas, estos brindan aliento y consuelo para continuar con su tratamiento, no decaer en momentos difíciles y abandonarla(51), a pesar de la influencia negativa que el tratamiento puede ejercer sobre su familia(52) y de la cual ellos son conscientes.

Las personas enfermas se postulan al trasplante, pero antes deben recorrer un camino acompañado de múltiples exámenes y procedimientos necesarios para determinar si cumplen con los requisitos para ser considerados candidatos al trasplante renal, en este mismo sentido Lawrence et al (2013)(25), describen que las personas en espera del trasplante padecen emociones negativas debido a la pérdida de oportunidades para recibir un órgano, y a la vez son alimentadas por las exigencias de estilo de vida, sin embargo, estos encuentran mecanismos de afrontamiento que les permiten su aceptación. Siguiendo con este análisis, guardan la esperanza de ser trasplantados como una salida o escape al "encierro",

al sentirse confinados en un espacio que les limita la vida, sus actividades cotidianas y la independencia asociada al padecimiento por la enfermedad.

El miedo al trasplante renal se asocia a múltiples factores como procedimiento quirúrgico, el miedo a lo desconocido y a la cercanía a la muerte, además sienten curiosidad e incertidumbre por los eventos que puedan presentarse después del trasplante, el impacto en su vida y los ajustes que deberá realizar para asumir su nueva condición. Pueden continuar con alteraciones en su vida sexual, asociado no solo al procedimiento, sino a los medicamentos o el temor de daño del órgano trasplantado al reiniciar su vida sexual, experimentan ansiedad por el temor rechazo del injerto(53), algunos autores describen como las personas trasplantadas tienen fantasías relacionadas con el adquirir actitudes del donante(53)(13). Sin embargo, la experiencia del trasplante renal produce una sensación de incertidumbre del pronóstico, pero también de esperanza y de fe en encontrar estímulos para vencer los obstáculos(12).

Esperar pacientemente la llamada que anuncia el trasplante coincide con los resultados de estudios que describen como se sienten las personas al entrar en una lista de espera, la combinación de emociones tales como ansiedad, temor y desesperación. La llamada se espera en el tiempo en el que transcurre la vida, pero no es un tiempo cronológico, sino la espera ansiosa, silenciosa que brinda la esperanza de que cosas mejores pueden suceder; esperan que los días pasen lentamente y de manera expectante se mantienen unidos a la esperanza y pendientes del teléfono en el cual recibirán la tan anhelada noticia.

Estar en la lista de espera para el trasplante les limita el estilo de vida, deben cuidarse más para poder estar preparados para recibir el injerto, la ansiedad y el temor ante el hecho de no cumplir con los requisitos y perder la oportunidad de ser trasplantados, sin embargo, no pierden la esperanza de recibir el anuncio del trasplante que los llevará a ser las personas que eran antes que todo esto sucediera o al menos a acercarse a esta vida que ahora solo queda en sus recuerdos y que quisieran volver a revivir(28).

Confían en Dios mientras llega el trasplante, esto es sumamente relevante en la vida de las personas al versen en esta situación, se convierte junto a la familia en un pilar importante, sus creencias religiosas los mantiene con la fé y la esperanza de que todo saldrá a la voluntad de Dios(28). Esta confianza entorno a Dios genera mecanismos los necesarios para enfrentar las adversidades que trae consigo la enfermedad, durante sus tratamientos, la espera del trasplante y el

futuro que les depara después de que sean trasplantados el cual es incierto, pero se refugian en Dios y sus creencias, porque él es su salvación (54).

## 9. CONCLUSIONES

Las decisiones entorno al tratamiento están ligadas a las recomendaciones médicas, consejos familiares y las necesidades de vida que tienen día a día, acompañadas de duda y temor.

La enfermedad renal crónica es una patología que aparece sin esperarse, sin avisar, de una manera abrupta, cambiando por completo las vidas de las personas que la padecen, debido a todos los estragos que ésta causa, tanto físicos, emocionales y sociales, las personas buscan el apoyo de sus familias y amigos, este apoyo es indispensable para continuar con la motivación de seguir adelante, además de que fortalecen su fe y las creencias en un ser supremo, esto los ayuda a afrontar las adversidades que se les presenta día a día.

