

UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO  
DOCTORADO EN ENFERMERÍA SALUD Y CUIDADO HUMANO

**CUIDAR DE SI PARA LA PERSONA CON TERAPIA DE REEMPLAZO  
RENAL TIPO DIALISIS PERITONEAL: UNA PERSPECTIVA  
EPISTEMOLOGICA DESDE LA VISION DE SUS PROPIOS ACTORES**

**Autora:** MgSc. Haidy Rocío Oviedo Córdoba  
**Tutora:** Dra. Ani Evies

Valencia, Diciembre 2018

UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO  
DOCTORADO EN ENFERMERÍA SALUD Y CUIDADO HUMANO

**CUIDAR DE SI PARA LA PERSONA CON TERAPIA DE REEMPLAZO  
RENAL TIPO DIALISIS PERITONEAL: UNA PERSPECTIVA  
EPISTEMOLOGICA DESDE LA VISION DE SUS PROPIOS ACTORES**

**Autora:** MgSc. Haidy Rocío Oviedo  
Córdoba

Trabajo que se presenta ante  
la Dirección de Postgrado de  
la Facultad de Ciencias de la  
Salud de la Universidad de  
Carabobo para optar al Título  
de Doctora en Enfermería  
Salud y Cuidado Humano.

Valencia, Diciembre 2018



### ACTA DE DISCUSIÓN DE TESIS DOCTORAL

En atención a lo dispuesto en los Artículos 145,147, 148 y 149 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 146 del citado Reglamento, para estudiar la Tesis Doctoral titulada:

### CUIDAR DE SI PARA LA PERSONA CON TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL TIPO DIÁLISIS PERITONEAL: UNA PERSPECTIVA EPISTEMOLÓGICA DESDE LA VISIÓN DE SUS PROPIOS ACTORES

Presentada para optar al grado de **Doctora en Enfermería, Área de Concentración: Salud y Cuidado Humano** por el (la) aspirante:

**OVIEDO C., HAIDY R.**

**CC- 51933388**

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Ani Evies C.I. 7011467, decidimos que el mismo está **APROBADO CON MENCIÓN HONORÍFICA.**

Acta que se expide en valencia, en fecha: **13/11/2019**

*[Signature]*  
**Dr. (a) Carmen Amarilis Guerra** (Presidente)  
C.I. 5588111

*[Signature]*  
**Dr.(a) Ani Evies**  
C.I. 7011467  
Fecha 13-11-19.



*[Signature]*  
**Dr. (a) Vicenta Fernández**  
C.I.: 3893257  
Fecha 13-11-2019

*[Signature]*  
**Dr. (a) Berta Guevara**  
C.I. 7058767  
Fecha 13-11-2019

*[Signature]*  
**Dr. (a) Milbet Rodríguez Alcalá**  
C.I. 7996228  
Fecha 13-11-2019

TG-CS:

## DEDICATORIA

A Dios por ser el Rey de mi vida, **el** me dio la fuerza, la fortaleza, la constancia, la sabiduría y el discernimiento para realizar este proyecto, fue mi compañía permanente.

Al amor de mi vida, mi esposo Jorge Luis por su amor, su apoyo, sus palabras de aliento, su paciencia, por las horas, días, meses y años que le he dedicado a éste sueño, y le he robado gracias por su comprensión, Dios me dio un regalo maravilloso, me bendijo el día en que te encontré en mi vida.

A mis amados y maravillosos hijos Jorge Andrés y Diego Alejandro, por ser mi motivación, ellos me animan a seguir adelante, a ser su ejemplo, a no desfallecer porque siempre me regalan su amor, su sonrisa, su abrazo; supieron tolerar mis ausencias en cada momento presencial y en cada espacio en que me sentaba frente al computador apoyándome en silencio sin reclamar o protestar. Les amo son mi bendición.

A la memoria de mis padres Carlos Enrique y María Haidy, quienes sembraron en mí los valores que como mujer, esposa, madre, hermana y profesional tengo para brindar a los demás

A mis Hermanos Carlos, Myriam, Juan, a mis cuñados Nachito y Carmenza por siempre estar ahí, animándome, y sentirlos cercanos aun en la distancia, han sido mi ejemplo a seguir.

A mi Sobrina y a Betty por sus oraciones sé que siempre estaba en ellas, por su amor y su apoyo, por abrirme su casa y hacerme sentir parte de ella, Dios las bendiga siempre.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por regalarme la bendición de la vida, el haber colocado en ella esta profesión como medio para aprender a conocer su mandamiento del amor

A mi esposo Jorge Luis, nuestros hijos Jorge Andrés y Diego Alejandro por sus oraciones, su amor, su compañía, su comprensión y por todo ese tiempo que donaron y también sacrificaron durante los años de estudio, han sido mi mayor motivación para no desfallecer y continuar hasta el final.

A la Doctora Aní Josefina Evies Ojeda, por aceptar ser mi tutora, por sus enseñanzas, su orientación, su paciencia, su amistad por enseñarme un camino más dentro del arte de la Enfermería y la investigación, por su apoyo incondicional en la construcción de este estudio; por abrir no solo su corazón sino su hogar, junto con el Dr. Abraham y sus hijos fueron un soporte emocional durante cada estancia lejos de casa.

A la comisión evaluadora del proyecto: Doctora Aní Evies Ojeda, Doctora Berta Guevara, Doctora Carmen Amarilis Guerra, por sus acertadas sugerencias en la revisión del proyecto y la tesis.

A las personas en Diálisis peritoneal, porque me permitieron entrar

en sus vidas y conocer a través de su experiencia un fenómeno más para profundizar el arte de la Enfermería.

A los Cuidadores familiares, y a las enfermeras del programa de Diálisis Peritoneal de la Unidad Renal, como agentes externos de este estudio

A mi amiga y Enfermera Martha Rodríguez Pérez Coordinadora de Enfermería y al Dr. Luis Castillo Parodi Director científico de la Unidad Renal, por su apoyo y haber permitido la realización de este estudio.

A mis queridas compañeras de doctorado Colombianas Tatiana, Ediltrudis, Doriam, Ángela Diana, Mirith y Patricia, por perseverar, por su apoyo, porque a pesar de las adversidades y las travesías de cada viaje permanecieron hasta el final, aprendimos más que del arte de la Enfermería a valorar cada momento de nuestras vidas y amar más lo que hacemos, por quienes lo hacemos y para que lo hacemos.

A mis compañeras venezolanas por su amistad, en especial a Yolimar y Gladys quienes no solo abrieron sus corazones sino también sus hogares, porque son mujeres guerreras, que han sabido a pesar de las circunstancias mantenerse, perseverar y tener fe y esperanza por su país.

A mis hermanos de comunidad por sus oraciones, comprensión y apoyo.

A los docentes que participaron en los encuentros académicos por transmitirme sus enseñanzas y experiencias, a la Universidad de

Carabobo, la escuela de Enfermería y la comisión coordinadora por habernos abierto sus puertas para cursar el doctorado.

A Alexandra, secretaria del Doctorado por su dedicación, orientación y apoyo desde la distancia.

A todas aquellas personas que de una u otra forma me motivaron e iluminaron la ejecución de esta investigación.

“Aquí estoy Señor, para hacer tu voluntad”.



## INDICE GENERAL

VEREDICTO.....	9
DEDICATORIA.....	10
AGRADECIMIENTO.....	13
RESUMEN.....	21
<b>INTRODUCCION</b> .....	23
<b>CAPITULO I</b> .....	30
<b>EL FENOMENO DE ESTUDIO</b> .....	30
<b>2. REFERENTE EMPIRICO DEL FENOMENO A ESTUDIAR</b> .....	32
<b>3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO</b> .....	43
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	43
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	43
<b>4. DELIMITACION DEL ESTUDIO</b> .....	44
<b>5. JUSTIFICACION</b> .....	44
<b>CAPITULO II</b> .....	49
<b>APROXIMACION AL REFERENTE TEORICO</b> .....	49
<b>CAPITULO III</b> .....	80
<b>ABORDAJE METODOLOGICO</b> .....	80
<b>3.1 Perspectiva del diseño cualitativo</b> .....	81
<b>3.2. Método Fenomenológico – Hermenéutico:</b> .....	84
<b>3.3. Abordaje de Spiegelberg</b> .....	91
<b>3.3.1. Fenomenología de las Esencias.</b> .....	93
<b>3.3.2. Fenomenología de las Apariencias.</b> .....	94
<b>3.3.3. Constitución Fenomenológica.</b> .....	95
<b>3.3.4. Reducción Fenomenológica.</b> .....	96
<b>3.3.5. Fenomenología Hermenéutica.</b> .....	97
<b>3.4. Macro contexto.</b> .....	97
<b>3.4.1. Informantes o actores sociales</b> .....	99

