



Teresa del Pilar Granados-Beltrán*
Lucía Sánchez-Rangel**
Andrea García-López***
Santiago Cabas****
Fernando Giron-Luque*****



Revista
Hacia la promoción
de la SALUD

ISSN: 0121-7577 e-ISSN: 2462-8425



Adherencia y dinámica familiar en el postrasplante renal: evidencia desde un estudio cualitativo en Colombia

Recibido en noviembre 4 de 2025, aceptado en mayo 21 de 2026

Citar este artículo así

Granado-Beltrán TP, Sánchez-Rangel L, García-López A, Cabas S, Giron-Luque F. Adherencia y dinámica familiar en el postrasplante renal: evidencia desde un estudio cualitativo en Colombia. *Hacia Promoc. Salud.* 2026; 31(3): 9-24. DOI: 10.17151/hpsal.2026.31.3.2

Resumen

Objetivo: identificar estrategias para optimizar la adherencia al tratamiento postrasplante renal, considerando la influencia de las dinámicas familiares. **Materiales y métodos:** estudio cualitativo descriptivo de tipo colectivo, realizado con 10 pacientes renales trasplantados, de 41 a 60 años, y sus cuidadores, atendidos en Colombiana de Trasplantes. La recolección de datos se efectuó mediante entrevistas semiestructuradas individuales, analizadas temáticamente con codificación manual. **Resultados:** se observaron cambios relevantes en la dinámica familiar, principalmente en los roles, con ajustes en la rutina y reasignación de funciones. Se resaltó la participación clave del equipo médico y de apoyo. En el componente afectivo, la percepción se manifestó a través de acciones concretas de los cuidadores, destacando la comunicación familiar como factor positivo. En cuanto a la adherencia terapéutica, la educación brindada por enfermería y el equipo médico fue esencial, mientras que la familia se consolidó como principal red de apoyo, fortaleciendo vínculos y favoreciendo la adherencia. **Conclusiones:** el estudio permitió identificar estrategias familiares y educativas que, de implementarse, podrían fortalecer la adherencia terapéutica y optimizar los resultados a largo plazo del trasplante renal, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

*Trabajadora Social. Trabajadora Social, Colombiana de Trasplantes. Bogotá D. C., Colombia.

Correo electrónico: tgranados@colombianadetransplantes.com. orcid.org/0009-0000-9444-1146.

**Interna, Universidad del Rosario. Bogotá D. C., Colombia. Correo electrónico: lucia.sanchezr@urosario.edu.co.

orcid.org/0009-0000-6229-0275.

*** Doctor en Epidemiología. Epidemiólogo, Colombiana de Trasplantes. Bogotá D. C., Colombia.

Correo electrónico: aegarcia@colombianadetransplantes.com. orcid.org/0000-0002-3940-1413.

**** Colombiana de Trasplantes. Bogotá D. C., Colombia. Correo electrónico: scabas@colombianadetransplantes.com.

orcid.org/0009-0002-1437-3978.

***** Cirujano. Director Científico, Colombiana de Trasplantes. Bogotá D. C., Colombia. Correo electrónico: fgiron@colombianadetransplantes.com.

orcid.org/0000-0001-6307-0848.

Palabras clave

Adherencia terapéutica, cuidadores, relaciones familiares, sistemas de apoyo psicosocial, trasplante de riñón (Fuente: *DeCS*).

Adherence and Family Dynamics in the Post-Kidney Transplant Period: Evidence from a Qualitative Study in Colombia

Abstract

Objective: To identify strategies for optimizing adherence to post-kidney-transplant treatment, considering the influence of family dynamics. **Materials and Methods:** A descriptive, qualitative, group-based study conducted with 10 kidney transplant recipients, aged 41 to 60, and their caregivers, treated at Colombiana de Trasplantes. Data were collected through individual semistructured interviews and analyzed thematically using manual coding. **Results:** Significant changes were observed in family dynamics, primarily in roles, with adjustments to daily routines and the reassignment of responsibilities. The key role of the medical and support team was highlighted. On the emotional front, perceptions were reflected in specific actions taken by caregivers, with family communication emerging as a positive factor. Regarding treatment adherence, the education provided by the nursing and medical teams was essential, while the family emerged as the primary support network, strengthening bonds and promoting adherence. **Conclusions:** The study identified family and educational strategies that, if implemented, could strengthen treatment adherence and optimize long-term outcomes of kidney transplantation, thereby improving patients' quality of life.

Keywords

Treatment adherence, caregivers, family relationships, psychosocial support systems, kidney transplantation (Source: *DeCS*).

Adesão e dinâmica familiar no pós-transplante renal: evidências de um estudo qualitativo na Colômbia

Resumo

Objetivo: identificar estratégias para otimizar a adesão ao tratamento pós-transplante renal, considerando a influência das dinâmicas familiares. **Materiais e métodos:** estudo qualitativo descritivo de caráter coletivo, realizado com 10 doentes renais transplantados, com idades compreendidas entre os 41 e os 60 anos, e os seus cuidadores, atendidos na Colombiana de Trasplantes. A recolha de dados foi efetuada por meio de entrevistas semiestruturadas individuais, analisadas tematicamente com codificação manual. **Resultados:** observaram-se mudanças relevantes na dinâmica familiar, principalmente nos papéis, com ajustes na rotina e reatribuição de funções. Destacou-se a participação fundamental da equipa médica e de apoio. No componente afetivo, a percepção manifestou-se através de ações concretas dos cuidadores, destacando-se a comunicação familiar como fator positivo. No que diz respeito à adesão terapêutica, a educação prestada pela equipa de enfermagem e pela equipa médica foi essencial, enquanto a família se consolidou como a principal rede de apoio, fortalecendo os laços e favorecendo a adesão. **Conclusões:** o estudo permitiu identificar estratégias familiares e educativas que, se implementadas, poderiam reforçar a adesão terapêutica e otimizar os resultados a longo prazo do transplante renal, melhorando a qualidade de vida dos doentes.

Palavras-chave

Adesão terapêutica, cuidadores, relações familiares, sistemas de apoio psicossocial, transplante renal (Fonte: *DeCS*).

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) representa una problemática de salud pública a nivel mundial, debido a su alta prevalencia, su impacto en la mortalidad y sus implicaciones clínicas, sociales y económicas. Se estima que alrededor del 10 y el 14 % de la población mundial padece de alguna forma de esta enfermedad y que, si no se trata oportunamente, puede tener desenlaces fatales (1). Para 2023, se registraron aproximadamente 788 millones de casos de ERC en todas sus etapas. La mayoría de las personas tienen la ERC en estadios 1, 2 y 3, con una prevalencia combinada del 13.9 % (2). En Colombia, esta situación también constituye un reto relevante para el sistema de salud, lo que resalta la importancia de fortalecer las estrategias de prevención, diagnóstico oportuno y manejo integral de la enfermedad (3).

En los estadios 4 y 5 de la ERC, el trasplante renal se ha consolidado como la alternativa terapéutica que ofrece mejores resultados en términos de sobrevida y calidad de vida a largo plazo (4). Estos avances han sido posibles gracias a la evolución en los regímenes de inmunosupresión, técnica quirúrgica y prevención de infecciones (5). Actualmente, se estima que la mediana de sobrevida postrasplante es de aproximadamente 11 años para receptores de donante cadavérico y hasta 19 años para aquellos con donante vivo (6). No obstante, persiste el reto de identificar nuevas estrategias que permitan optimizar estos resultados más allá del abordaje clínico convencional.

En este contexto, los factores psicosociales y la dinámica familiar, entendida como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia, han cobrado relevancia como elementos determinantes en la evolución postrasplante. Las interacciones familiares, definidas por patrones de relación, jerarquías y roles, configuran un entorno que puede influir significativamente en el proceso de recuperación (7). Diversos estudios han evidenciado que las redes de apoyo, especialmente las familiares, no solo brindan acompañamiento emocional, sino que también participan activamente en el seguimiento del tratamiento, la asistencia a controles médicos y la toma de decisiones cotidianas relacionadas con el cuidado del injerto (8). De esta manera, estas interacciones contribuyen a atender las necesidades del paciente, resolver conflictos de forma oportuna y favorecer su recuperación integral.