El camino hacia el trasplante es un proceso que está lleno de miedo e incertidumbre, al tener que llevar un estilo de vida con cuidados y recomendaciones que tal vez no pueden llegar a cumplir, y someterse a la espera de la tan anhelada llamada para recibir por fin el trasplante que les cambiara la vida.

Por último, el trasplante es una esperanza de cambiar su vida, volver a la "normalidad" sabiendo que con el trasplante seguirán siendo enfermos y poder cumplir con todos los sueños que quedaron pendientes antes de enfermarse.

## 10. RECOMENDACIONES

Destacar la importancia del fortalecimiento la línea de cuidado de enfermería en cronicidad y enfermedades crónicas no transmisibles siendo estas patologías de interés de salud pública.

Incentivar la realización de un mayor número de trabajos de investigación que fomenten la importancia de ampliar la perspectiva social sobre la enfermedad renal crónica.

Buscar brindar una perspectiva más humana frente a la dureza del tratamiento de la enfermedad renal crónica, comprendiendo las dificultades de vivir con esta enfermedad que enfrentan diariamente además de entender más a fondo la percepción subjetiva de la patología de las personas que la padecen.

Favorecer la importancia de la implementación de un equipo multidisciplinario en el tratamiento de la enfermedad renal crónica, enfatizando la esencialidad de priorizar la salud mental de las personas de igual nivel de importancia que su salud física.

Desarrollar a futuro en el programa de enfermería métodos más eficientes que permitan a los estudiantes la mejor comprensión de la importancia de la investigación cualitativa como herramienta esencial en el área de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18e | Harrison Medicina | McGraw-Hill Medical [Internet]. [cited 2018 Nov 1]. Available from: <https://harrisonmedicina.mhmedical.com/Content.aspx?bookId=865&sectionId=68949347>
2. Ejecutivo C. Proyecto de Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. 2013;1:144.
3. Erc L, Unidos E. Hoja informativa nacional sobre la enfermedad renal. 2014 [cited 2018 Nov 1];1-4. Available from: [https://www.cdc.gov/kidneydisease/pdf/kidney\\_factsheet\\_spanish\\_508.pdf](https://www.cdc.gov/kidneydisease/pdf/kidney_factsheet_spanish_508.pdf)
4. Mellitus A. Situación de la enfermedad renal crónica, hipertensión arterial y diabetes mellitus en Colombia 2015. Colombia. Cuenta de Alto Costo. 2015;(1):1-142. 2015;
5. Sellares VL. Nefrología al día definiciones y conceptos. :355-68.
6. Macías Heras M, Díaz FC. Diálisis peritoneal: definición, membrana, transporte peritoneal, catéteres, conexiones y soluciones de diálisis. In: Lorenzo V, López-Gómez JM, editors. Nefrología al día. Grupo Editorial Nefrología de la Sociedad Española de Nefrología;
7. Chaparro GR. La presunción de la donación de órganos en Colombia: reflexiones para el debate The presumption of organ donation in Colombia: reflections for the debate A presunção da doação de órgãos na Colômbia: reflexões para a discussão. Rev Latinoam Bioética [Internet]. 2017;17(33):92-106. Available from: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.2178%0Ahttp://orcid.org/0000-0002-6443-0021>
8. Ramírez-Perdomo CA, Solano-Ruiz MC. Social construction of the