3.4.2. Criterios de Selección de Informantes Clave.....	101
3.4.3. Agentes externos participantes del Estudio.....	102
3.5 Escenario del estudio .....	103
3.6. Consideraciones éticas .....	104
3.7. Principios éticos de la investigación: .....	¡Error! Marcador no definido.
3.8. Procedimiento de recolección de la información.....	106
3.9. Rigor metodológico .....	109
<b>CAPITULO IV .....</b>	<b>112</b>
<b>DESCRIPCION DEL FENOMENO DE ESTUDIO .....</b>	<b>112</b>
<b>4.1. PERSPECTIVAS DE LOS INFORMANTES CLAVE: .....</b>	<b>112</b>
<b>CAPITULO V.....</b>	<b>127</b>
<b>PERSPECTIVAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y CUIDADORES FAMILIARES SOBRE EL FENOMENO DE ESTUDIO .....</b>	<b>127</b>
<b>5.1. Perspectiva de la Investigadora .....</b>	<b>128</b>
<b>5.2. Perspectiva de los Agentes Externos. ....</b>	<b>131</b>
<b>5.3. COINCIDENCIAS O INTERSECCIONES DE LOS AGENTES EXTERNOS DE ACUERDO A LAS RESPUESTAS AL INTERROGANTE ¿COMO ES CUIDARSE PARA UN PACIENTE EN DIALISIS PERITONEAL?.....</b>	<b>142</b>
<b>CAPITULO VI.....</b>	<b>145</b>
<b>BUSQUEDA DE LAS ESENCIAS Y LA ESTRUCTURA .....</b>	<b>145</b>
<b>6.1. SÍNTESIS NARRATIVA. ....</b>	<b>149</b>
<b>6.2. PRESENTACION DE LA MATRIZ DE CATEGORIZACIÓN Y CODIFICACIÓN.....</b>	<b>159</b>
<b>6.3. PROCESO DE TRIANGULACION.....</b>	<b>176</b>
<b>6.3.1. Coincidencias o Intersecciones Identificadas en las Categorías.....</b>	<b>177</b>
<b>6.4. PROCESO DE ESTRUCTURACION.....</b>	<b>180</b>
<b>CAPITULO VII .....</b>	<b>182</b>
<b>CONSTITUCION DE LOS SIGNIFICADOS DEL FENOMENO DE ESTUDIO ..</b>	<b>182</b>
<b>CAPITULO VIII.....</b>	<b>193</b>
<b>INTERPRETACION DEL FENOMENO .....</b>	<b>193</b>

<b>CAPÍTULO IX</b> .....	201
<b>APROXIMACIÓN TEÓRICA</b> .....	201
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	208
<b>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA</b> .....	225

## **LISTA DE FIGURAS**

**Figura 1.** Elementos integradores que relacionan las categorías surgidas en el estudio; de acuerdo a los significados encontrados en los pacientes entrevistados.

## **LISTA DE TABLAS**

Tabla 1. Estadios de la Enfermedad Renal

Tabla 2. Caracterización sociodemográfica de las personas con Diálisis Peritoneal

Tabla 3. Caracterización Sociodemográfica de las enfermeras de la Unidad Renal

## RESUMEN

### **Cuidar de si para la persona con terapia de reemplazo renal tipo diálisis peritoneal: una perspectiva epistemológica desde la visión de sus propios actores**

**Autora:** MgSc. Haidy Oviedo Córdoba.

**Tutora:** Dra. Aní Evies Ojeda.

**Año:** 2018.

La enfermedad renal crónica inicia silenciosamente, no presenta signos y síntomas previos, su manifestación surge cuando la patología ha avanzado en el organismo y exige cambios en la vida cotidiana. El objetivo general se basó en construir una aproximación teórica de naturaleza epistemológica, ontológica y axiológica, acerca del cuidar de si de las personas con Enfermedad Renal en tratamiento con diálisis peritoneal. Este estudio está adscrito a la línea de Investigación: Promoción del Cuidado Humano en la experiencia de salud y calidad de vida, Área de Concentración salud y Cuidado Humano perteneciente al Doctorado en Enfermería de la Universidad de Carabobo. Desde la perspectiva cualitativa, bajo un enfoque fenomenológico y apoyado en el abordaje de Spiegelberg, se construyó el significado a partir de entrevistas a seis (6) personas con en tratamiento de diálisis peritoneal considerándose los informantes clave, participan como agentes externos los cuidadores familiares y cuidadoras formales las enfermeras de la Clínica Renal Fresenius Medical Care en Santa Marta, Colombia, aportaron la información previa obtención del consentimiento informado. Entre las contribuciones teóricas se interpreta el cuidar de si como fenómeno ontológico que exige al paciente cambios en la manera de sentir, actuar y pensar, Las epistemes derivadas de los significados expresados por los participantes del estudio fueron: Un nuevo comienzo, superar el miedo a complicarse, mejorar para seguir viviendo, amarse a si mismo, proteger mi propia vida y entender que es por mi bien, todos ellos permitieron develar el cuidar de si como un acto consciente de autonomía libertad y responsabilidad.

**Palabras Clave:** Enfermedad renal, Diálisis Peritoneal, Cuidado Humano

## **ABSTRACT7**

### **Caring for the person with peritoneal dialysis-type renal replacement therapy: an epistemological perspective from the perspective of their own actors**

**Author:** MgSc. Haidy Oviedo Córdoba.

**Tutor:** Dr. Ani Evies Ojeda.

**Year:** 2018

Chronic kidney disease begins quietly, has no previous signs and symptoms, its manifestation arises when the pathology has advanced in the body and requires changes in daily life. The general objective is to be based on a theoretical approach of the epistemological, ontological and axiological nature, on the care of people with renal disease in the treatment with peritoneal dialysis. This study is attached to the line of Research: Promotion of Human Care in the Experience of Health and Quality of Life, Area of Concentration Health and Human Care Pertinent to the Doctorate in Nursing of the University of Carabobo. From the qualitative perspective, under a phenomenological approach and supported by the Spielgelberg approach, meaning was constructed in the sense of interviews with the six (6) people with the peritoneal dialysis treatment, considering the key data as external agents, Family caregivers and medical health care in Santa Marta, Colombia. Among the theoretical contributions is interpreted the care of as an ontological phenomenon that requires the patient changes in the way of feeling, acting and thinking, the epistemes derived from the meanings expressed by the study participants were: A new beginning, overcome the fear to Complicate, improve to continue living, love yourself, protect my own life and understand that it is for my own good, all of them allowed to develop the care of a conscious act of freedom and responsibility

**Key Word:** Kidney disease, Peritoneal dialysis, Human care

## INTRODUCCION

El cuidado humano se ha visto enmarcado en medio de dos grandes contextos, el histórico con el cual se ha dividido en etapas la evolución del cuidado, y el filosófico a través de los cuales se han descrito las diferentes corrientes que fundamentan su ser Existencialista, Humanista y Fenomenológico. Estas dos grandes realidades han permitido a teoristas de Enfermería y filósofos interactuar e intercambiar significados a partir de las experiencias que las personas han podido vivir en relación al cuidado humano; por ello y a partir del análisis de los diferentes contextos en los cuales se brinda cuidado se generaron las teorías del autocuidado, de la adaptación, de la promoción de la salud, la interculturalidad por solo nombrar algunos y que día a día se afianzan y fortalecen en la medida que más Enfermeras buscamos nuevas maneras de abordar a las personas en situación de vulnerabilidad, más aun cuando en sus vidas aparece la cronicidad

Hasta la fecha las publicaciones producidas en el campo disciplinar, demuestra que esta es una actividad cuya esencia es el cuidado de las personas, quienes están en un estado de fragilidad y vulnerabilidad dados por la presencia de un estado agudo o crónico, como es el caso de las personas con Enfermedad Renal Crónica, quienes desde el momento del diagnóstico viven una experiencia negativa y dolorosa, que crea dependencia y que genera en la persona expresiones de sufrimiento, angustia y miedo, que le llevan a cuestionar su sentido de la vida.



Son varias las investigaciones que se han realizado en relación al cuidado, a su significado ya sea abordado por pacientes, enfermeros, estudiantes utilizando para ello enfoques cuantitativos y cualitativos; desde hace pocos años se ha venido afrontando el tema del cuidar de si dentro del estudio del cuidado humano, los estudios hasta ahora realizados han permitido indagar desde un ejercicio hermenéutico la visión del cuidar de si agrupándose en tres grandes grupos: estudios que han descrito el cuidar de si de los profesionales de la salud en especial las enfermeras; otro grupo centrado en el cuidar de si desde los estudiantes de enfermería y en menor proporción el cuidar de si desde la visión de los pacientes; estos estudios permiten reconocer el cuidado humano como un fenómeno complejo, que abarca la multidimensionalidad del hombre, constituido por dimensiones técnicas y humanísticas que son expresados a través de la interacción, la comunicación, el respeto, la empatía,, los sentimientos entre otros aspectos que permiten darle al cuidado humano y en especial al cuidar de si una visión integral,.

Dada la condición de salud que presenta la persona con Enfermedad Renal es importante abordar con más investigaciones este fenómeno, que contribuyan a madurar el concepto del cuidar de si, a comprender las diferentes conexiones que establece este conocimiento propio de la Enfermería con otras disciplinas y a indagar los fenómenos y experiencias de las personas con respuestas concretas en relación al cuidado.

En ese sentido esta investigación busco construir una aproximación teórica de la naturaleza epistemológica, ontológica y axiológica, acerca del cuidar de si de las personas con enfermedad renal en tratamiento con diálisis peritoneal desde la perspectiva de los pacientes. El estudio se desarrolló en una Unidad Renal de la ciudad de Santa Marta, Magdalena, Colombia. La investigación se llevó a cabo con 6 personas que viven con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo renal de diálisis peritoneal sea esta manual (CAPD) o automatizada (APD), y con tres enfermeras que tienen contacto con los pacientes del programa y tres cuidadores familiares.

Esta investigación se inscribe en el enfoque interpretativo modelo cualitativo desde el enfoque fenomenológico – hermenéutico. Se trata de un enfoque que permite un saber comprensivo, unido a los fenómenos humanos y a los significados que representa la experiencia vivida con el fin de comprender actitudes, valores y la asignación que cada persona entrevistada le asigna al fenómeno en estudio.

Se inició esta indagación con una revisión específicamente con los conceptos del cuidar de si, desde los desarrollos conceptuales de la disciplina de Enfermería y de manera complementaria con otras disciplinas de las ciencias sociales que han estudiado el cuidar de si, para ello se utilizaron las bases de datos facilitadas por la Universidad del Magdalena, Scielo, Medline, Ovid, Scopus entre otras, en español, inglés y portugués, dada la alta producción intelectual de este tema en éste último idioma. La revisión permitió develar los elementos más repetitivos sobre el concepto

del cuidar de si, así como los vacíos relacionados con el cuidar de si de las personas en diálisis peritoneal, con lo cual se logró plantear la presente investigación que consta de nueve capítulos.