En el trasplante renal existe una serie de cuidados estrictos que deben tenerse con la persona trasplantada en esta etapa, lo que a su vez puede ocasionar la

pérdida de su autonomía, de su independencia, de su privacidad, lo que afecta de manera importante la vida de esta población, convirtiendo el cuidado y el apoyo en un reto para el individuo, su familia y el personal de salud; en esta etapa también se requerirá de la integralidad y multidisciplinariedad del proceso, para que todo este equipo avance.

Estas dinámicas se relacionan estrechamente con la adherencia terapéutica, un factor reconocido como fundamental para el éxito a largo plazo del trasplante (9). La adherencia terapéutica, entendida como el grado en que el comportamiento de una persona coincide con las recomendaciones acordadas con un profesional sanitario (10), es un fenómeno multifactorial y se ve influida por el rol del cuidador (9), la calidad del vínculo afectivo y la implementación de estrategias de apoyo familiar (11). Por tanto, explorar la dinámica familiar del paciente trasplantado resulta esencial para comprender de manera más integral los determinantes del éxito terapéutico (12).

Para este estudio es importante comprender la dinámica familiar desde una perspectiva sistémica, en la cual la familia no se entiende únicamente como un conjunto de personas que conviven o mantienen vínculos de parentesco, sino como una estructura organizada por relaciones, roles, normas, formas de comunicación y expresiones afectivas que orientan la manera en que sus integrantes interactúan entre sí.

Dada la limitada evidencia en estudios previos que aborden específicamente la relación entre dinámica familiar y adherencia terapéutica en el contexto del trasplante renal, este estudio se propone llenar ese vacío. Basado en la importancia de las redes de apoyo en el ámbito sanitario y social, este estudio busca comprender y analizar cómo las dinámicas familiares influyen en la adherencia al tratamiento postrasplante en un grupo de 10 pacientes renales y sus cuidadores, atendidos en la Colombiana de Trasplantes, una institución especializada en trasplante de órganos y cuidado integral del paciente renal.

Materiales y métodos

Diseño del estudio y participantes

Se realizó un estudio de caso de tipo cualitativo colectivo, el cual, de acuerdo con Paparini et al. (13), es una metodología de análisis grupal, cuyo aspecto cualitativo permite extraer conclusiones de fenómenos reales, de investigación, desarrollo de la personalidad humana o de cualquier otra realidad individualizada y única; por su parte, y de acuerdo con Cleland et

al. (14), esta metodología brinda la oportunidad de estudiar a profundidad una parte de cierto problema con un tiempo que generalmente es limitado.

Este tipo de estudios se utilizan en medicina, salud pública, trabajo social y psicología, donde se analizan casos clínicos para observar las características de un paciente, su evolución, su percepción de la enfermedad, sus reacciones emocionales ante el trastorno que padece, el impacto de la enfermedad sobre su existencia, su vida familiar, el efecto de un tratamiento (15,16). Por otra parte, Lindström et al. (17) resalta los estudios colectivos como análisis simultáneo de varios casos con flexibilidad metodológica para hacer interpretación de un tema o pregunta.

El objetivo de este estudio fue explorar la dinámica familiar y la adherencia terapéutica desde la experiencia de la población trasplantada renal y las personas cuidadoras. Se incluyeron diez personas trasplantadas, adultos que recibieron un trasplante renal de donante cadavérico entre enero y junio de 2023 en la IPS Colombiana de Trasplantes, con edades entre 41 y 60 años y una red de apoyo familiar activa. La población trasplantada participó junto con la persona que obró como cuidador principal. Esta muestra que se utilizó alcanzó la saturación teórica o de información, ya que no se contaba con más pacientes que cumplieran con los requisitos para participar en ella (donante cadavérico, rango de edad).

El método se seleccionó con el fin de entender un fenómeno dentro de su contexto real y de esta manera lograr profundizar en esta situación compleja que contiene múltiples variables de interés, con el fin de comprender a profundidad la dinámica familiar y adherencia terapéutica en la población trasplantada, explorando las experiencias subjetivas de estos y de las personas cuidadoras, construyendo un conocimiento colaborativo y logrando así realizar una conexión entre la teoría y la investigación. En cuanto a exponentes se utilizó lo descrito por Green y Paparini, quienes justificaron que los estudios de caso son un modelo de investigación útil para recolectar información en contextos reales, que pueden llegar a generar cambios en la práctica (13,18).

Los criterios de exclusión para la población trasplantada incluyeron la pérdida del injerto en el primer semestre de 2023, el cambio a una entidad aseguradora sin convenio con la institución, y el rechazo a participar. En el caso de las personas cuidadoras, se excluyeron aquellas que no aceptaron la invitación, manifestaron limitaciones para asumir el rol de cuidador(a) o no presentaron una respuesta emocional mínima

frente a las demandas del postrasplante (se aclara que esta respuesta emocional mínima se evidenció cuando la persona parecía indiferente o presentaba poca expresividad facial frente a situaciones que normalmente provocarían emociones fuertes).

Se utilizó un muestreo intencional homogéneo, en el que se seleccionaron deliberadamente individuos que compartían las mismas características, antecedentes o experiencias muy similares (trasplante renal con donante cadavérico, en un rango de edad y con red de apoyo activa).

Técnicas e instrumentos de recolección

La información se recolectó mediante entrevistas semiestructuradas individuales, realizadas entre marzo y abril de 2024 en el domicilio o consultorio, según la preferencia del participante. Se aplicaron dos guías diferenciadas (material suplementario), una para población trasplantada y otra para las personas cuidadoras, estructuradas en dos categorías principales (dinámica familiar y adherencia terapéutica) y cinco subcategorías: roles, afectividad, comunicación, comportamientos y redes de apoyo.

El proceso de revisión por expertos se realizó en dos etapas. Primero, se aplicó una prueba piloto con un binomio población trasplantada-personas cuidadoras para evaluar comprensión y pertinencia de las preguntas. Luego, tres expertos revisaron el contenido temático de ambas guías, y sus sugerencias fueron incorporadas. La duración de las entrevistas fue de aproximadamente 40 a 60 minutos para trasplantados y de 30 a 45 minutos para las personas cuidadoras.

Este estudio utilizó análisis por categorías que permitieron rescatar la temática, ideas y sentires de los participantes (población trasplantada y personas cuidadoras) que se encuentran presentes en sus narrativas. A su vez, permitieron dar cuenta del problema que se investigó y validadas en el texto a través de frases y citas de autores y de la misma muestra.

Procedimiento y análisis

Antes de iniciar la recolección, se verificaron los criterios de inclusión, se obtuvo el consentimiento informado y se aplicó un cuestionario sociodemográfico breve. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas de forma textual usando *Transkriptor*, una herramienta de reconocimiento automático de voz. Las transcripciones fueron revisadas y, en los casos en que no coincidían plenamente con el audio, fueron

complementadas y corregidas por el investigador principal. Posteriormente, se realizó un análisis temático mediante codificación manual, empleando un enfoque mixto (deductivo-inductivo). Los hallazgos fueron triangulados con la literatura disponible para fortalecer su interpretación.

Este estudio se realizó con el rigor necesario y la credibilidad demostrada al transcribir o categorizar las entrevistas; se socializaron los hallazgos preliminares con algunos de los participantes para validar si las interpretaciones de las variables (como los “silencios protectores” o la reconfiguración de roles) representaban genuinamente sus experiencias. Por otra parte, se destaca el vínculo establecido con los contactos clave en la institución de salud y el tiempo dedicado durante el primer semestre de 2023 para realizar las entrevistas a profundidad en un contexto real, lo que permitió mitigar barreras de desconfianza. Asimismo, se explicaron con total claridad los criterios de inclusión y exclusión (receptores exclusivamente de donante cadavérico y las personas cuidadoras) para que el lector entienda los límites del alcance.