- experience of living with chronic kidney disease. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2018;26(0). Available from : [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692018000100342&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100342&lng=en&tlng=en)
9. Mercado-Martínez FJ, Levin-Echeverri R. La atención a la enfermedad renal en Uruguay: la perspectiva de individuos con trasplante renal. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017;33(10). Available from : [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017001005008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001005008&lng=es&tlng=es)
10. Durán Muñoz M et al. Percepción de la calidad de vida referida por el paciente adulto con trasplante renal. *Enfermería Nefrológica* [Internet]. 2014;17(1):45-50. Available from : [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842014000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es%5Cnhttp://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842014000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842014000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es%5Cnhttp://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842014000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
11. Rodríguez, Conejos C, Amaranta A, Díaz F, Mirada C, Esther A, et al. Calidad de vida y trasplante renal en mayores de 65 años. 2009;12(1):26-30.
12. Brandão de Carvalho Lira AL, Cavalcante Guedes MV, Oliveira Lopes MV de. Adolescente renal crónico: alteraciones físicas, sociales y emocionales pos-trasplante. *Rev la Soc Española Enfermería Nefrológica* [Internet]. 2005 [cited 2018 Nov 1];8(4):260-4. Available from : <http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v8n4/art02.pdf>
13. Hanson C, Chadban S, Chapman J, Craig J, Wong G, Ralph A, et al. The expectations and attitudes of patients with chronic kidney disease toward living kidney donor transplantation: A thematic synthesis of qualitative

- studies. *Transplantation* [Internet]. 2015 Mar [cited 2018 Nov 1];99(3):540–54. Available from : <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00007890-201503000-00017>
14. Bailey P, Ben-Shlomo Y, de Salis I, Tomson C, Owen-Smith A. Better the donor you know? A qualitative study of renal patients' views on "altruistic" live-donor kidney transplantation. *Soc Sci Med* [Internet]. 2016 Feb [cited 2018 Nov 1];150:104–11. Available from : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26745864>
15. Cabrera S. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica . Prevalencia . de riesgo de enfermedad renal crónica. 2016;27–34.
16. Carrillo A, Rincón M, Ortiz L. Adherencia del paciente a la diálisis peritoneal. *Repert Med y Cirugía*. 2014;23(2):112–20.
17. Felipe C, Plaza F. Trasplante renal de vivo: una opción terapéutica real | *Nefrología* [Internet]. [cited 2018 Nov 17]. Available from : <http://www.elsevier.es/es-revista-nefrologia-100-articulo-trasplante-renal-vivo-una-opcion-X021169950001221X?referer=coleccion>
18. Registro Español de Enfermos Renales. Informe de Diálisis y Trasplante 2016 (REER). 2017;4–8. Available from : [http://www.ont.es/infsp/Registros/REGISTRO RENAL ONT-SEN-REER 2015.pdf](http://www.ont.es/infsp/Registros/REGISTRO%20RENAL%20ONT-SEN-REER%202015.pdf)
19. Chaparro G. La presunción de la donación de órganos en Colombia: reflexiones para el debate. *Rev Latinoam Bioética*. 2017;
20. Port F, Wolfe R, Mauger E, Berling D, Jiang K. Comparison of survival probabilities for dialysis patients vs cadaveric renal transplant recipients. *JAMA* [Internet]. 1993 Sep 15 [cited 2018 Nov 17];270(11):1339–43.

Available from : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8360969>

21. Álvarez M , Chocarro L , Velarde J , & Palacios D . La experiencia de ser portador de un catéter venoso central para hemodiálisis: Estudio cualitativo. *Enfermería Nefrológica* [Internet]. 2018;21(2):146–54. Available from : <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=130920964&site=eds-live>
22. Jha V , Garcia-Garcia G , Iseki K , Li Z , Naicker S , Plattner B , et al. Chronic kidney disease: Global dimension and perspectives. *Lancet* [Internet]. 2013;382(9888):260–72. Available from : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60687-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60687-X)
23. Alvarez M , Garcia B , Miranda F , Arias M . Encuesta de opinion sobre la donacion de vivo renal. 2005;25:57–61.
24. Abadie A , Gay S . The impact of presumed consent legislation on cadaveric organ donation: A cross-country study. *J Health Econ* [Internet]. 2006 Jul [cited 2018 Nov 17];25(4):599–620. Available from : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16490267>
25. Lawrence C , Sharma S , Da Silva-Gane M , Fletcher BC , Farrington K . Exploring the views of patients not on the transplant waiting list: A qualitative study. *J Ren Care*. 2013;39(2):118–24.
26. Annema C , Op Den Dries S , Van Den Berg A , Ranchor A , Porte R . Opinions of dutch liver transplant recipients on anonymity of organ donation and direct contact with the donors family. *Transplantation*. 2015;99(4):879–84.
27. Davis S , Grogan T , Cox J , Weng F . Inter- and Intrapersonal Barriers to Living Donor Kidney Transplant among Black Recipients and Donors. *J Racial Ethn Heal Disparities* [Internet]. 2017;4(4):671–9. Available from : <http://dx.doi.org/10.1007/s40615-016-0270-8>