El capítulo I se refiere al fenómeno de estudio, contiene el contexto de la situación estudiada, el referente empírico y conceptualización del cuidar de si, se continua con los antecedentes de la investigación que permiten determinar las preguntas y los objetivos de la misma, la delimitación y la justificación de este estudio construyen el final de éste capítulo.

El capítulo II recopila el referente teórico sobre el fenómeno de estudio, en él se especifica algunos aspectos orientadores de la investigación relacionados con el cuidado desde su origen para luego hacer una exploración de los conceptos tomando los aportes teórico –filosóficos del cuidado, desde la perspectiva de Boff, Mayeroff (1971), Heidegger (1993), Foucault (1987) y desde la visión del desarrollo de las teorías de Enfermería con los aportes de Colliere, Watson (2009), Leininger (1995), Waldow (2014); ambos campos permiten exponer la influencia de la filosofía en el desarrollo del cuidado consolidando los conceptos primordiales para fundamentar el estudio del cuidar de sí. El capítulo también hace referencia a la Enfermedad Renal a través de las guías KDOQUI que establecen a nivel internacional el manejo de la enfermedad.

El capítulo III es la aproximación metodológica del estudio, en él se enuncian algunas de las definiciones acerca del paradigma interpretativo, cualitativo y el método fenomenológico utilizando el modelo de Spiegelberg; los informantes claves del estudio, los criterios de selección, los agentes externos participantes, el acceso al campo de estudio y las consideraciones deontológicas que desde la disciplina y la legislación colombiana en temas de investigación se tiene para salvaguardar los derechos de los participantes; la técnica para la recolección de la información y el análisis de la información, también son descritos en este capítulo.

En el capítulo IV, se determina la descripción del fenómeno del estudio, en él se presentan las derivaciones interpretativas de la evidencia empírica a partir de las respuestas dadas por los actores sociales una vez se ha realizado las diferentes entrevistas

En el capítulo V, se presentan tanto la perspectiva de la investigadora como la de los agentes externos, permitiendo de esta manera desarrollar la **búsqueda de las múltiples perspectivas**; a partir de la matriz de análisis se consideran las intersecciones y coincidencias en las respuestas proporcionadas por los agentes externos.

El capítulo VI, se enmarca en la Fenomenología **de las esencias y de las estructuras** contiene una síntesis narrativa, el proceso de categorización y la codificación de la información, así como el proceso de triangulación y la

estructuración de las categorías estructurando el constructo del significado del cuidar de sí.

El capítulo VII, enuncia cada uno de los significados surgidos a partir de la conciencia de los informantes clave, una vez se ha saturado las propias respuestas; así también se exponen los conceptos emitidos por los diferentes autores a partir de los significados identificados, construyendo así la

### **Constitución de los significados**

El capítulo VIII, contiene la comprensión de los significados del cuidar de sí, dado por los informantes claves, de esta manera se construye a partir del conocimiento del fenómeno y se comprende constituyendo dentro del modelo de Spiegelberg la **fenomenología hermenéutica**.

Finalmente el capítulo IX, corresponde a los aportes de naturaleza ontológica, epistemológica y axiológica, expresados bajo una visión de integralidad constituyendo la **Aproximación teórica del cuidar de sí de la persona con enfermedad renal en tratamiento de diálisis peritoneal**, en este también se presentan reflexiones que ganaron mayor fuerza argumentativa e interpretativa y permiten establecer algunas consideraciones finales e identificar temas que requieren más profundización y plantean otros retos investigativos. Por último, se adiciona la bibliografía utilizada en el estudio y como anexos el formato de consentimiento informado y la caracterización.

## **CAPITULO I**

### **EL FENOMENO DE ESTUDIO**

#### **1. CONTEXTUALIZACION DE LA SITUACIÓN ESTUDIADA**

En este capítulo se presenta el área problemática que se contextualiza a partir de un Breve panorama de la situación de la Enfermedad Renal Crónica y de las personas que viven con la enfermedad. Se continúa con los antecedentes de investigación que permiten llegar a las preguntas y los objetivos de investigación. El capítulo termina con la justificación del estudio.

Desde el origen de la humanidad, el ser humano se ha preocupado por el mantenimiento de su salud y ha concebido desde las diferentes culturas a personas con capacidades para enfrentar y prevenir las enfermedades; es así como se reconocen desde los tiempos remotos, significados para dar explicación a la enfermedad, la terapéutica para tratarla y acciones concretas que con el tiempo se convirtieron en un conocimiento para mantenerla o recuperarla.

Considero el cuidado como la práctica más antigua en la historia de la humanidad, su concepto invita a reflexionar acerca de las actividades que aseguran la continuidad de la vida relacionada ésta no solo con las necesidades básicas o con el mantenimiento de la especie, principios que en el origen dieron fundamento a su actuar, sino también con todo aquello que desde el entorno, y la multi dimensionalidad del hombre dieron explicación y a través de la tradición oral forjaron conceptos de ser

sano o estar enfermo, ya fuera por fuerzas sobrenaturales, o por el castigo ante un acto indebido, generando así acciones que le permitieran salvaguardarse de los fenómenos naturales, o bien alimentarse, abrigarse y protegerse del mismo entorno.

En la medida que fueron dándose transformaciones en la evolución de la humanidad, también coexistieron cambios en las concepciones de la salud, la enfermedad, y en los métodos y prácticas para mantenerla; siendo entonces limitada por la conducta humana, la cual en algunos casos la condujo a estilos de vida con influencia directa en su estado de salud. Surgen así condiciones en las cuales, la persona en un camino de autoconocimiento y de interacción con el otro, construye el auto cuidado.

Sin embargo, lo que observo es que el hombre ha enmarcado su estilo de vida con acciones poco saludables, tales como el sedentarismo, la comida con alto contenido de carbohidratos, el alto consumo de sal, el poco consumo de agua, llevándolo a desarrollar enfermedades que habrían podido evitarse si fuese consciente de llevar estilos de vida sanos.

Pienso que las enfermedades crónicas en los adultos han marcado un cambio significativo en el perfil epidemiológico de la última década en el mundo entero, las estadísticas mundiales revelan de forma alarmante el creciente número de personas dependientes originadas a partir de enfermedades neurológicas, Alzheimer, la enfermedad de Parkinson, el cáncer, los accidentes cerebro vasculares, la esclerosis y

por enfermedades que requieren modificaciones importantes en los hábitos de vida diaria tales como la Enfermedad Renal Crónica.

Estos padecimientos crónicos no transmisibles<sup>2</sup> y en especial la enfermedad renal crónica aumenta progresivamente, y los registros encontrados a nivel mundial demuestran, un continuo crecimiento del número de pacientes que necesitan tratamiento sustitutivo de la función renal<sup>3</sup>. Esta enfermedad demanda del paciente y su familia tiempo, gastos y sacrificios. Muchos ven como su vida cambia, sus hábitos y en especial la responsabilidad que se debe asumir frente a la enfermedad.

## **2. REFERENTE EMPIRICO DEL FENOMENO A ESTUDIAR**

El comportamiento y características de los patrones de salud y enfermedad de las poblaciones, han estado acompañadas por dinámicas demográficas, económicas y sociales a través de la historia. Veo como el establecer acciones específicas para evitar la peste y el hambre, la humanidad se preocupó por conocer y tratar las enfermedades infectocontagiosas, para luego, en la actualidad volcar los recursos para el control y tratamiento de patologías crónico degenerativas.

Estos procesos tienen un componente importante en relación con el crecimiento poblacional, la industrialización, la urbanización, la migración a las ciudades, propias de países en vías de desarrollo, en los cuales existe un control importante de las enfermedades infectocontagiosas con un aumento de las enfermedades predominantes en los países industrializados; se muestra así un perfil



epidemiológico global heterogéneo, que obliga a encontrar una vinculación entre las políticas globales de desarrollo y salud, para atender la emergencia de nuevos agentes patógenos, la reemergencia de otros y la disminución de la mortalidad por enfermedades crónico degenerativas.

La enfermedad crónica afecta en la actualidad a gran parte de la población mundial; clasificadas de muy diversas formas pueden establecerse diferencias de acuerdo al sentimiento de pérdida o amenaza física con mal pronóstico (Cáncer y Sida), que generan dependencia (Renales), que con llevan dolor o pérdida de la imagen corporal (artritis, amputación, colostomías), otras requieren para su evolución favorable modificaciones en el estilo de vida (Cardiovasculares, Diabetes Mellitas, EPOC, Obesidad).

Sin embargo, estas enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) reúnen algunas características comunes como son :la irreversibilidad, la permanencia, la presencia de periodos de estabilidad oscilantes; la plurietiología, al asociarse a factores físicos, socioculturales, ambientales, económicos y el estilo de vida personal y laboral; no ser contagiosas, ya que no son producidas por agentes microbianos, las secuelas psicológicas y físicas que disminuyen notoriamente la calidad de vida; todas estas entidades requieren de un entrenamiento específico tanto para el paciente como para la familia para asegurar el cuidado y mantenimiento de la salud, y son prevenibles tanto a nivel primario como secundario con la modificación de ciertos factores o con la detección precoz; las enfermedades crónicas tienen una repercusión importante a

nivel socioeconómico no solo por el costo para los sistemas de salud sino también por la pérdida de la productividad para los pacientes.

Una vez el paciente vivencia los procesos de aceptación y afrontamiento, que requieren de un largo tiempo, se logra una adherencia al tratamiento el cual implica un cambio de actitud respecto a la enfermedad y hacia el mismo, la incorporación de cambios en su vida cotidiana en el auto cuidado, la asistencia a controles médicos y el conocimiento y prevención de conductas de riesgo.

En el proceso de adaptación de la enfermedad crónica no se puede olvidar el apoyo social que a través de la interacción con las personas brinda ayuda espiritual, emocional, informativa, funcional y material; el apoyo, ofrecido tanto por los profesionales de la salud, como por amigos, compañeros, vecinos y familiares, quienes prestan su ayuda en los momentos de diagnóstico de la enfermedad y crisis, y contribuyen a la formación de nuevas conductas y actitudes; esto conduce a que la búsqueda del bienestar y la salud no sea un asunto exclusivo de los profesionales.