Dada la naturaleza interpretativa y cualitativa de este estudio, el rol de la investigadora no se limitó al de una recolectora pasiva de información, sino al de un instrumento dinámico y relacional dentro del campo. Desde el marco del trabajo y las ciencias sociales, el proceso de recogida y análisis de datos exigió un ejercicio continuo de reflexividad y vigilancia epistemológica. Esto implicó hacer consciente la propia postura profesional y las experiencias previas en el entorno hospitalario para evitar proyectar sesgos institucionales o juicios de valor sobre las narrativas de las personas participantes.

Fases de la investigación y temporalidad

El proceso investigativo se desarrolló en diferentes fases. La revisión documental y el direccionamiento se llevaron a cabo entre septiembre de 2023 y febrero de 2024. La delimitación de la investigación se realizó en el periodo comprendido entre septiembre de 2023 y enero de 2024. Posteriormente, en marzo de 2024, se efectuó el diseño y la validación de los instrumentos de recolección de datos. La ejecución del trabajo de campo tuvo lugar durante las dos primeras semanas de abril de 2024, y finalmente, el análisis de la información recolectada se desarrolló en mayo de 2024.

Definiciones

Dinámica familiar, se definió de acuerdo con Minuchin (19) que considera que la estructura familiar

es “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”, y que las relaciones e interacciones de los integrantes están condicionadas a determinadas reglas de comportamiento.

Es importante también dentro de la dinámica familiar comprender la afectividad, entendida esta como la acción a través de la cual una persona o ser humano le demuestra su amor o cariño a otra o varias personas, en este caso en especial se reflejó en el acompañamiento por parte de los familiares.

Adherencia terapéutica, definida de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (20), como “el grado en que la conducta de una persona en tomar la medicación, perseguir un régimen dietético y realizar cambios del modo de vida o estilo de vida, se sitúa a cumplir con las recomendaciones de un profesional de la salud”.

Consideraciones éticas

El protocolo fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Javeriana Seccional Cali el 24 de enero de 2024 (acta FHCS 5-2024). El estudio fue clasificado como de riesgo mínimo, de acuerdo con los criterios establecidos en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado antes de su participación. Se garantizó la confidencialidad y el manejo seguro de la información mediante procedimientos de anonimización y resguardo digital conforme a los principios éticos de la investigación en seres humanos.

Ante posibles situaciones de vulnerabilidad emocional durante las entrevistas, se mantuvo siempre alerta al equipo de salud mental (psicología y psiquiatría), quienes, en caso de requerirse, prestarían los primeros auxilios emocionales.

Resultados

Características clínicas y sociodemográficas

Se incluyeron diez pacientes adultos trasplantados de donante cadavérico, entre enero y junio de 2023, cada uno acompañado de la persona que obró como cuidador principal. Todos contaban con una red de apoyo familiar activa. La Tabla 1 presenta las principales características clínicas y sociodemográficas de los participantes. La mayoría de ellos fueron hombres

(70 %), con una edad media de 50.1 años, dentro de un rango que oscila entre los 41 y 60 años. En cuanto al vínculo con las personas cuidadoras, los parentescos más frecuentes fueron los cónyuges y los hijos, cada uno representando el 30 % del total. Por su parte, todas las personas cuidadoras fueron mujeres, con una edad

promedio de 47.6 años, con edades comprendidas entre los 24 y los 76 años. El nivel educativo más común entre ellas fue el de bachillerato (50 %), y la ocupación predominante en este grupo fue la de ama de casa (70 %).

Tabla 1. Características clínicas y sociodemográficas de la población trasplantada renal y las personas cuidadoras.

Variable	Categoría	Valor
Sexo del paciente	Masculino	7 (70 %)
	Femenino	3 (30 %)
Edad del paciente (años)	Media	50.1 [41-60]
Tipo de donante	Cadavérico	10 (100 %)
	Cónyuge	3 (30 %)
Parentesco de la persona cuidadora	Hijo(a)	3 (30 %)
	Madre	1 (10 %)
	Otro	3 (30 %)
Sexo de la persona cuidadora	Femenino	10 (100 %)
Edad de la persona cuidadora (años)	Media	47.6 [24-76]
Escolaridad de la persona cuidadora	Primaria	1 (10 %)
	Bachiller	5 (50 %)
	Técnico	1 (10 %)
	Profesional	3 (30 %)
Ocupación de la persona cuidadora	Ama de casa	7 (70 %)
	Con ocupaciones (varias)	3 (30 %)

Nota. Elaboración propia.

Dinámica familiar

Roles

Los participantes reportaron cambios en la dinámica familiar tras el trasplante renal. En la mayoría de los casos, el rol principal de cuidado fue asumido por un familiar cercano, lo que implicó modificaciones en las rutinas cotidianas, teniendo un impacto en sus relaciones personales y laborales; llama la atención que este rol lo desempeñan en todos los casos las mujeres, lo que parece ser la respuesta a la tradición. Además, se evidenció la participación de cuidadores secundarios mediante la delegación de tareas específicas. Más que una respuesta espontánea, este hallazgo evidencia la vigencia de los mandatos socioculturales de género que asignan históricamente la responsabilidad del cuidado de la salud a las mujeres.

Estos ajustes contrastan con la dinámica previa asociada a la terapia de reemplazo renal, y supusieron una mayor carga para el cuidador principal, así como un proceso de adaptación progresivo de la mano de un impacto en la carga emocional y física, lo que en algunos casos fue un factor estresante. En general, tanto la población trasplantada como la persona cuidadora asumieron de forma compartida las responsabilidades relacionadas con el seguimiento del tratamiento y el cuidado del injerto.

Afectividad

La afectividad debe ser entendida como la acción a través de la cual una persona o ser humano le demuestra su amor o cariño a otra o varias personas, en este caso en especial se reflejó en el acompañamiento por parte de los familiares. Los pacientes relataron que, frente a una situación exigente como el trasplante, perciben el acto de la donación como una expresión de afecto

hacia la vida por parte de los familiares del fallecido; así mismo, al hablar de redes de apoyo estas buscaron mantenerse presentes y atentas a su estado de salud, fortaleciendo las expresiones de afecto y consolidando con ello su relación.

Asimismo, se resaltó el compromiso de los cuidadores con el cumplimiento de las indicaciones médicas, lo cual fue interpretado como una manifestación concreta del vínculo afectivo, el cual se vio reforzado con el acompañamiento continuo por parte del equipo médico y de apoyo, que se percibe como expresión de afecto desde la IPS trasplantadora hacia el paciente.

Comunicación

Los testimonios reconocen que a partir de la situación de salud y el procedimiento de trasplante la comunicación entre ellos se ha vuelto más significativa. Esta evolución se expresó en la elaboración de acuerdos entre la persona trasplantada y la persona cuidadora, que favorecieron una toma de decisiones conjunta sobre el tratamiento. Adicionalmente, se hace un énfasis en la importancia de la claridad y disponibilidad del equipo médico, que tiene un efecto positivo en el proceso de recuperación de los pacientes. Dichas estrategias facilitaron una interacción más estructurada en la vida diaria.

Por otra parte, se identificó que el uso de las tecnologías de la información (TIC) es fundamental como herramienta comunicativa, donde se evidenció la creación de grupos de WhatsApp entre familiares y entre pacientes, que se convirtieron en parte de su soporte y apoyo grupal. Otro aspecto para resaltar es la manifestación que hacen tanto pacientes y familiares al indicar que el espacio de tiempo que brinda enfermería para “educación postrasplante” es reducido por la cantidad de información que se ofrece, además de destacar la importancia de esta y el hecho de que desde el equipo psicosocial se refuercen y amplíen los temas.

Adherencia terapéutica

Comportamientos

Los participantes señalaron dificultades iniciales en el postrasplante para reorganizar tareas y modificar hábitos que les permitan ajustarse a las nuevas exigencias en esta etapa del proceso. Entre las actividades descritas se incluyeron la toma y registro de líquidos, la administración de medicamentos, los cambios en la dieta y la inclusión de rutinas diarias de ejercicio.

Estas acciones fueron asumidas por el binomio persona trasplantada y persona cuidadora, quienes se distribuyeron las responsabilidades y como resultado se obtuvo una mayor adherencia a las indicaciones clínicas, en donde se evidencia un rol consciente y clave de la persona cuidadora en el cumplimiento de los controles e indicaciones médicas. Al respecto, se identificó que el comportamiento está generalmente asociado a las habilidades de los trasplantados y personas cuidadoras para mantener el plan de cuidados indicado.