28. Chong H, Kim H, Kim S, Lee S. Waiting for a kidney transplant: The experience of patients with end-stage renal disease in South Korea. *J Clin Nurs*. 2016;25(7-8):930-9.
29. Hernández-arteaga I. Investigación cualitativa: una metodología en marcha sobre el hecho social 1. *Rastros rostros* [Internet]. 2012;57-68. Available from : <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/ra/article/view/444>
30. Hegel G. *Fenomenología del espíritu* [Internet]. 1978 [cited 2018 Nov 1]. Available from : <http://ulima.summon.serialssolutions.com/2.0.0/link/0/eLvHCXMwY2AQntIz0EURE0A naoSaRrkahYabeTAXwEauoUMU-XqIOZm5kKnbgIT0njuwIEpF6r3Dr6qGLKE0BaZCM-hpvvA1Xq5Owa5BYa5BwKLZ0MAYtNlvOEwPdHA1yBqk-sNNkIEFtKdAilEptViYgSsAdn1ApQiDHDCZgA5BAJdBZxoTFVJS cxRA099nGoHd9IJB>
31. Trejo F. Phenomenology as a research method: an option for the nurse. *Enfermería Neurológica*. 2012;11(2):98-101.
32. Soler P, Enrique A. Reflexión sobre el rigor científico en la investigación cualitativa. *Estud Sobre el Mensaje Periodis*. 2012;18(SPEC. NOVEMBER):879-88.
33. Lincoln Y, Guba E. Naturalistic Inquiry. In: *The Blackwell Encyclopedia of Sociology* [Internet]. Beverly Hills, CA: Sage Publications; 2007 [cited 2018 Nov 23]. p. 416. Available from : <http://doi.wiley.com/10.1002/9781405165518.wbeosn006>
34. Noble H, Smith J. Issues of validity and reliability in qualitative research [Internet]. Vol. 18, *Evidence-Based Nursing*. 2015 [cited 2018 Nov 23]. p. 34-5. Available from : [https://pure.qub.ac.uk/portal/files/18568873/EBN\\_validity\\_reliability\\_Dec14\\_fi](https://pure.qub.ac.uk/portal/files/18568873/EBN_validity_reliability_Dec14_fi)

nal\_pre\_submission\_1\_.pdf

35. Torres M, Paz K, Boletín F. Métodos de recolección de datos para una investigación. academia.edu [Internet]. [cited 2018 Nov 23]; Available from : <http://www.uma.edu.ve/audiencia/wordpress/metodos-de-recoleccion-de-datos-en-una-investigacion-cualitativa/>
36. Campoy T, Gomes E. Tecnicas e instrumentos cualitativos de recogida de datos. Hydrobiologia [Internet]. 1974 [cited 2018 Nov 23];45(1):iii-iii. Available from : [http://www2.unifap.br/gtea/wp-content/uploads/2011/10/T\\_cnicas-e-instrumentos-cualitativos-de-recogida-de-datos1.pdf](http://www2.unifap.br/gtea/wp-content/uploads/2011/10/T_cnicas-e-instrumentos-cualitativos-de-recogida-de-datos1.pdf)
37. Cuidado de la Salud | Renal | Diálisis - Fresenius Medical Care [Internet]. [cited 2018 Nov 24]. Available from : <https://www.freseniusmedicalcare.com.co/es-co/inicio/>
38. NephroCare - Quiénes somos [Internet]. [cited 2018 Nov 24]. Available from : <https://www.nephrocare.com.ar/quienes-somos.html>
39. Hamme M, Atkinson P, Paidós E. Etnografía Métodos de Investigación [Internet]. [cited 2018 Nov 17]. Available from : <https://asodea.files.wordpress.com/2009/09/etnografia-metodos-de-investigacion-martyn-hamme-paul-at.pdf>
40. Baxter R, Hastings N, Law A, Glass E. Phenomenology of practice: meaning-giving methods in phenomenological research and writing. Vol. 39, Animal Genetics. 2008. 561-563 p.
41. Van Manen M. Investigación educativa y experiencia vivida. idea books. 2003;219.
42. Avila M. Aspectos éticos de la investigación cualitativa. Iberoam Educ. 2002;29:20.