La enfermedad Renal Crónica (ERC) se considera como un problema de salud pública la cual es asociada a elevadas tasas de morbi- mortalidad cardiovascular, costos elevados y discapacidad, sumados a pérdida de años de vida. Según datos del estudio de carga de Enfermedad del 2010, en los últimos 20 años la enfermedad renal crónica fue la segunda enfermedad después del VIH/SIDA con mayor incremento en la tasa de mortalidad, pasando del puesto vigésimo séptimo una tasa de mortalidad de 15,7 x100.000 en 1990 al puesto décimo octavo con una tasa de mortalidad de 16.3 x

100.000.<sup>4</sup>

Por otra parte, la incidencia y la prevalencia de ERC es diferente entre países y regiones, se considera que el 11% de la población adulta sufre algún grado de ERC, asimismo se cree que más del 80% de todos los pacientes que reciben tratamiento para ERC se encuentran en los países desarrollados y concentran la atención a través de los servicios de salud a la población en edad avanzada.<sup>5</sup>

La incidencia de la ERC en Estados Unidos para el 2012 fue de 114.813 ppm, cifra dada por un aumento año tras año de más de tres décadas comprendidas entre 1980 y 2010, siendo el rango de edad límite a partir del cual se establece la ERC los 45 años, con aumentos en la edad avanzada de 65 y más años<sup>6</sup>. En este mismo país se considera como primera causa de ERC la diabetes y la prevalencia de inclusión en terapias de reemplazo renal aumento en 3,8% en el 2012 alcanzando 449.342 pacientes; de manera discriminada se encuentra que se conserva la tendencia marcada de iniciar en terapia de hemodiálisis siendo en el 2012 de 98.954 nuevos pacientes comparados con 9,175 pacientes en diálisis peritoneal.<sup>6</sup>

He podido encontrar diferencias entre países y regiones en donde existen poblaciones con mayor riesgo o presentar mayores tasas de progresión de la enfermedad; es así como las poblaciones afroamericanas y asiáticos que residen en el Reino Unido, los afroamericanos, pueblos indígenas norteamericanos y suramericanos se han considerado como población con mayor riesgo de afectación<sup>7</sup>

En Europa he encontrado una tasa de incidencia tendiente al aumento en los últimos años, al parecer cerca de 4 millones de personas han sido diagnosticadas con ERC en España; de estas 50.909 se encuentran en tratamiento sustitutivo siendo el 50% en cualquier tipo de terapias dialíticas y el restante en trasplante renal; con una progresión de cerca de 6000 personas por año que progresan hasta una de las terapias dialíticas; las cifras muestran como el 43,8% de los pacientes escogen la hemodiálisis, el 50,78% están trasplantados y solo el 5,42% en Diálisis Peritoneal; la ERC en este país aumenta con el envejecimiento y conserva como enfermedades preexistentes la diabetes, la hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca y cardiopatía isquémica<sup>8</sup>

Según datos de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH) la Enfermedad Renal Crónica (ERC) en etapa de pre diálisis afecta hasta 11% de la población mundial; en América Latina un promedio de 613 pacientes por millón de habitantes tuvieron acceso en 2011 a alguna de las alternativas de tratamiento para la sustitución de la función que sus riñones ya no pueden realizar: hemodiálisis (realizada por una máquina), diálisis peritoneal (utilizando fluidos en el abdomen a través de un catéter) y el trasplante de riñón. Sin embargo, la distribución de estos servicios es muy inequitativa y en algunos países esa cifra fue menor a 200.<sup>9</sup> Para Latinoamérica la prevalencia se considera de 447 pacientes por millón de habitantes con una incidencia de 147 personas por millón de habitantes; a la vez estos datos conservan una variabilidad dependiendo el país, es así para Puerto Rico se

encuentra 1.026 pacientes por millón de habitantes, en Argentina 667 ppm, Brasil 485 ppm, Bolivia 63 ppm, Cuba 225 ppm, y México muestra una incidencia de 377 casos por millón de habitantes con una prevalencia de 1.142 ppm<sup>10</sup>

Por otra parte, están siendo reconocidas las acciones que desde OPS y la SLANH están realizando a fin de elevar las tasas de tratamiento de sustitución de la función renal hasta de 700 pacientes por millón de habitantes en cada país de Latinoamérica para el 2019.

Dentro de las terapias sustitutivas de reemplazo renal la diálisis peritoneal es una opción que, de acuerdo a lo observado en las clínicas renales, no es la primera elección de las personas debido a varios factores, uno de ellos el momento de inicio de la terapia sustitutiva, que generalmente tiene un inicio agudo, que obliga iniciar directamente en la terapia de hemodiálisis.

La diálisis peritoneal domiciliaria se ofrece actualmente a alrededor del 12% de los pacientes en América Latina. La cifra supera el 30% en algunos países, pero en otros es aproximadamente del 6%. La Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH), promueve aumentar ese porcentaje al 20% para 2019 en cada país de la región<sup>11</sup>.

En Colombia, se ha estimado en el orden de 12 por 100.000 habitantes para una población de 43.000.000 millones de habitantes que padecen de Enfermedad renal. La

mortalidad por ERC renal es de 3,7 por 100.000 de personas entre los 15-60 años. La enfermedad renal crónica es una de las primeras 20 causas de mortalidad con una prevalencia de 2,02 %, y se considera que 11,239 personas del régimen contributivo reciben tratamiento de diálisis como consecuencia de la progresión de una IRC.

Así también, datos del 2012 nos reflejan 763.918 casos de ERC, de los cuales el 52,2% (398.771 casos) se encontraban en estadio 3. La prevalencia de ERC terminal en Colombia es de 621 pacientes por millón, (27.637) de los cuales el 56% se encuentra en hemodiálisis, 25% en diálisis peritoneal el 17% con trasplante renal y el 2% en tratamiento médico no dialítico<sup>12</sup>

Se reconoce que el incremento continuo de casos de enfermedad renal crónica, está directamente relacionado con el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la patología de base, la dieta, el manejo del stress, ejercicios y cuidados en casa de la enfermedad inicial posibilitando o no la aparición de la enfermedad renal crónica.<sup>13</sup>

En el país se encuentran registrados según los datos reportados a la Cuenta de Alto Costo (CAC) 2.272.642 con Hipertensión Arterial 575.174 Diabéticos, y de estos 765.000 con ERC en cualquier estadio. Sin embargo, aún hay varios pacientes sin estudio y diagnóstico de HTA, DM, y sin descartar ERC.

En Santa Marta, las cifras muestran una población atendida aproximadamente de 130 pacientes por clínica renal existiendo 3 en la ciudad que ofrecen sus servicios en las

modalidades de hemodiálisis y diálisis peritoneal ambulatoria, o bien automatizada y terapias continuas usadas en pacientes agudos.

La mayoría de éstos pacientes, ingresan a programas de terapia de reemplazo renal, por diferentes causas, el primer lugar lo ocupa la Nefropatía diabética con un 30 a 35%, le sigue la nefroesclerosis hipertensiva con un 20 a 25%; estas entidades presentan una alta prevalencia mundial y el optar medidas de prevención podría disminuir el ingreso a terapias de reemplazo renal. A la vez existen otras causas como la glomerulonefritis, la nefroesclerosis tubulointersticial, el lupus eritematoso, la litiasis y causas aún no conocidas que favorecen la aparición de enfermedad renal.

Igualmente es un hecho común la reacción de alarma de las autoridades gubernamentales y en especial de las EPS cuando se citan las cifras de pacientes crónicos y en especial de los pacientes renales, por el costo que genera la atención de su tratamiento o bien de las complicaciones. Esta reacción refleja varios aspectos, por una parte hace evidente el desconocimiento de la situación real de los pacientes renales crónicos en términos de cobertura, calidad y accesibilidad de los servicios; en segundo lugar pone en tela de juicio los servicios existentes particularmente en el campo de la prevención ya que la enfermedad renal y sus precursoras son evitables si se intervienen a tiempo; en tercer lugar hace innegable la existencia de dificultades para el entorno familiar quienes asumen el cuidado del paciente y finalmente hace palpable la necesidad de generar programas que incidan en la promoción de la salud y en el cuidado del paciente en casa<sup>13</sup>.

Por otra parte los estudios de índole cuantitativo que se han desarrollado en relación a la enfermedad renal crónica, su calidad de vida, la adherencia a las modalidades de tratamientos, la incidencia de complicaciones propias de la enfermedad o del tratamiento mismo, demuestran que en muchos de los casos la persona con enfermedad renal no cambia fácilmente sus hábitos de vida; si bien algunos estudios reflejan el nivel de conocimiento y la habilidad para el autocuidado, es evidente que no resulta importante para llevar a acciones que permitan cuidar de si y prevenir complicaciones.

La Diálisis Peritoneal es esencialmente una modalidad de autocuidado, que le permite al paciente controlar su propio tratamiento y tener conciencia de su propio cuidado. Las actividades desarrolladas por él incluyen procedimientos de la diálisis, cuidar el catéter y de entorno, tomar medicamentos, seguir dieta y mantener vigilancia previniendo complicaciones<sup>14</sup>. Así también otros estudios realizados desde abordajes cuantitativos han mostrado cómo el tratamiento dialítico transforma la vida del paciente, desde la dinámica personal, familiar, laboral, lo que requiere desde el profesional de enfermería un acercamiento y acompañamiento durante todo el proceso de adaptación; para ello se han abordado diferentes enfoques enmarcados en un proceso educativo que permita identificar barreras y desarrollar estrategias que lleven al paciente y su familia a afrontar la enfermedad, adaptarse a ella y adherirse a su tratamiento<sup>15</sup>.