Red de apoyo

Las redes de apoyo fueron consideradas un elemento clave en el proceso de recuperación. En todos los casos, la familia (nuclear y extensa) constituyó el principal respaldo, donde se fortalecieron los lazos afectivos, la conexión emocional, el apoyo en bienes y servicios y cobijo, en particular mediante la provisión de insumos y recursos necesarios para la atención. Estas redes de apoyo se extienden a lo comunitario (amigos, trabajo, credo), quienes actúan no solo potenciando las emociones positivas, sino amortiguando las negativas.

Por otro lado, se hizo un énfasis en el apoyo institucional y del equipo de salud y su gran impacto en la educación postrasplante. Esta combinación de apoyos contribuyó al afrontamiento de los desafíos asociados al trasplante de la mano de la comunicación y corresponsabilidad.

Una síntesis de los hallazgos cualitativos por categoría y subcategoría se presenta en la Tabla 2.

Tabla 2. Hallazgos cualitativos sobre dinámica familiar y adherencia terapéutica en población trasplantada renal y las personas cuidadoras.

Categoría	Subcategoría	Resumen de hallazgos
Dinámica familiar	Roles	El trasplante renal incide en la dinámica familiar de los pacientes, ya que este trastoca los roles de cada uno de los miembros de la familia. El rol de cuidador es fundamental en el postrasplante, es necesario no solo en el acompañamiento y apoyo, sino en la toma de decisiones que le permita al paciente sentir que es acertado en los direccionamientos. Las mujeres de acuerdo con lo evidenciado en esta investigación fueron las que asumieron el rol de cuidadoras y esto se evidencia a lo largo de la historia. El rol que desempeñan los miembros de los equipos médicos es uno de los factores clínicos asociados con la adherencia y lo que permite mayor longevidad del aloinjerto.
	Afectividad	Tanto pacientes como cuidadores coincidieron en que las expresiones afectivas hacia quienes fueron trasplantados se convirtieron en una fuente de apoyo emocional que les permitió salir adelante ante los momentos de angustias e incertidumbre. La enfermedad se convierte en un camino no solo para comprenderla y reconocer en los tratamientos la alternativa de recuperar la salud, sino también en una oportunidad de fortalecer los aspectos emocionales de quien la enfrenta y de quienes están alrededor, en ese sentido las muestras de cariño y afecto son vividas de maneras más significativas. La demanda de afecto y cuidados por parte de la persona trasplantada puede ser agotadora para el cuidador, requiriéndose de otros tipos de apoyo que traspasan sus posibilidades, tal como lo es la ayuda instrumental, que hace que la red se movilice y las ayudas se conviertan en algo tangible. Es interesante que el acto de donación sea visto como una expresión de afecto por parte del donante, de acuerdo con su voluntad y de su familia. Estas necesidades de afecto a veces son demostradas de manera intangible (brinda afecto y cariño), pero también de manera tangible, al preparar sus alimentos, recordar las actividades del día a día, al entregar detalles que hacen parte de su proceso médico.
	Comunicación	Se evidencia que en la familia a veces se presentan conflictos, pero estos son subsanados en la medida que se abren a los nuevos estilos comunicativos y a la comprensión del discurso del otro. En la atención en salud, las herramientas tecnológicas se constituyen en una opción para mejorar el impacto a todo nivel en las intervenciones, en este caso el uso de las TIC por parte de los usuarios de los servicios de salud y familiares de estos les permitió generar red de apoyo y cercanía con sus familiares, amigos y otros pacientes. Los procesos de comunicación son vistos como generados de acuerdos entre las partes (paciente, cuidador y personal de salud).
Adherencia terapéutica	Comportamientos	El seguir indicaciones y recomendaciones no es fácil para los pacientes, aquí se involucran varias variables, que facilitan o dificultan los comportamientos de los pacientes. En el contexto de cuidados de la salud postrasplante, el comportamiento está generalmente asociado a las habilidades de los pacientes y cuidadores para mantener un plan de cuidados. En cuanto a los comportamientos, se puede concluir que en este proceso es necesario que la triada conformada por el trasplantado, su cuidador y/o familia y el equipo médico, enrutén todos sus esfuerzos hacia un mismo fin.
	Red de apoyo	La red de apoyo cobra vital importancia, ya que es la que brinda estabilidad y seguridad a la persona sometida a intervención quirúrgica para trasplante renal. Estas redes de apoyo se extienden a lo comunitario (amigos, trabajo, credo) quienes actúan no solo potenciando las emociones positivas, sino amortiguando las negativas. Se hace necesario el apoyo no solo para la persona TXR sino para su cuidador y/o familia, evitando el cansancio en el proceso. Un hallazgo interesante, es el “miedo”, que se suscita en los cuidadores, esto basado en sus escasos conocimientos de la patología de su familiar, en las instrucciones que deben seguir, en la aparición de comorbilidades, rehospitalizaciones o reintervenciones quirúrgicas, momentos y hechos en los que aflora este sentimiento que los lleva a expresar su negación al cuidado o impotencia para desempeñar el rol. Las redes de apoyo traspasan las fronteras de la familia y llegan al servicio de salud convirtiéndolo en un apoyo social esencial.

Nota. Elaboración propia.

En cuanto a la categoría de dinámica familiar se pudo evidenciar que en el rol de persona cuidadora y de paciente, los participantes reconocen que sí se dan cambios en el desempeño de roles, lo que trastoca la dinámica familiar preestablecida al interior de las familias, ya que amerita ciertos cuidados en el postrasplante, tal como lo menciona Miguel (comunicación personal, 21 de marzo de 2024), quien indica: “se ha hecho un cambio drástico por el tema del trasplante y el cuidado que merece el riñón... De pronto sí se cambian los roles, pues porque yo era más libre, en este caso yo era más libre de salir a trabajar, de irme, ahora no, ahora de pronto hay cierto tipo de trabajos que voy acompañado por mi esposa, como mi cuidadora ella ejerce en todo momento ese rol, no fue solo por el trasplante”. Del mismo modo, es importante reconocer los roles de cuidador primario y secundario que son imprescindibles en el proceso, ya que se prestan apoyo mutuo y evitan la fatiga del cuidador.

En relación con la afectividad en el postrasplante renal se percibe o evidencia a través de las formas en las cuales los familiares demuestran el “estar presentes” en esa etapa específica de la vida de ellos, como observar los cambios en su salud, tal como lo expresa el siguiente *verbatim*: Gabriel (comunicación personal, 01 de abril de 2024) dice “pues apalancados en el amor que le tienen a uno y en el amor familiar... yo solo tengo a mis hermanos, y la Sra. Caridad es la tía de la esposa de mi hermano, pero todos ellos y sobre todo ella estaban pendiente de mí, ella es muy buena conmigo y ella sé que me tiene afecto como yo a ella, es que me ayudó en el momento en el que más necesitaba que alguien me cuidara”. Este tipo de situaciones se puede convertir en la oportunidad para la unión y fortalecer las expresiones de afecto.

Por su parte, los participantes indicaron en cuanto a la comunicación, que esta se ha vuelto más significativa, tal como lo indica Miguel (comunicación personal, 21 de marzo de 2024), “y el tema familiar ha sido excelente, hablamos más y compartimos más, cuando salimos a caminar con mi esposa utilizamos este tiempo para hablar de todo un poco y ahora se ha convertido en parte de nuestra vida”; es importante resaltar que dentro de este proceso comunicativo, los acuerdos que se realizaron entre las partes fueron fundamentales en este proceso comunicativo, así como también la tecnología ocupa un espacio fundamental ya que logró unir a la población trasplantada con sus familiares.