43. Congreso de Colombia. Ley número 1751 de 2015. 2015;1–13. Available from : [http://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley\\_1751\\_de\\_2015.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley_1751_de_2015.pdf)
44. Congreso de Colombia. Reglamentacion Ley 23 de 1981. 1981;1981(35).
45. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004 [Internet]. 2004 [cited 2019 Feb 16]. Available from : [https://www.mineducacion.gov.co/1759/articulos-105034\\_archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1759/articulos-105034_archivo_pdf.pdf)
46. De Salud M. Resolucion Numero 8430 de 1993 [Internet]. Bogota DC; 1992 [cited 2019 Feb 16]. Available from : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
47. Ministerio de Comercio I y T. Decreto Numero 1377 de 2013 [Internet]. Bogota DC; 2013 [cited 2019 Feb 16]. Available from : [http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2013/Documents/JUNIO/27/DECRETO\\_1377\\_DEL\\_27\\_DE\\_JUNIO\\_DE\\_2013.pdf](http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2013/Documents/JUNIO/27/DECRETO_1377_DEL_27_DE_JUNIO_DE_2013.pdf)
48. Congreso de Colombia. Ley Estatutaria 1581 de 2012 [Internet]. Bogota DC; 2012 [cited 2019 Feb 16]. Available from : [https://www.sisben.gov.co/Documents/Información/Leyes/LEY\\_TRATAMIENTO\\_DE\\_DATOS\\_-\\_LEY\\_1581\\_DE\\_2012.pdf](https://www.sisben.gov.co/Documents/Información/Leyes/LEY_TRATAMIENTO_DE_DATOS_-_LEY_1581_DE_2012.pdf)
49. Guerra-guerrero V. Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica : relación con. *Latino-Am Enferm*. 2012;20(5):10.
50. Renjel Claros F. Trasplante Renal: una mejor alternativa para los nefrótas crónicos. *Rev Científica Cienc Médica*. 2010;13(1):25–30.
51. Nagpal N, Boutin-Foster C, Melendez J, Kubiszeswki P, Uehara K, Offidani E, et al. Experiences of patients undergoing dialysis who are from ethnic and racial minorities. *J Ren Care*. 2017;43(1):29–36.

52. Sciberras A, Scerri J. Facilitators and barriers to treatment with haemodialysis among persons in mid-adulthood: an interpretative phenomenological analysis. *Scand J Caring Sci.* 2017;31(4):695–701.
53. Gregorio PS, Ángeles M, Martín A, Rodríguez G. Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *Clin Heal Psychol.* 2015;5(1):99–114.
54. Sheikhalipour Z, Zamanzadeh V, Borimnejad L, Valizadeh L, Newton S, Shahbazi M, et al. The Effects of Religious and Cultural Beliefs on Muslim Transplant Candidates During the Pretransplant Waiting Period. *Res Theory Nurs Pract* [Internet]. 2018;32(1):82–95. Available from : <http://connect.springerpub.com/lookup/doi/10.1891/1541-6577.32.1.82>

# **A N E X O S**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

SIGNIFICADO DEL TRASPLANTE RENAL ASUMIDO POR PERSONAS CON  
ERC EN TRATAMIENTO DIALITICO EN NEIVA

Nos encontramos realizando una investigación, denominada "significado del trasplante renal asumido por personas con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento dialítico en Neiva", la misma cuenta con la autorización del comité de ética de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana, esta se realiza en el Municipio de Neiva, en la Unidad renal de Fresenius; se busca mejorar el cuidado brindado a las personas con Enfermedad Renal Crónica, de modo que se tenga en cuenta su contexto, se reconozca su individualidad y permita, comprender lo que para usted significa el trasplante renal. Cómo la ha vivido y cuáles son los cambios que ha tenido que enfrentar y cómo ha hecho para realizar estos cambios.