Cabe mencionar mi experiencia profesional en el rol asistencial en el cuidado de personas en clínica Renal en las diferentes modalidades de tratamiento sustitutivo



y en especial en Diálisis Peritoneal donde he tenido la oportunidad de tener el fenómeno de estudio de manera cercana, y en quienes a pesar de mantener estrategias pedagógicas y de acompañamiento personalizado, he podido identificar conductas de riesgo tales como recambios incompletos, técnicas inadecuadas, las cuales aumentan el riesgo de infección, riesgos ambientales dados por el lugar donde se realiza el recambio, el cual debe garantizar que sea un ambiente limpio, tener una mesa única para el recambio, controlar la ventilación del lugar, tener la menor cantidad de objetos dentro del sitio dispuesto para evitar la acumulación de polvo, además del uso de desinfectantes, tapabocas y toallas desechables; también he podido identificar la falta de adherencia y adaptación al tratamiento, complicaciones de tipo infeccioso, desmotivación hacia la terapia, rutinización, cambios en la prescripción de los líquidos diálisis que le llevan a veces a déficit o sobrecarga de líquidos que obedecen a una falta de autocuidado; la inasistencia periódica a los controles médicos mensuales generalmente en los pacientes que tienen inconvenientes económicos y que viven en municipios muy lejanos a la ciudad de Santa Marta; esto sin incluir la participación de los cuidadores familiares en aquellas situaciones en las cuales se genera dependencia para el tratamiento y se constituyen en algunos casos fuente de riesgos pues llegan a vivir una sobrecarga del cuidado<sup>13</sup>.

Siendo la Diálisis peritoneal la terapia que más calidad de vida ofrece a la persona con enfermedad Renal Crónica, en términos de una mejor alimentación al permitir el consumo de alimentos variados y de una ingesta hídrica mucho más

flexible en comparación con el paciente en hemodiálisis, disponibilidad de tiempo, mantenimiento en su rol laboral, independencia en aquellos casos de pacientes jóvenes quienes asumen su terapia, así como una menor medicación, no es una de las terapias más elegidas por las personas diagnosticadas con Enfermedad Renal Crónica.

En base a las consideraciones antes mencionadas y teniendo en cuenta que el cuidado humano debe responder a una acción de responsabilidad con uno mismo, considero importante realizar algunas indagaciones en las personas que realizan esta terapia de reemplazo renal, tratando de encontrar el significado que le dan al cuidar de sí, teniendo en cuenta que fácilmente asumen conductas de riesgo que los llevan incluso a cambios de terapia de reemplazo renal. Tomando en consideración lo anteriormente planteado, me formule algunos interrogantes que me orientaron en el logro de los objetivos de esta investigación:

- ¿Qué es para usted vivir con enfermedad renal crónica?
- ¿Cuánto hace que le diagnosticaron su enfermedad renal? ¿por qué eligió la diálisis peritoneal?
- ¿Cómo ha sido adaptarse a la terapia?
- ¿Qué es para usted cuidarse?
- ¿Por qué es importante cuidar de ti?
- ¿Qué le genera el tratamiento?
- ¿Por qué crees que hay pacientes que se complican?
- ¿Qué ha sido lo más difícil para ti, de aprender a cuidarte?

- ¿Qué más haces para cuidarte?

### **3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Generar una construcción teórica de naturaleza ontológica axiológica y epistemológica acerca del cuidado de sí mismo de pacientes con enfermedad renal crónica con terapia de reemplazo renal tipo diálisis peritoneal, derivado del significado que éstos le asignan.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

3.2.1. Describir el significado que las personas en terapias de reemplazo renal tipo diálisis peritoneal le asignan al cuidar de sí mismo.

3.2.2. Buscar las múltiples perspectivas de los agentes externos y de la investigadora sobre el cuidado humano a las personas con enfermedad renal crónica con terapia de reemplazo renal tipo diálisis peritoneal

3.2.3. Comparar las diferentes visiones de los informantes claves y los agentes externos sobre el significado del cuidar de sí de las personas antes y después de la terapia de reemplazo renal.

3.2.4.- Buscar las esencias y las estructuras en los significados aportados por los informantes claves y agentes externos sobre el significado del cuidado de si para la

persona que ha tenido la vivencia de la terapia de reemplazo renal tipo diálisis peritoneal.

3.2.5. Interpretar el significado del cuidar de si para la persona que ha tenido la vivencia de la terapia de reemplazo renal tipo diálisis peritoneal.

#### **4. DELIMITACION DEL ESTUDIO**

El presente estudio es de naturaleza cualitativa indago y construyo el significado de cuidar de si, como realidad social conocida, percibida e interpretada de un grupo de personas con Enfermedad Renal Crónica que ha tenido la vivencia de la diálisis peritoneal como terapia de reemplazo renal ya sea modalidad ambulatoria o sistematizada en una Clínica Renal ubicada en la ciudad de Santa Marta. La duración ejecutoria del mismo fue desde el año 2016 culminando en el 2018.

#### **5. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION**

El impacto epidemiológico de la Enfermedad Renal Crónica en la población colombiana es motivo de preocupación para las entidades de salud, a pesar de las campañas que a partir del 2006 se incentivaron desde la SLAHN y la OPS con el fin de impulsar las acciones preventivas en el ámbito de la salud pública.

No obstante, los comportamientos que llevan al desarrollo de la Enfermedad Renal Crónica, en su mayoría, corresponden a un estilo de vida no saludable en el cual se

conjugan factores de riesgo que fácilmente llevan a la persona a deteriorar su salud con un padecimiento crónico sea nefropatía hipertensiva o bien nefropatía diabética entre otras circunstancias con menor incidencia, que se suman a efectos físicos propios de la enfermedad que producen sufrimiento y aislamiento.

Lo anterior representa un reto para el cuidado como relación interpersonal, debido a la complejidad del dialogo y la interacción entre profesional de Enfermería y paciente que requiere el mantener una comunicación que permita la expresión de sentimientos, valores, preferencias, concepciones, opiniones y experiencias; No obstante el profesional de Enfermería como profesional responsable del cuidado ha de tener en cuenta el desarrollar la empatía necesaria para poder generar el ambiente de confianza que permita ese acercamiento, dando valor a la integralidad del ser.

El cuidado de los pacientes con enfermedad renal crónica es complejo y requiere una continua evaluación, planificación. Intervención y educación del paciente a través de un programa continuo que les permita disminuir la velocidad de la enfermedad y respecto a su tratamiento ser lo más asertivo posible. Loring & Holman<sup>16</sup> afirman que cuando el paciente se pone experto en llevar su estado de salud pueden mantener mejor sus roles sociales, autoestima, su relación con otros, mientras que los pacientes que se quedan pasivos y no participan del cuidado se ven agobiados por la complejidad de la enfermedad y cambian a papeles dependientes con sus familias y amigos. En las guías KDOQI se ha incluido algunas pautas de cuidado, y

sugieren los “comportamientos de autogestión” con los cuales los pacientes logran una supervivencia más larga<sup>17</sup>.

Es por ello que se hace necesario indagar lo que percibe la persona con tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal en relación a su propio cuidado, teniendo en cuenta su edad, su proyecto de vida, las limitaciones propias de la enfermedad, la esperanza de vida, y aquellos procesos que si bien ya están descritos en protocolos y guías, puedan ser mejorados desde la visión de la persona con Enfermedad Renal Crónica quien es finalmente quien decide su tratamiento sustitutivo, y sufre las complicaciones propias de la enfermedad y de un inadecuado cuidado en su terapia.

El enfoque metodológico del estudio siendo este fenomenológico hermenéutico, busca la comprensión e interpretación del fenómeno que estudia, por ello se profundizara en la búsqueda con los informantes clave y los agentes externos participantes de la investigación, haciéndose así una investigación más cercana, logrando la expresión de sentimientos, creencias, valores, cultura, ideas, es decir todo lo que guarde relación con su vivencia.

En este sentido, se espera los resultados de esta investigación puedan contribuir para que desde el cuidado humano se logre ayudar a las personas con enfermedad renal crónica en tratamiento de diálisis peritoneal siendo autogestoras de

su cuidado, disminuyan complicaciones propias, mejoren adherencia al tratamiento, se mantengan más tiempo en la terapia dialítica y logren una mejor calidad de vida.

Para los profesionales de la salud especialmente los profesionales de Enfermería, el descubrir el significado del cuidar de si para las personas con enfermedad crónica ha de permitir un mayor compromiso con el cuidado, su razón de ser. Así también permitirá a los profesionales de Enfermería conocer de manera clara y evidente la experiencia, las vivencias, las verbalizaciones y la dimensión ética de lo que significa el cuidar de si de las personas en tratamiento con diálisis peritoneal, con lo cual se abre un espacio de reflexión acerca de la realidad del paciente renal reconociendo su cotidianidad, sus sentimientos, sus actitudes, sus preocupaciones, sus fortalezas, sus conceptos.

Para la disciplina de Enfermería será un aporte al poder corresponder desde la teoría del cuidado humano y del cuidar de si, hacia la realidad que viven las personas con enfermedad renal en tratamiento con diálisis peritoneal.

Para las clínicas renales el concientizarse de contar con profesionales de la salud sensibilizados, humanizados con conocimientos idóneos no solo desde las técnicas y procedimientos para el mantenimiento de la vida de estas personas, sino también con un abordaje desde enfermería basados en el cuidado humano como esencia del ser, como valor y ayuden a satisfacer las necesidades de este grupo de personas.

A la vez este estudio es importante para la línea de investigación Promoción del Cuidado Humano en la Experiencia de la Salud y Calidad de vida, perteneciente al Doctorado en Enfermería, Área de concentración Salud y Cuidado Humano, por qué parte e integra elementos de meditación teórica de la filosofía del conocimiento de sí mismo, la autonomía, la libertad, la responsabilidad y la moral para integrarse a los conceptos que desde la visión de las teoristas de Enfermería aportan al cuidar de si, a partir de la vivencia de las personas que ante su vulnerabilidad expresan temores, dudas, expectativas, el dolor, el aislamiento, el sufrimiento y relatan la realidad desde la expresión física, emocional y social.