En la categoría adherencia terapéutica se encontró que los comportamientos de la población trasplantada inciden gradualmente en la misma, en la medida que

esta población es más consciente de la importancia de seguir las pautas dadas por el personal médico y el equipo de apoyo, se sustentan en la comprensión y disposición de la persona cuidadora, como lo indicó Constanza (comunicación personal, 01 de abril de 2024), “es difícil porque son muchas cosas, es bastante la información que nos dan y más la cartilla, pero a medida que pasan los días se va volviendo más fácil, uno va entendiendo y haciendo las cosas y pues también uno se preocupa de que no vaya a perder el riñón”.

Al hablar de las redes de apoyo, estas se constituyen en un recurso fundamental para la población trasplantada; la familia es la principal red, donde este encuentra lazos afectivos, conexión emocional, apoyo en bienes y servicios, el cobijo necesario para enfrentar esta nueva etapa de su vida, son ellos quienes hacen que esta población acepte y cumpla con el proceso; en el discurso de Jaliel (comunicación personal, 27 de marzo de 2024) se evidencia este apoyo: “la familia se ha comportado muy bien, la mujer es la que me cuida y me apoya, los hijos en la casa le han ayudado y hasta mis papás y mis hermanos, cuando ya pudieron ir a la casa, estuvieron muy pendiente, y aún ahora”; estas redes de apoyo se extienden a los amigos, quienes actúan no solo potenciando las emociones positivas, sino amortiguando las negativas.

Para complementar los hallazgos presentados, se incluyeron citas textuales que reflejan con mayor claridad la experiencia de los participantes en cada subcategoría. Estas expresiones permiten ilustrar cómo se manifiestan los temas identificados desde la voz de los propios pacientes y cuidadores, aportando profundidad y contexto al análisis. La Tabla 3 resume estas citas representativas, organizadas según las categorías y subcategorías analizadas.

Tabla 3. Citas representativas según categorías y subcategorías temáticas.

Categoría	Subcategoría	Cita representativa
Dinámica familiar	Roles	“Sí, Bueno ella se vino para acá para la casa, ella dejó la suya y duró meses aquí con nosotros, ella cambió su estabilidad en su casa por estar conmigo cuidándome, ellos no son familia de sangre, pero se han portado mejor que si lo fueran, llevamos más de 40 años de conocernos”. Sandalfón “Bueno que cambió, pues lo que pasa es que el trasplante mío no fue tan sencillo, porque tenía la sonda y eso favorece las infecciones, estuve como tres veces hospitalizado y mi esposa ahí siempre al lado. Entonces, eso siempre cambia todo y con los hijos en el colegio y la universidad, para mí y para la familia todo fue difícil porque pues tenía muchas limitaciones, entender lo que pasa no es fácil porque a veces creemos que con el trasplante todo cambiará, pero es un proceso con altibajos y con el tiempo el resultado esperado”. Jofiel.
	Afectividad	“Mi mamá siempre me ha apoyado y está ahí siempre y eso es muy importante para mí, que ya no tengo a mi papá, él falleció hace tiempo y como ustedes pudieron ver mi mamá es una adulta mayor, pero ella me apoyó y toda la vida lo ha hecho y ahí sigue, somos los dos y yo sé que ella me demuestra su amor así”. Rafael “A mí me cuidó mi hijastra, ella siempre ha estado conmigo, ella es quien más ve por mí y mi salud, ella es la que me acompañó al trasplante y estuvo conmigo allá, y todavía por ahí viene y pregunta cómo estoy”. Metatrón.
	Comunicación	“Fue muy buena la comunicación, a pesar de que había momentos de choque con la hija, pero a veces nos sentábamos en la sala o salíamos a caminar en el barrio y hablábamos mucho, ella me explicaba algunas cosas que yo no entendía de mi tratamiento y que a ella le explicaban los auxiliares de colombiana cuando íbamos a las citas o en la hospitalización” Harael. “Pues ahorita obviamente con el tema de la tecnología WhatsApp, fue como más fácil para que ella hablara con mi papá y mi hermana, conmigo como estaba todo el día con ella hablábamos mucho, eso teníamos tema todos los días”. Constanza.
Adherencia terapéutica	Comportamientos	“Definitivamente todo parte de uno, el que quiere estar bien es uno, el que quiere sentir bien uno, obvio que esto es diferente a estar en la unidad, allá uno ya sabe qué días y horas debe ir y estar allá cuatro horas y cada dos meses las citas y ya, esto es diferente, empezando con todo ese poco de agua que toca desde el primer día de la operación”. Gabriel. “El apoyo que yo necesité no solo fue de mi hija y mi familia, sino de todos los médicos y hasta la psicóloga, ella me hablaba mucho y un día me preguntó si yo dormía y yo poco, y el Dr. Torres el psiquiatra, me dio un medicamento por un tiempo, ya no lo tomo”. Mehiel
	Red de apoyo	“Mi mamá y mi tío iban allá a visitarme y a veces me acompañaban por un largo rato y me visitaban, mi hermana todo el tiempo ahí, ella ni salía, solo estaba conmigo. Hasta que les dije que ya no más porque eso eran gastos para ellos, pero eso de la familia es lo mejor, nos unimos mucho incluso con un hermano que veía muy de vez en cuando y ahora es más pendiente de mí”. Azrael. “La compañía para la cual laboro también ha sido muy importante en ese acompañamiento y en ese apoyo, ellos me llamaban y estaban pendientes, me enviaban mensajes de WhatsApp y eso para mí fue muy bonito”. Gabriel

Nota. Elaboración propia.

Discusión

El presente estudio de caso cualitativo colectivo permitió comprender cómo la selección estratégica garantiza accesibilidad a casos relevantes para el objetivo, lo que motivó a la realización de una búsqueda exhaustiva, estableciendo vínculos con contactos clave que facilitaron la recolección de información en un contexto real, tal como lo plantean Lindström et al. (17). Este enfoque permitió un análisis detallado de la construcción de la dinámica familiar y de la adherencia al tratamiento en la población trasplantada renal de donante cadavérico durante el primer semestre de 2023, cuyas narrativas permitieron un proceso de investigación riguroso y reflexivo, logrando así un cumplimiento de los objetivos planteados.

De otra parte, las fortalezas de este estudio se centran en la visión holística de la población trasplantada, donde no se ve al receptor solo como una persona que recibe un órgano gracias al avance de la ciencia, sino como un sujeto que cuenta con una historia familiar y social. Además de existir la comprensión del “Padecimiento” vs. la “Enfermedad”, ya que mientras la medicina mide la enfermedad, el trabajo social y las ciencias sociales rescatan el padecimiento (cómo se vive la experiencia, los significados del órgano de un extraño, ej. el miedo a la pérdida).

Por otra parte, los estudios cuantitativos muestran en porcentajes los resultados, ejemplo, al hablar de la no adherencia de los y las pacientes en la ingesta de medicamentos, pero este estudio al ser cualitativo tiene la fortaleza de explicar el porqué y el cómo. También permite explorar fenómenos psicológicos y sociales únicos de esta modalidad; asimismo, al involucrar tanto al receptor, la persona cuidadora y al equipo interdisciplinario, el estudio adquiere una riqueza analítica superior.

En cuanto a las limitaciones se puede hablar de un sesgo de deseabilidad social (el “Efecto Paciente Perfecto”): ya que, en el entorno hospitalario, la población trasplantada y las personas cuidadoras saben que su bienestar y el seguimiento de su caso dependen del equipo médico de apoyo. Al ser entrevistados, existe el riesgo de que hayan omitido fallas en la adherencia o conflictos familiares por miedo a ser juzgados, sancionados o percibidos como “malos pacientes”. Y si hablamos de la dinámica familiar en este estudio con donante cadavérico, el investigador suele hallarse con una reconfiguración de roles sobre la marcha, ya que no existe un estudio previo de la familia y sus roles, lo que sí puede suceder en estudios con donante vivo, lo que puede limitar la comprensión de cómo era la dinámica familiar exacta antes del trasplante.