De acuerdo a todo lo anterior, me dirijo a usted para solicitar su participación libre y espontánea, que permita obtener información a partir de su experiencia y que contribuya a mejorar la calidad del cuidado de Enfermería.

Esta investigación tiene como objetivo: identificar el significado del trasplante renal asumido por las personas con ERC en tratamiento dialítico en Neiva.

Como objetivos específicos se proponen:

Reconstituir el proceso de toma de decisiones entorno al tratamiento para la Enfermedad Renal Crónica.

Describir la experiencia del tratamiento dialítico para las personas con Enfermedad Renal Crónica.

Construir el significado el trasplante renal para las personas con Enfermedad Renal Crónica.

El beneficio está orientado al desarrollo de alternativas de cuidado con un enfoque humanista, que contribuya a la adaptación a las nuevas condiciones de vida generadas por la cronicidad e impacto múltiple de la enfermedad y la adherencia al tratamiento. Se considera que la investigación no comporta riesgo, por lo cual está clasificada según la resolución 8430 de 1993 como sin riesgo.

Para obtener información primaria se realizarán entrevistas a los pacientes incluidos en la muestra. Las entrevistas serán grabadas, con la posibilidad de poder solicitar la suspensión de la grabación o de eximirse de continuar la entrevista en cualquier momento a voluntad de la persona entrevistada. Participar en la investigación no genera ningún tipo de remuneración económica o contraprestación.

Se velará en todo momento por el respeto a sus derechos como paciente que sean entrevistadas en el marco de esta investigación. Se resguardará así mismo, la integridad, intimidad y confidencialidad de la información. En el procesamiento de los datos obtenidos a cada persona participante en la investigación se le asignará un código omitiendo su nombre de modo que se mantenga anónima su identidad.

Los resultados de la investigación presentarán los datos con integridad y exactitud. Una vez transcrita la información obtenida, se le entregará para que sea revisada por usted, esta podrá ser modificada, ampliada o eliminada de acuerdo a su aceptación o rechazo de la misma. Al finalizar la investigación, usted recibirá la información sobre los resultados de la misma. Al publicar los resultados de la investigación se mantendrá la confidencialidad en la identidad de quienes aportaron información.

Antes de iniciar la investigación se responderán todas las dudas, inquietudes y preguntas que tenga, una vez aclaradas las dudas, se procederá a firmar el consentimiento informado.

En caso de requerir aclaraciones o hacer observaciones se puede comunicar con Nathalie Balanta Muñoz, al teléfono celular 3143746260.

El precedente consentimiento informado, si usted está de acuerdo libre y voluntariamente, se firmará en presencia de dos testigos el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_, año \_\_\_\_\_:

-----

Persona participante en la investigación

-----

Firma del testigo número uno

-----

Firma del testigo número dos

-----

Investigadora

Anexo B: Formato de Disentimiento Informado

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

SIGNIFICADO DEL TRASPLANTE RENAL ASUMIDO POR PERSONAS CON  
ERC EN TRATAMIENTO DIALITICO EN NEIVA

Objetivo: Identificar el significado del trasplante renal asumido por las personas con ERC en tratamiento dialítico en Neiva.

Instrucciones: lea cuidadosamente el formato de disentimiento informado y diligencie todos los datos solicitados. Si tiene alguna inquietud con respecto al estudio acuda a los investigadores principales, para que estas sean despejadas antes de diligenciar este formato.

Nombre del investigador:

-----  
-----

Fase en la que va el desarrollo del estudio:

-----  
-----

DISENTIMIENTO INFORMADO

Yo (Nombre de la persona que desiste de participar en el estudio) identificado con cedula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de la ciudad de \_\_\_\_\_ he participado voluntariamente en el estudio en mención hasta el día de hoy (día / mes / año), donde haciendo uso de mi derecho de retirarme voluntariamente en cualquier fase del desarrollo del estudio, sin que esto ocasione ningún tipo de represalia contra mí, decido a partir de este momento no participar más en esta investigación, siendo expuestos mis motivos de desistimiento a continuación:

-----  
Como constancia del desistimiento en la participación de este estudio firman a continuación:

-----  
FIRMA DE QUIEN DESISTE EN LA PARTICIPACION DE ESTUDIO

C C . - - - - -

---

FIRMA DEL INVESTIGADOR

C C . - - - - -

Anexo C: Formato De Acuerdo de Confidencialidad

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

SIGNIFICADO DEL TRASPLANTE RENAL ASUMIDO POR PERSONAS CON  
ERC EN TRATAMIENTO DIALITICO EN NEIVA

Neiva, \_\_\_\_\_ de 2018

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con  
C.C. \_\_\_\_\_ y en calidad de \_\_\_\_\_  
del proyecto "significado del trasplante renal asumido por personas con ERC en  
tratamiento dialítico en Neiva" presentado como trabajo de grado para el pregrado  
de Enfermería manifiesto que:

Entiendo que información confidencial es toda aquella, ya sea técnica, financiera,  
comercial o de cualquier otro carácter que sea suministrada o revelada por  
cualquiera de las partes en el marco del acta de entendimiento en mención, por  
medios escritos, orales o de otra forma y relacionada con el proyecto.

Que me comprometo a restringir el acceso a la información confidencial sólo a  
aquellas personas vinculadas al proyecto en calidad de investigadores o auxiliares  
de investigación y que tengan necesidad de conocerla para el desarrollo del  
proyecto; y por lo tanto a mantener en la más estricta confidencialidad y no revelar  
a otras personas físicas o jurídicas cualquier información confidencial, en cualquier  
formato ni con otros fines distintos al proyecto.

Que, para el intercambio de información confidencial, se llevará a cabo de manera  
documentada y con firma de recibo por la parte receptora. Una vez se le haya  
entregado, será responsabilidad de la parte receptora el correcto tratamiento de la  
información recibida para preservar su carácter confidencial.

Que la confidencialidad se mantendrá permanentemente desde la recepción de la  
información.

Que la información será almacenada en una base de datos manejada por los  
investigadores a la cual no tendrán acceso personas ajenas a la investigación, se  
colocará un código a cada uno de los participantes con el fin de ser identificados  
mediante este método por los investigadores.

Firma: \_\_\_\_\_

Documento de Identificación: \_\_\_\_\_

APROBACION COMITE DE ETICA FACULTAD DE SALUD

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

SIGNIFICADO DEL TRASPLANTE RENAL ASUMIDO POR PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO DIALITICO EN NEIVA

  
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
NIT: 891180084-2



**MEMORANDO No.002**

2-1-04  
Neiva, 21 de febrero de 2019

**PARA:** NATHALIE BALANTA MUÑOZ  
INGRID LORENA BECERRA AGUIRRE  
JOHAN SEBASTIÁN CERQUERA  
EDNA LUCIA CHILATRA  
NUBIA CONSTANZA GRANADOS  
DAVID ALEJANDRO SERRANO FLOREZ  
Estudiantes Programa de Enfermería, Facultad de Salud - USCO.

**DE:** COMITÉ DE ÉTICA  
MARTHA ROCÍO VEGA VEGA, Coordinadora.

**ASUNTO:** Viabilidad Ética.

Cordial saludo.

El Comité de Ética, mediante sesión virtual del 21 de febrero del año en curso y según consta en Acta No.001, de la misma fecha, consideró viable desde el punto de vista ético el proyecto "SIGNIFICADO DEL TRASPLANTE RENAL ASUMIDO POR PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DIALÍTICO EN NEIVA"

Atentamente,



**MARTHA ROCÍO VEGA VEGA**  
Coordinadora Comité de Ética.

Sede Central - AV. Pastrana Borrero Cra. 7a.  
PBX: (57) (8) 875 4753 FAX: (8) 875 8890 - (8) 875 9124  
Edificio Administrativo - Cra. 5 No. 23-40  
PBX: (57) (8) 8753686 - Línea Gratuita Nacional: 018000 968722  
Vigilada Mineducación  
[www.usco.edu.co](http://www.usco.edu.co)  
Neiva, Huila

*Gestión, Participación y Resultados*