## CAPITULO II

### APROXIMACION AL REFERENTE TEORICO

Este capítulo contiene algunas consideraciones epistemológicas, axiológicas y ontológicas de la autora sobre el cuidado humano, el cuidar de si, la ética del cuidado, la enfermedad renal crónica su tratamiento como también algunos estudios previos a la temática correspondiendo a lo que se ha dicho al respecto en relación a la actividad de estudio: **Cuidar de si en personas con tratamiento sustitutivo renal modalidad Diálisis Peritoneal: el significado que le asignan sus propios actores.**

#### 2.1. Referente Histórico del Cuidado

El cuidado es algo interesante en la vida del ser humano, está ligado desde el origen de la humanidad con los ciclos del hombre y de la naturaleza misma, podría decirse que se cuida y se es cuidado desde la concepción hasta el final de la vida, tal como lo define Colliere:

“...cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo y encima de todo permitir que la vida continúe y se desarrolle y, de ese modo, luchar contra la muerte: la muerte del individuo, la muerte del grupo, la muerte de la especie” ya que se requiere ocuparse de la vida para persistir, para permitir que la vida continúe”<sup>1</sup>.

Waldow<sup>2</sup> considera que el verbo cuidar y el sustantivo cuidado han estado enmarcados en el área de la salud en donde el procedimiento o un tratamiento se relacionan con mayor o menor cuidado; sin embargo, si tomáramos estos términos en la vida diaria, podrían tomar el significado de atención, precaución, preocupación a una persona, o alguna cosa.

El Cuidado se deriva del latín *Cura*, que significa prestar atención, mostrar interés, revelar una actitud de desvelo y de preocupación, y surge cuando la existencia de alguien tiene importancia para mí, de hecho, estamos delante de una actitud fundamental, de un modo de ser mediante el cual la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y preocupación<sup>1</sup>. Otros significados parten de las palabras *Cogitare cogitatus* cuyo sentido es el mismo de cura, Cogitar, pensar, poner atención, prestar interés, preocupación<sup>2</sup>; así también puede entenderse como actividades de apoyo, educación, asistencia, atención, el intercambio de ideas, la toma de decisiones. Se trata de actividades que promueven o mantienen el bienestar, y es tan esencial en el ser humano que deja de ser un acto para convertirse en una actitud, tal como lo expone Boff, pues requiere reflejar el interés en la otra persona, darse con sinceridad, escuchar y estar dispuesto a ayudar a servir<sup>4</sup>.

Este significado podría rescatarse incluso desde los tiempos remotos cuando la mujer sanadora se vincula con la conservación y el mantenimiento de la vida; Colliere describe a las mujeres sanadoras como aquellas ligadas a la fecundidad y la vida,

como la mujer que nutre, alimenta y amamanta, con lo cual cuida a su especie<sup>3</sup>.

Fue entonces desde la evolución histórica que los conceptos de salud, enfermedad y el cuidado mismo, fueron explicados desde visiones mágico - religiosas, lo sobrenatural y lo religioso; incluso es mencionado guardando una relación importante con las conductas sociales en culturas tan antiguas que plasmaron sus realidades, tal como aparece en el código de Hammurabi en donde se habla de la preocupación y el cuidado, en el sentido del derecho de las personas a ser cuidadas y el deber de cuidar <sup>2</sup>; en Egipto a través del libro de los muertos, el cuidado es mencionado a través de los componentes como generosidad, compasión y ayuda<sup>3</sup> ; o bien desde el mundo clásico, ya sea desde los escritos tan reconocidos como la *Ilíada* y la *Odisea* de Homero, en donde se menciona el cuidado como la preocupación constante con el ser interior, o como la astucia frente a adversidades; incluso llega a considerarse la relación de saber y cuidado, al proponer que el cuidado implica conocimiento del otro con el fin de cuidarlo. Ahora veamos, desde Platón quien inicia el desarrollo de la idea de cuidar de sí mismo, el cual encuentra plenitud en lo colectivo trayecto cambios vivenciales para el bien común<sup>2</sup>, así también los postulados Socráticos aportan en el desarrollo conceptual del cuidado, en donde la vía del conocimiento le da sentido al cuidado, y el cuidado de si reside en el cuidado del todo. También la tradición aristotélica ha dejado su contribución, la *paideia* del cuidado de si, vista como una acción moral y normativa<sup>2</sup>

Es precisamente con la llegada del Cristianismo que el cuidado asume una connotación a mi parecer humana, pues adquiere desde su practica un concepto de

salvación divina, el mensaje de amor universal le aporó a la humanidad, la dedicación a los demás sin esperar ningún tipo de compensación, básicamente cuidar a otro era una actividad que desde la fraternidad y el mandamiento del amor proponía ese donarse a otro, un deber sagrado, reflejado en un servicio desinteresado en el cual “ no era ser cuidado, sino cuidar” , paso de ser una ocupación a fortalecer la docilidad, la humildad, el amor al prójimo, la caridad, la misericordia. El cuidado de los enfermos y afligidos se convirtió en un deber de todo cristiano que quisiera imitar a Jesucristo<sup>3</sup>. Favoreció además la atención desinteresada de los enfermos, por amor a Dios y coloca a la mujer en un plano de igualdad con el hombre, al ser incorporada en la enseñanza formal a través del clero, surgiendo esa figura del cuidado que atendía a los pobres en sus hogares<sup>3</sup>.

Sin embargo, el surgimiento de nuevas concepciones religiosas y los cambios sociales derivados de la revolución económica, industrial, político y religiosa afectó el interés por el cuidado humano, siendo entonces este periodo caracterizado por el abandono y la desatención, la decadencia y estancamiento. Con la llegada de los avances científicos, tecnológicos, filosóficos, más una transformación de las estructuras socio económicas, la edad moderna, se convierte en el renacer del cuidado al iniciarse la preparación de mujeres en este saber, otorgándole así a la Enfermería en la esencia de su práctica, la razón de ser, como ciencia y arte, en la cual las habilidades comunicativas, la afectividad, la practica reflexiva, le permite el abordaje de la persona, la familia y la comunidad.

Encuentro oportuno relacionar este momento del desarrollo del cuidado con la

fábula de Higino, al relatar el “*acompañamiento al ser humano en cuanto peregrina por el tiempo considerado como un camino histórico – utópico, el ethos fundamental y llave descifradora de lo humano*”<sup>4</sup>; puedo observar así, la esencia de la profesión y el compromiso con el cuidado humano.

## **2.2. Concepciones Teórico – Filosóficas:**

El cuidado, de acuerdo a varios de los filósofos existe apriori, es decir, antes de nacer estamos sometidos a la esencia del cuidado; el ser ahí, el ser en el mundo se caracteriza por el cuidar por estar en relación<sup>2</sup>. De manera que el ser que realiza la acción de cuidar y el sujeto que recibe la acción ( ser cuidado ), está en función uno del otro, incluyendo entonces un encuentro de subjetividades; lo que necesariamente lleva a reconocer que el cuidado no puede ser rutinario pues caería en la objetivación del sujeto, lo que terminaría por convertirse en la suma de actividades o de técnicas; lo que se hace hoy día imprescindible es tener experiencia con el cuidado, vivirlo, convirtiéndose en un acto de vida y para la vida; habría que decir tal como lo señala Waldow, “ lo que no es cuidado ( seres vivos, plantas, animales, personas) no se desarrolló o muere”<sup>2</sup>.

González, cita a Mayeroff para rescatar el significado del cuidado para Enfermería relacionándolo con “ayudar al otro a crecer y a realizarse como persona: Es una manera de relacionarse con alguien que implica desarrollo”<sup>5</sup>. Esto es tan fundamental y real que llega a determinar el momento del cuidado en esa interacción

Profesional de Enfermería – paciente a partir del cual se construye conjuntamente y ambos llegan a aprender y a crecer.

Tal vez quien expone de manera directa la importancia del cuidado fue Martin Heidegger, quien en su obra Ser y tiempo dice:

*“Desde el punto de vista existencial el cuidado se encuentra a priori, antes de toda actitud y situación del ser humano, lo que significa decir que el cuidado está presente en toda actitud y situación de hecho”*<sup>6</sup>

Por ello el mismo autor lo considera como un modo de ser esencial, siempre presente e irreductible, es la forma como el ser se da a conocer y se articula<sup>6</sup>; el cuidado surge de cada ser, para continuar conservando la vida, a la vez es una labor de los profesionales de enfermería en el *estar ahí*, con la conciencia, la voluntad, el conocimiento de sí misma y como cuidador(a) de ese otro ser en el mundo en una relación de alteridad. En efecto, Heidegger menciona que el cuidado *cure o cura o Sorge* significa “*cuidar de*” y “*velar por*”, significa inquietud, preocupación, alarma, desvelo por sí mismo, por asumir el destino como un interés existencial<sup>6</sup>.

Retomo a Heidegger<sup>7</sup>, en su obra El ser y el tiempo, explicando el cuidado como preocupación, fundamento del “ser ahí”, el cual ilustra en la fábula de Higinio tomada de Goethe...