A continuación, se realiza la discusión por categorías y subcategorías analizadas en el desarrollo de esta investigación:

Dinámica familiar

Roles del cuidador y el paciente

Este estudio revela cambios relevantes en la dinámica familiar, específicamente en cuanto a los roles, haciendo referencia a cambios en la rutina y reasignación de funciones familiares, que traen consigo una carga emocional y física en quienes asumen el papel de personas cuidadoras. Esto demuestra que el proceso postrasplante no solo afecta a la población trasplantada, sino a toda su estructura familiar, como lo dice Deng et al. (21): “las responsabilidades del cuidador incluyen la asistencia en las actividades de la vida diaria, la gestión de la medicación, la aplicación de tratamientos altamente especializados, el traslado a citas y tratamientos, así como la coordinación y gestión de la atención sanitaria. La naturaleza exigente de estas tareas repercute profundamente en múltiples ámbitos de la vida del cuidador: físico, psicológico, económico, logístico y social”. Por su parte, se evidencia cómo este rol de cuidado es asumido por las mujeres, lo que confirma lo expuesto por Lee (22): la mujer ha sido, es y previsiblemente seguirá siendo quien cuide de los niños, los ancianos, los enfermos y las personas con discapacidad en los hogares, será quien siga garantizando un ambiente seguro y acorde a las necesidades de cada miembro de la familia.

Tanto para la población trasplantada como para sus familiares y cuidadoras principales, el rol del equipo médico y de apoyo psicosocial es fundamental. Este equipo interdisciplinario se constituye como un tercer eje clave en el proceso, al punto que las familias manifiestan no sentirse en capacidad de asumir las complejas exigencias del postrasplante sin su acompañamiento. Por lo tanto, el personal institucional debe mantener una disposición constante para educar, reeducar y acompañar de forma integral a la red familiar, garantizando así la preservación del injerto y el éxito del tratamiento a largo plazo.

Desde la mirada sistémica de la familia, cada miembro de esta interactúa con los demás y se influyen mutuamente y allí cobra vital importancia el enfoque biopsicosocial, que permite comprender los desafíos que estas enfrentan al contar con un miembro enfermo y que es sometido a trasplante renal, concientizando su papel como determinante en la salud de este, lo cual los sitúa en un lugar indispensable en el desarrollo del tratamiento. Desde esta mirada, para la familia es decisivo el avance del paciente, en su parte social,

personal, emocional y, por supuesto, en el proceso salud/enfermedad.

Afectividad

En cuanto a esta temática, se logró identificar que la población trasplantada renal percibe la afectividad por medio de acciones específicas de parte de las personas cuidadoras, principalmente mediante las demostraciones de cariño continuas, el compromiso diario con su bienestar y la gratitud hacia el equipo médico; así mismo, al contar con valoraciones y seguimiento por parte del equipo de apoyo psicosocial que no se limitó meramente a la atención del paciente, sino que involucra todo su núcleo familiar, lo cual tiene un alto impacto en la evolución postrasplante. Caravaca et al. (23) señalan que las familias cohesionadas y funcionales se constituyen en factores protectores que facilitan la adherencia al tratamiento y promueven procesos de recuperación efectivos.

Por otra parte, la afectividad a veces se esconde en una delgada línea, donde las personas se cohiben de dar muestras de amor y cariño, por diversas razones que van desde lo cultural hasta lo personal o familiar; sentimientos que para algunos son vedados o no son bien vistos a los ojos de los demás. También se esconden detrás de historias familiares permeadas de dolor, de experiencias difíciles, de recuerdos que no han sanado en sus corazones y que requieren de la intervención de la asesoría familiar y del apoyo psicosocial, que permitan restablecer estos lazos y conexiones, y que a su vez conlleven un apoyo real, sincero y de corazón por parte de aquellos que asumen el rol de las personas cuidadoras y que se supla esa necesidad de afecto que aflora en la etapa del postrasplante por la fragilidad y labilidad a la que se exponen las personas trasplantadas renales.

Comunicación

Por otra parte, el fortalecimiento de la comunicación familiar se gesta por medio de espacios de conversación y conexión familiar que se dan a partir del trasplante y se convierten en un eje central en la comprensión del tratamiento y por ende la adherencia a los cuidados médicos; se identifica esta comunicación como afectiva, ya que está compuesta por mensajes verbales y no verbales, como gestos físicos (tocar, acariciar, asistir y mirar), y una comunicación verbal que se gesta en la estancia hospitalaria, en su recuperación en el hogar y la cual gira en torno al tratamiento y a las exigencias del cuerpo médico, de su futuro, de los planes que se hacen una vez se supere esta etapa. De acuerdo con Rauscher et al. (24), los patrones de comunicación familiar influyen en las percepciones del paciente sobre el involucramiento en el cuidado,

satisfacción y adherencia médica; la comunicación influye sobre los demás miembros y la conformidad cálida (*warm conformity*) que fomenta valores compartidos, respeto mutuo, identidad social unida y cercanía afectiva sin recurrir a la imposición, predice una mejor adherencia.

La comunicación, desde el enfoque sistémico, recobra gran importancia para la comprensión de las enfermedades, tanto para quien las padece como para su núcleo familiar; este proceso comunicacional permite la interacción de las personas que entran en él y desde allí generar acuerdos entre las partes. En la atención en salud, las herramientas tecnológicas se constituyen en una opción para mejorar el impacto a todo nivel en las intervenciones; lo que fue un hallazgo en esta investigación, ya que se evidenció la conformación de grupos de WhatsApp que se instituyeron como grupos de apoyo familiar y entre pacientes, lo que genera cercanía con su red de apoyo familiar y social. En cuanto al apoyo social, las redes sociales han revolucionado la manera en que las personas interactúan, intercambian información y se organizan dentro de la sociedad (25).

Adherencia terapéutica

Comportamiento

Respecto a los comportamientos relacionados con la adherencia terapéutica se evidenció que tanto las personas trasplantadas renales como sus cuidadores coinciden en que, al inicio del proceso, no es fácil seguir las indicaciones médicas. Este hallazgo resalta la importancia atribuida a la educación que brinda el personal de enfermería, que articula esfuerzos con el equipo psicosocial que a su vez robustece este proceso; estos resultados son consistentes con lo concluido por Kvarnström et al. y Patel et al. (26,27), quienes destacan las necesidades de información de la familia como un elemento valioso para la planificación de estrategias para la enseñanza y el aprendizaje orientadas a mejorar la adherencia terapéutica.

En el contexto de los cuidados de la salud postrasplante, el comportamiento está generalmente asociado a las habilidades de la población trasplantada y sus cuidadores para mantener un plan de cuidados, que a menudo involucra la ingesta de líquidos, la toma de medicamentos, el cambiar hábitos de vida y nutricionales, así como el incorporar el ejercicio diario, hacen parte del comportamiento que en todos los casos en las dos primeras semanas postrasplante se realiza con poca adherencia, como se afirma en el estudio realizado por Torres et al. (28).

Se puede concluir que en este proceso es necesario que la triada conformada por el trasplantado, su cuidador y equipo médico, enruten todos sus esfuerzos hacia un mismo fin, donde se esté validando la información de manera constante en todas las vías, donde se requiere de mejorar el proceso de educación contando con el apoyo no solo del personal de enfermería sino de todo el equipo, donde debe existir una red de apoyo fortalecida y que sea constante y comprometida con el proceso en todo su desarrollo y en la posterior fase.

Red de apoyo

En cuanto a la red de apoyo, la familia constituyó la red principal, lo cual facilitó el proceso postrasplante fortaleciendo vínculos afectivos y promoviendo la adherencia terapéutica. Además, se evidencia la importancia del apoyo institucional y del equipo de salud, quienes, trabajando de manera conjunta con la red de apoyo principal, juegan un rol fundamental en el postrasplante y la adherencia terapéutica, tal y como lo evidencian Zambrano et al. (29): las redes de apoyo y las estrategias de afrontamiento psicosocial se convierten en elementos clave para su bienestar y desarrollo, ya que, por un lado, los apoyos provenientes del entorno, como la familia, los amigos, la comunidad universitaria o los programas institucionales, ofrecen un sostén emocional, motivacional y material.