*“Una vez llegó Cura a un río y vio terrones de arcilla. Cavilando, cogió un trozo y empezó a moldearlo. Mientras piensa para sí, qué había hecho, se acerca Júpiter. Cura le pide que infunda espíritu al moldeado trozo de arcilla. Júpiter se lo concede con gusto. Pero al querer Cura poner su nombre a su obra, Júpiter se lo prohibió,*

*diciendo que debía dársele el suyo. Mientras Cura y Júpiter litigaban sobre el nombre, se levantó la Tierra (Tellus) pidió que se le pusiera a la obra su nombre, puesto que ella era quien había dado para la misma un trozo de su cuerpo. Los litigantes escogieron por juez a Saturno. Este les dio la siguiente sentencia evidentemente justa: Tú, Júpiter, por haber puesto el espíritu, lo recibirás a su muerte; tú Tierra, por haber ofrecido el cuerpo, recibirás el cuerpo. Pero por haber sido Cura quien primero dio forma a este ser, que mientras viva lo posea Cura. Y en cuanto al litigio sobre el nombre, que se llame “homo”, puesto que está hecho de humus”.*

En este relato Heidegger <sup>7</sup> considera el cuidar como unidad y totalidad del yo “la cura aparece en conexión con la conocida concepción del hombre como el compuesto de cuerpo (tierra) y espíritu génesis del ser humano y revela su constitución: el ser en el mundo tiene el sello entiforme de la cura”. Conceptos que relaciona con “esfuerzo angustioso, solicitud y entrega” dando así esa posibilidad de entrega y en su sentido original como cuidado de la vida.

Considero entonces que, siendo una característica del ser humano, el cuidado proporciona el bienestar al tener presente la lucha por la calidad de vida de las personas; esto además implica que la acción y la relación de interacción se base en valores y conocimientos para y con el ser atendido; en ese sentido Mayeroff <sup>5</sup> refiere ocho componentes del cuidado: conocimiento del otro, de sus necesidades y de lo que permite su crecimiento; ritmos alterados que explora esa posibilidad de mirar las

experiencias hacia atrás y aprender de ella; ser flexible; paciencia para que el otro crezca a su propio ritmo; sinceridad u honestidad frente así y frente al otro, que exige que no haya diferencias significativas entre lo que se hace y lo que se siente; confianza basada en creer que en el otro puede reconocer sus errores y aprender de ellos dejando de lado la sobreprotección; humildad para aprender del otro; esperanza en que el otro crezca en ese proceso de cuidar y coraje o valor para avanzar durante la relación de cuidado, aceptando retos, riesgos a partir de las experiencias pasadas que de alguna forma favorecieron el crecimiento y confiando en las actuales.

Mayeroff involucra dentro del concepto de cuidado como relación que requiere del desarrollo y ayuda para crecer, este filósofo define el cuidado como un fin en sí mismo, un ideal y no solo un medio para un fin futuro, integra a su concepto la forma de relacionarse con alguien y no como la serie de metas orientadas a un servicio. Para llegar a esta relación, afirma que es imprescindible la confianza mutua, el reconocimiento de necesidades y el desarrollo de esa capacidad de entender la manera como la persona ve el mundo y se ve a sí misma.

No podría avanzar en esta descripción sin incluir en esta aproximación teórica, las resonancias del cuidado humano<sup>4</sup>, aporte que desde la Filosofía de Boff, impregna a la Enfermería como ciencia en el amor como fenómeno biológico, la simpatía, la amabilidad, la solidaridad; la regla de oro: la justa medida con lo cual se alcanza a través del reconocimiento realista, de la aceptación humilde y de la óptima utilización de los límites, confiriendo sostenibilidad a todos los fenómenos y



proceso, a la Tierra, a las sociedades y a las personas<sup>4</sup>; con ella la ternura vital reflejado en el afecto que brindamos a las personas y el cuidado que aplicamos a las situaciones existenciales; con todos estos elementos cruzando así las barreras del cuidado transpersonal para desarrollar una relación de ayuda, confianza, apoyo, con una visión holística.

Por otra parte, se hace necesario retomar desde el pensamiento postmoderno de la ontología de las relaciones, los supuestos que Jean Watson elaboro frente a una epistemología de ciencia y tecnología sus escritos desarrollan aspectos espirituales, energéticos de los cuidados conscientes e intencionales, más la presencia y evolución humana; su teoría reúne siete postulados y 10 factores de cuidados caritativos. Define el cuidado de los enfermos como un fenómeno social universal que resulta efectiva si se realiza de forma interpersonal; para Watson los factores del cuidado representan los valores que tienen que ver con la enfermera, el paciente y la familia e incluye aquellos que siente, experimenta, comunica y promueve cada enfermera<sup>8</sup>. La característica principal de su teoría es el cuidado centrado en la cultura, los valores y las creencias de las personas, entendiéndose como base de la existencia humana la preocupación por los otros, la ayuda a la persona a realizarse y a actualizarse<sup>9</sup>. Considerándose entonces como una manera de ser y estar en relación con otros, lo que permite una relación de reciprocidad, de copresencia vitales para la adaptación.

Así junto con ella tenemos otros autores como Rogers, Leininger, Parse, Pender, Newman, quienes aportan en el desarrollo teórico hacia los cuidados, de tal manera que la guía y la orientación de las necesidades de la práctica sean visibles y se genere una retroalimentación con los sujetos del cuidado. Por esto la teoría de Jean Watson es útil, al permitir el planteamiento de una filosofía de cuidado con un lenguaje teórico propio y una praxis en la cual se articula la teoría –práctica que permiten revitalizar aspectos que se pueden considerar perdidos o invisibles tales como : el alma ( espíritu o interior de sí), el dualismo ( experiencias subjetivas/objetivas), la armonía, la casualidad y el tiempo, la evolución espiritual y la auto trascendencia, aspectos que desde la visión positivista fueron opacados y que al recuperar los elementos fundamentales del cuidado<sup>10</sup>.

Importante entonces reconocer que el cuidar para Watson, es parte fundamental del ser y se convierte en el acto primitivo de un ser humano que realiza para llegar a ser, e implica que este ser este en relación a otro que lo invoca, siendo este el fundamento del cuidado, con el cual se destina a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud<sup>11</sup>.

En resumen, se puede decir que, desde la filosofía, la educación y la Enfermería, el cuidado se vive como un proceso diario que vive el ser humano, que dentro de su significado de preocupación, interés y compromiso denota la ayuda y el poner atención a las necesidades del otro. El cuidado exige un elemento relacional

dado que implica la reciprocidad, la mutualidad y la receptividad, todos estos basados en actitudes y atributos.

### **2.3. Cuidar de si**

Considero que en el desarrollo de las teorías del cuidado, se han aportado desde la filosofía, la ontología, la epistemología, principios que han dado una nueva dimensión del cuidado, que si bien podría decirse que está implícito desde su origen; hoy nos permiten rescatar conceptos como el autoconocimiento, ejercicio que cada ser realiza para conocer sus fortalezas, debilidades, que nos estimula y que no, ejercitando el “ Conócete a ti mismo “ de Sócrates, y frente al cual para Enfermería representa incluso indagar en las fortalezas para cuidar de otros y en la misma medida el cuidar de sí mismo<sup>12</sup>.

Platón también expone la idea de cuidarse a sí mismo, y a pesar de ser un retorno a sí mismo, encuentra plenitud en lo colectivo, toda vez que trae cambios vivenciales y contribuye al bien común<sup>12</sup>. Esa inquietud de sí mismo expuesta por Platón nace a partir del interés de Alcibíades de gobernar a otros, por ello su maestro Sócrates le recomienda “conócete a ti mismo”, lo que se considera un consejo de prudencia “mira cómo eres en relación a aquellos que quieres enfrentar”, es decir le infiere que, para ocuparse de los otros, antes debe ocuparse de sí mismo. En ese momento preocupación de si estaba ligada al poder, no es posible gobernar a otros sino se gobierna a si mismo<sup>13</sup>.

Este concepto de cuidar de sí mismo, ha sido tratado de manera especial por Michael Foucault, quien define la inquietud de sí mismo como una actitud general, una manera determinada de atención, de mirada sobre los que se piensa y lo que sucede en el pensamiento<sup>13</sup>. En este ocuparse de si se entiende como “prácticas meditadas y voluntarias mediante las cuales los hombres no solo fijan metas de conducta, sino que procuran transformarse a sí mismo, modificarse en su ser singular y hacer de su vida una obra”<sup>13</sup>. El cuidar de si para Foucault, se refiere a conocerse a sí mismo y que se desvela como una ética de si, en esa relación con sí mismo, como sujeto moral, que se hace cargo de sí mismo y se hace responsable de sus propias acciones<sup>15</sup>; Esta práctica del cuidar de si, implica según el autor no solo cuidar sus cuerpos sino también su alma, eligiendo de manera racional lo bueno y lo malo.

El ocuparse de sí, tiene como antecedente el mundo clásico bajo una serie de prácticas que Foucault denominó “técnicas de si” o “tecnologías de si”, que constituyen una serie de prácticas meditadas y voluntarias mediante las cuales los hombres no solo fijan reglas de conducta, sino que procuran transformarse a sí mismos<sup>16</sup>; por ello la inquietud de sí mismo planteada por los filósofos griegos como “conócete a ti mismo” era un precepto que no solo conducía a la búsqueda en la interioridad y la reflexión sobre sí mismo, sino también la atención en uno mismo asociándose con el cuidado u ocupación de sí.

Amorin<sup>17</sup> retoma las nociones fundamentales que Foucault plantea exponiendo que no solo expresa un acontecimiento del pensamiento, sino que el

cuidar de si se refiere a una actitud, una elección de la existencia que implica un modo de estar en el mundo, de afrontarlo; Este autor retoma ese cuidar de si, como una forma de atención, y mirar hacia sí mismo, por ello lo enmarca en un principio de movimiento, con prácticas, ejercicios y técnicas realizadas sobre sí mismo para alcanzar la modificación, la transformación de sí.

Podría decirse que para Foucault, el cuidado de si implica la observación de sí mismo, y con ello el desarrollo de la autonomía que implica la firmeza moral para hacer la vida útil y feliz dentro de los límites, desde una reflexión acerca de las acciones propias, sus pensamientos, sus principios, no ocultar nada a sí mismo para asegurar esa búsqueda que procure la conducta sabia para sí; lleva implícito un imperativo desde la ética, para que el individuo se convierta y alcance su felicidad tiene como prerequisite la libertad<sup>16</sup>; entendida no solo como no ser esclavo de sus propias pasiones, o ser independiente de cualquier coacción interior o exterior, sino el modo como la persona se relaciona consigo misma, por ello requiere como fundamento la verdad, a través de la cual se pone a prueba, se conoce, se perfecciona y actúa sobre sí.