Siempre será de vital importancia el acompañamiento mediante las redes de apoyo, es por ello por lo que un hallazgo importante en este estudio fue el debilitamiento por momentos de esta red (cuidador), resultado del cansancio físico, emocional y mental al ejercer un papel que demanda tiempo completo en el cuidado de la persona trasplantada, muchos de ellos se sienten abrumados y sin salida; esto reduce su energía y productividad en su papel y los deja en ocasiones con un sentimiento de impotencia y cinismo con ellos mismos, repercutiendo a su vez en los estados de ánimo del paciente, aquí cobran vital importancia los equipos de apoyo psicosocial en el cuidado de la salud mental, emocional y social.

Al hablar de los aportes de este estudio a nivel institucional, se puede indicar que la triada (receptor, persona cuidadora y equipo interdisciplinario), es fundamental para el éxito del injerto, y que no depende meramente del acto quirúrgico. Además, el apoyo del equipo de salud mental es fundamental al evidenciar el debilitamiento de la red de apoyo principal debido al “síndrome de cuidador quemado”, lo que permite acciones inmediatas y oportunas.

Por otra parte, el identificar la baja adherencia en los primeros días del postrasplante, no solo exige la educación impartida por enfermería, sino que se involucre de forma constante a todo el equipo médico y psicosocial para reeducar al núcleo familiar, por lo que se puede hablar de un rediseño de la educación en salud. Así mismo, el hallazgo de la optimización de los canales tecnológicos es fundamental, el uso de grupos de WhatsApp como herramientas válidas de teleayuda a las redes de apoyo “online” entre trasplantados y familias.

De igual forma, los aportes de este estudio a nivel comunitario se pueden destacar, la visibilización y el enfoque de género en el cuidado, que reconoce que “la carga del cuidado postrasplante sigue recayendo estructuralmente en las mujeres”, abriendo el debate comunitario sobre la necesidad de redistribuir estas funciones al interior de las familias. En este sentido, se hace necesaria la activación de redes de apoyo en el colectivo, fomentando y creando una comunidad de aprendizaje y apoyo mutuo entre las familias que comparten la misma experiencia, reduciendo el aislamiento social a través de interacciones presenciales y virtuales. Esta misma comunidad permite ofrecer la asesoría para sanar y ofrecer un cuidado genuino y sin reproches, ya que existen “historias familiares permeadas de dolor” o barreras culturales que limitan el afecto.

Asimismo, este estudio impacta principalmente a las ciencias y al trabajo social, ya que realiza una lectura profunda de la salud basada en los determinantes sociales (roles, afectividad, comunicación, redes de apoyo, comportamiento). También impacta a la salud mental, ya que permite explorar fenómenos de la subjetividad, la labilidad emocional del receptor y el desgaste del cuidador, entre otros. Aporta significativamente a la enfermería, ya que proporciona insumos para la planificación de estrategias de educación basadas en las necesidades reales y los tiempos de adaptación de la familia. Por último, aporta al trasplante desde el enfoque biopsicosocial, al demostrar con datos cualitativos el cómo y el porqué de la no adherencia terapéutica (ingesta de líquidos, inmunosupresores, ejercicio, etc.), vinculándola directamente con la calidad de la comunicación y los acuerdos familiares.

Se hace necesario que exista una transición del modelo asistencial al sistémico, donde se tenga en cuenta no solo la financiación del procedimiento y los fármacos, sino que se incluya desde la ley el acompañamiento psicosocial obligatorio y un subsidio de cuidado a

la estructura familiar. Que se incluya en la política nacional de cuidado no solo el enfoque de género, sino que se tenga en cuenta la política de relevo en el cuidado, capacitación y salud mental para las personas cuidadoras informales. Y como último aporte a las políticas públicas, se contribuye con evidencia cualitativa basada en narrativas reales en el contexto colombiano para modificar las guías de manejo del paciente renal, exigiendo la evaluación obligatoria de la dinámica familiar y el tipo de donante (cadavérico vs. vivo) como predictores de la adherencia al tratamiento.

Los hallazgos de este estudio, centrado en receptores de donante cadavérico y las personas cuidadoras, abren un horizonte de reflexión necesario: ¿cómo habrían variado los resultados si la fuente del injerto hubiese sido un donante vivo? Este interrogante cobra relevancia al considerar que, en el modelo de donante vivo, quien otorga el órgano suele ser un miembro del núcleo familiar que acompaña la cotidianidad del receptor a largo plazo.

Al analizar los roles, este tipo de donante puede propiciar dinámicas bidireccionales de sobreprotección o, en casos extremos, actitudes de sumisión como mecanismo de compensación por parte del receptor. Asimismo, el donante y/o persona cuidadora puede asumir un rol de vigilancia estricta sobre los hábitos de salud del paciente. Desde la dimensión de la afectividad, existe el riesgo de que el receptor desarrolle un sentimiento inconsciente de deuda perpetua y culpa por haber sometido a un ser querido al proceso quirúrgico, lo que genera vínculos relacionales excesivamente estrechos o codependientes.

En cuanto a la comunicación, esta puede verse obstaculizada por la aparición de “silencios protectores”, donde el receptor oculta síntomas para evitar la angustia del donante; no obstante, el proceso también tiene el potencial de fortalecer los canales comunicativos y la unión familiar. Respecto a la adherencia terapéutica, el comportamiento puede bifurcarse: por un lado, puede motivar un compromiso moral riguroso con el tratamiento para honrar el sacrificio del donante; por el otro, una supervisión asfixiante puede detonar conductas de no adherencia como una búsqueda de autonomía. Finalmente, la red de apoyo se enfrenta a una mayor vulnerabilidad, ya que la estructura familiar se vuelca simultáneamente al cuidado de dos personas (donante y receptor), lo que duplica las demandas de cuidado y acelera el agotamiento o los conflictos internos.

Conclusiones

En conclusión, a través del estudio de caso cualitativo colectivo realizado en la IPS Colombiana de Trasplantes, se identificaron transformaciones estructurales en la dinámica familiar, caracterizadas por la disrupción de rutinas y la reasignación de funciones que modifican drásticamente los roles de las cuidadoras principales.

Sin embargo, al contrastar estos hallazgos con la evidencia existente, este tránsito no es puramente operativo; está profundamente mediado por una dimensión emocional conflictiva donde la dependencia a la medicación inmunosupresora impone una paradoja: el órgano otorga libertad biológica, pero el tratamiento instaura una nueva sujeción médica y familiar. Esta dependencia farmacológica a menudo somete a las personas receptoras a una constante vulnerabilidad y culpa, ligada al temor latente de fallar terapéuticamente y “perder” el sacrificio que representó el donante, un fenómeno psicológico que la literatura describe como el duelo suspendido frente al donante cadavérico.

Asimismo, en el ámbito de la afectividad, se observó que esta no es abstracta, sino que se corporiza en acciones concretas de cuidado. Aquí, la comunicación emerge como una estrategia de resistencia familiar para tramitar el impacto emocional del postrasplante. No obstante, en diálogo crítico con la evidencia, se constata que esta comunicación oscila entre el asertividad y los “silencios protectores”, donde los sujetos ocultan su malestar físico para amortiguar la angustia de su entorno.

Por otra parte, el papel del equipo médico y de apoyo interdisciplinario va más allá de la vigilancia clínica; la educación sanitaria actúa como el articulador que transforma la relación con el tratamiento. Al desmitificar los efectos secundarios y acompañar el desgaste psicosocial, el equipo evita que la adherencia sea asumida como una imposición punitiva y la convierte en un acuerdo relacional.

A partir de este panorama, se plantea la hipótesis exploratoria de que la reorganización de la dinámica familiar, catalizada por estrategias de comunicación asertiva y educación continua, es el determinante social que sostiene la adherencia terapéutica a largo plazo. Optimizar los resultados del trasplante en el contexto colombiano exige, por ende, que el sistema de salud deje de medir el éxito únicamente a través de indicadores de laboratorio y comience a intervenir la compleja trama afectiva, de género y relacional que sostiene la vida del paciente en el hogar.

References

1. Stevens PE, Ahmed SB, Carrero JJ, Foster B, Francis A, Hall RK, et al. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* 2024 Apr 1;105(4): S117–314. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>
2. Mark PB, Stafford LK, Grams ME, Aalruz H, Abd ElHafeez S, Abdelgalil AA, et al. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease in adults, 1990–2023, and its attributable risk factors: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *Lancet.* 2025 nov 22;406(10518):2461–82. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)01853-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01853-7)
3. Cuenta de Alto Costo. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2023. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Bogotá; 2024.
4. Zhu L, Teixeira-Pinto A, Gately R, Boroumand F, Bakar KS, Sabanayagam D, et al. Survival Benefits of Deceased Donor Kidney Transplant vs Waitlisting. *JAMA Intern Med.* 2025 Dec 1;185(12):1471–8. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2025.5624>
5. López V, Hernández Marrero D, González-Molina AM. Resultados Globales del Trasplante Renal. In: Lorenzo V, López Gómez JM, editors. *Nefrología al día* [Internet]. Sociedad Española de Nefrología; 2021. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/658>
6. Poggio ED, Augustine JJ, Arrigain S, Brennan DC, Schold JD. Long-term kidney transplant graft survival—Making progress when most needed. *Am J Transplant.* 2021 Aug 1;21(8):2824–32. <https://doi.org/10.1111/ajt.16463>
7. Aderinto N, Olatunji G, Kokori E, Ogieuhi IJ, Moradeyo A, Woldehana NA, et al. A narrative review on the psychosocial domains of the impact of organ transplantation. *Discov Ment Health.* 2025 Dec 1;5(20). <https://doi.org/10.1007/s44192-025-00148-y>
8. Moreira Masache GD. Apoyo familiar y su relación con los niveles de ansiedad y depresión en usuarios hospitalizados de medicina interna [Internet]. [Santa Elena]: Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2025. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/server/api/core/bitstreams/1b52acd9-a067-4152-ba3f-ff1f846bd0b5/content>
9. Barragán del Castillo M, Buitrago García DC, Daza Avendaño JC. Efectividad de las intervenciones psicológicas en la mejora de la calidad de vida de pacientes con enfermedades cardiovasculares (revisión bibliográfica) [Internet]. [Bogotá]: Universidad Cooperativa de Colombia; 2025. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/f33e7868-02f4-4f86-b74d-972cfe161e1d/content>
10. Giraldo Polo ME, Pizarro Huilca VG. Adherencia terapéutica y factores asociados en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital III Emergencias Grau [Internet]. [Lima]: Universidad Norbert Wiener; 2025. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/e714706f-9f8d-4810-8670-5f8e98e3318d/content>
11. Burbano MVT, Cercado LER, Castillo IAV, Zambrano OSV. Construyendo Vínculos Saludables: Neurociencia del Apego y las Relaciones Familiares. *Ciencia Latina: Revista Multidisciplinaria.* 2025;9(1):6377–93. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1.16346
12. Álvarez-Ruiz M. Análisis de la calidad de vida y adherencia terapéutica en pacientes tras trasplante renal en el Hospital Universitario Virgen del Rocío: un estudio descriptivo. *Enfermería Nefrológica.* 2024 Jan 1;27(1):63–70. <https://doi.org/10.37551/S2254-28842024008>
13. Paparini S, Green J, Papoutsis C, Murdoch J, Petticrew M, Greenhalgh T, et al. Case study research for better evaluations of complex interventions: rationale and challenges. *BMC Med.* 2020 Dec 1;18(1):301. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01777-6>
14. Cleland J, MacLeod A, Ellaway RH. The curious case of case study research. *Med Educ.* 2021 Oct 1;55(10):1131–41. <https://doi.org/10.1111/medu.14544>
15. Fix GM, Kahn LS, Nevedal AL. Introduction to Qualitative Methods: A Practical Primer for Clinicians. *Fam Med.* 2026 Feb 1;58(2):88. <https://doi.org/10.22454/fam.2026.908110>
16. Hudon S, Chouinard MC, Bisson M, Danish A, Karam M, Girard A, et al. Case Study with a Participatory Approach: Rethinking Pragmatics of Stakeholder Engagement for Implementation Research. *Ann Fam Med.* 2021 Nov 1;19(6):540–6. <https://doi.org/10.1370/afm.2717>
17. Lindström PN, Persson SS, Sjöbeck J, Ahl M, Nilsson K, Bringsén Å. Empowerment, Participation, and Person-Centeredness as Prerequisites for Health-Promoting Settings in Everyday Practice: A Swedish Case Study. *Health Expect.* 2026 Apr 1;29(2). <https://doi.org/10.1111/hex.70632>
18. Green J, Hanckel B, Petticrew M, Paparini S, Shaw S. Case study research and causal inference. *BMC Med Res Methodol.* 2022 Dec 1 ;22(1). <https://doi.org/10.1186/s12874-022-01790-8>
19. Sánchez Álzate CI, Pérez Murcia MA. Configuraciones y Dinámicas Familiares de 15 Casos Atendidos por la Comisaría de Familia de Restrepo, Valle del Cauca en el año 2024 [Internet]. [Guadalajara de Buga]: Corporación Universitaria Minuto de Dios; 2025. Disponible en: <https://repository.uniminuto.edu/server/api/core/bitstreams/c14b9b0b-7ceb-4ea8-ad10-747c9336a558/content>

20. Ávila D, Bustos C, González K, Tandazo B. Adherencia terapéutica en la hipertensión arterial y diabetes mellitus del personal de una universidad ecuatoriana. *Enfermería Investiga*. 2023 jul 3;8(3):17–24. <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v8i3.2108.2023>
21. Deng LX, Sharma A, Gedallovich SM, Tandon P, Hansen L, Lai JC. Caregiver Burden in Adult Solid Organ Transplantation. *Transplantation*. 2023 Jul 1;107(7):1482–91. <https://doi.org/10.1097/TP.0000000000004477>
22. Lee C, Zheng X, Park S. The toll of caregiving: life-course family care and disparities in physical functioning. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2026 Feb 1;81(2). <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaf246>
23. Caravaca-Sánchez F, Aizpurua E, Stephenson A. Substance Use, Family Functionality, and Mental Health among College Students in Spain. *Soc Work Public Health*. 2021;36(2):221–31. <https://doi.org/10.1080/19371918.2020.1869134>
24. Rauscher EA, Hesse C, Campbell-Salome G. Applying Family Communication Patterns to Patient-provider Communication: Examining Perceptions of Patient Involvement, Satisfaction, and Medical Adherence. *J Health Commun*. 2020 feb 1;25(2):180–9. <https://doi.org/10.1080/10810730.2020.1728596>
25. Flórez Oviedo N, González Penagos C, Helena Rivera Quiroz L, González Zapata L, María Gallego Henao A, Edison Cardona Ocampo J, et al. Triangulaciones entre gestión educativa, pedagógica y comunitaria [Internet]. Disponible en: <https://doi.org/10.21501/9786287765061>
26. Kvarnström K, Westerholm A, Airaksinen M, Liira H. Factors Contributing to Medication Adherence in Patients with a Chronic Condition: A Scoping Review of Qualitative Research. *Pharmaceutics*. 2021 Jul 1;13(7). <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics13071100>
27. Patel S, Huang M, Miliara S. Understanding Treatment Adherence in Chronic Diseases: Challenges, Consequences, and Strategies for Improvement. *J Clin Med*. 2025 Sep 1;14(17):6034. <https://doi.org/10.3390/jcm14176034>
28. Torres-Gutiérrez M, Lozano-Suárez N, Burgos-Camacho VA, Caamaño-Jaraba J, Gómez-Montero JA, García-López A, et al. Is Non-Adherence Associated with Adverse Outcomes in Kidney Transplant Recipients? The Role of Non-Adherence as a Risk and Predictor Factor for Graft Loss and Death. *Patient Prefer Adherence*. 2023; 17:2915–25. <https://doi.org/10.2147/PPA.S436833>
29. Zambrano JYP. Redes de apoyo y estrategias de afrontamiento psicosocial en el rendimiento académico de estudiantes universitarios en situación de vulnerabilidad: Contexto de intervención desde el Trabajo Social. *Revista Social Fronteriza*. 2025 sep. 5;5(4). [https://doi.org/10.59814/resofro.2025.5\(4\)8](https://doi.org/10.59814/resofro.2025.5(4)8)