Del mismo modo, el cuidado de si se constituye una práctica social, dada por la inquietud que los demás deben tener de sí mismos generándose una intensificación de las relaciones sociales. Según Foucault, se requiere de la búsqueda de ayuda de los demás, de guía, consejo, confianza, que invita a las personas a reconocerse como vulnerables o amenazados por una situación de enfermedad y que deben cuidarse a si

mismos o buscar a alguien que cuide de ellos, reconociendo además que tiene una necesidad de asistencia, que amerita ser apoyado e instruido. Este autor reconoce ese principio de movimiento como un fenómeno cultural entendido como “cultura de si” definiéndolo como:

“uma espécie de agulhão que deve ser implantando na carne dos homens, cravado na sua existência, e constituim principio de agitação, um princípio de movimento, um princípio de permanente inquietude no curso da existência”.

Baggio<sup>18</sup> encuentra desde la experiencia de una práctica reflexiva con profesionales de Enfermería, el cuidado de si como las relaciones del cuidado junto con el otro, que permiten la integración y el sentimiento de cuidado a partir de los intercambios con el otro. Sin embargo, es claro que el profesional realiza el cuidado del otro y contradictoriamente no presta atención a si mismo siendo negligente con su propio cuidado, dado que percibe un compromiso mayor al cuidar, interactuar con la mirada del otro y en el otro, no en sí mismo. Esta misma autora reconoce unas dimensiones del cuidar de si, desde la visión de los profesionales de Enfermería, dimensiones integradoras desde lo social, religioso, formativo, estético, biológico, emocional, ambiental y cultural. Este cuidar de si, además de las dimensiones descritas tienen que ver con la formación del individuo y los cuidados percibidos como prioritarios por el profesional de enfermería en sus actividades diarias para satisfacer las necesidades de las personas<sup>19</sup>.

Cuidar de si, ha sido un fenómeno estudiado desde varios actores; los profesionales de Enfermería, los pacientes, los docentes de Enfermería y los estudiantes en formación. Para estos últimos según Siappo<sup>20</sup> el cuidar de si significa “*valorizarse, ser responsable sobre sí mismos, actuando para que ningún agente externo haga daño a sí mismo y perjuicio a las otras personas*”; visto de esta manera esa perspectiva de cuidado es auténtico para sí y para otras personas, desde un sentido de cuidado relacional con la vida y con la existencia humana. El cuidado autentico visto desde Heidegger como el que cuida de si y en libertad realiza las posibilidades de auto ayudarse, siendo responsable, cuidándose adecuadamente.

Guevara et al<sup>21</sup> definen el cuidar de si como un proceso inherente a la conducta humana que exige templanza o dominio de voluntad, toma de decisiones pertinentes y prácticas de conductas saludables tendientes a proteger la salud. Apoyadas en el auto concepto, la autoestima y el autoconocimiento, las autoras proponen estas actitudes que de alguna manera se fundamentan en valores como la solidaridad, el respeto, el amor, la alegría, la armonía, la felicidad y la paz interior, que generar comportamientos en la persona para proteger su salud; de la misma manera el autoconocimiento permite ese conocerse a sí mismo propuesto por los filósofos griegos y con esa introspección llegar a conocer las habilidades necesidades y roles que la persona debe asumir en el cuidar de sí. El cuidar de si supone “*hacernos cargo de nuestras necesidades priorizar cuales vamos a satisfacer, cómo y por qué lo vamos a hacer*”.

La misma autora reconoce el cuidar de si como un acto vital en el cual se reconoce la naturaleza biopsicosoio cultural y espiritual de la persona, junto con ella su individualidad e integralidad como ser singular, único y complejo, resultado de un proceso socializador donde la persona aprende: hábitos, costumbres, creencias actitudes y valores, que permiten a la persona la relación con los otros seres humanos; por ello dentro del concepto del cuidar de si se incluyen la salud, los pensamientos, las actitudes, los pensamientos, las emociones, los valores, las necesidades biopsicosociales, los bienes y todo aquello que genere bienestar sin lesionar el bienestar de los demás<sup>21</sup>.

#### **2.4. Ética del Cuidado**

Al llegar a este punto considero importante destacar cómo la preocupación por la persona y su integralidad, se ha constituido una práctica social caracterizada por diferencias y alteridades, constituyéndose en una “Ética del Cuidado”, donde la sensibilidad se considera una categoría importante dentro de la práctica de Enfermería, de esta manera cuidar al otro implica técnica, conocimiento y sensibilidad<sup>22</sup>. En consecuencia, la práctica de la ética del cuidado se hace posible por medio de la relación terapéutica, acompañado de una lógica competencia técnica, fundamentada en el concepto del ser, en la observación del otro y su entorno para identificar las necesidades, dando relevancia justa a los sentimientos y afectos; para ello, se hace necesario reconocer acorde a las concepciones del cuidado y la ética del



cuidado algunas actitudes que favorecerán esa práctica en si misma: la empatía, la prudencia, la compasión, el afecto, la coherencia y la escucha.

Si se hace una revisión de las propuestas éticas desde la perspectiva del cuidado, podemos encontrar la sugerida por Gilligan y Noddings; la establecida por Foucault y la fundamentada de Leonardo Boff; La propuesta que potencia el desarrollo de los valores como el amor, la generosidad, el cuidado y ternura de los seres humanos fundamentó la teoría ética basada en la naturaleza relacional del ser humano, desarrollada por Gilligan y Noddings: “ el cuidado y el interés tienden a estar orientados hacia las personas y las relaciones, más que hacia las estructuras y las reglas”<sup>23</sup>

En los estudios realizados por Barrera, Pinto y Afanador, en las personas en situación de cronicidad se observa claramente cómo se hacen necesarios reconocer los elementos que permiten el desarrollo de habilidades, destrezas y conocimiento en relación a acciones con las cuales puedan mantenerse dentro de un estado que minimice las complicaciones y garantice una calidad de vida<sup>24</sup>; sin embargo, en todas estas situaciones se hace relevante el hecho de la carga que genera tanto para la persona como para el cuidador, la adaptación y Adherencia a estos tratamientos; parte del reconocimiento de la enfermedad crónica es su condición determinada de larga duración, se asocia a menudo con discapacidad, y tienen repercusiones sobre la persona, familia y la comunidad, lo que requiere múltiples fuentes de cuidado<sup>25</sup>

## **2.5. La situación del paciente Renal**

La situación a la que se enfrenta una persona al ser diagnosticada con Enfermedad Renal Crónica (ERC) implica una afectación desde la dimensión biológica, social, psicológica, cultural y espiritual; a la cual gracias a las diferentes terapias ofrecidas para sustituir la falla renal como tal, permiten establecer estrategias de autocuidado dirigidas al fomento de acciones que desde la responsabilidad individual puedan establecer acciones de autocuidado; a la vez implica para cada paciente el desarrollo de una adherencia producto de un afrontamiento y adaptación apropiados, para los cuales en la mayoría de clínicas renales se cuenta con un equipo de profesionales que van entrenando y acompañando al paciente y su familia.

La Enfermedad Renal Crónica, es un problema de salud pública a nivel mundial. Se estima que por cada paciente en un programa de diálisis o trasplante puede haber 100 casos de ERC menos grave en la población general. Por un lado, estos casos constituyen la base de los pacientes que llegarán más tarde a una ERC avanzada<sup>26</sup>.

La definición de ERC de la K/DOQI como una “enfermedad” concuerda con el uso actual de este término. El diccionario de inglés de Oxford (edición compacta) define a la enfermedad como “una alteración de la estructura o la función de un ser humano, un animal o una planta, en especial una alteración que produce síntomas específicos”. La evidencia a favor de que se la interprete como una enfermedad

incluye la correlación clínico patológico (definido por series de casos), la asociación con síntomas o hallazgos (definida por análisis de corte transversal) y la asociación con la evolución (definida por los análisis longitudinales)<sup>27</sup>.

Se logra determinar la ERC como el daño renal o la tasa de filtración glomerular (TFG)  $<60$  ml/min/1,73m<sup>2</sup> que se presentan durante 3 meses o más, independientemente de la causa. A la vez, se puede comprobar el daño renal en muchas nefropatías por la presencia de albuminuria, en donde la relación albúmina-creatinina sea  $> 30$  mg/g en dos de tres muestras de orina al azar<sup>28</sup>.

La Enfermedad Renal Crónica se define como la disminución lenta progresiva e irreversible de la filtración glomerular con disfunción progresiva del resto de las funciones del riñón. La presencia de la lesión renal puede ser patológica o por presencia de marcadores de lesión incluyendo anormalidades en sangre u orina en pruebas específicas que se presenten en tres meses de evolución independientemente del hallazgo de una filtración glomerular, o una filtración glomerular menor a 60ml/min. 1.72m<sup>2</sup> por más de tres meses<sup>28</sup>

Son múltiples las causas de Enfermedad Renal Crónica, es pertinente destacar que las principales causas han ido cambiando con el tiempo. Anteriormente la glomerulonefritis era considerada la causa más frecuente de insuficiencia renal, sin embargo, la nefropatía diabética ha llegado a ocupar el primer lugar, sobre todo en los

países desarrollados seguido por la nefroesclerosis hipertensiva y en tercer lugar se coloca la glomerulonefritis<sup>29</sup>.

Las causas de ERC se pueden concentrar en enfermedades vasculares, enfermedades glomerulares, túbulo intersticiales y uropatías obstructivas. Actualmente en Colombia la prevalencia e incidencia de la ERC no tiene datos con exactitud, las principales causas están constituidas por enfermedades precursoras como la hipertensión arterial (HTA), la diabetes Mellitus tipo II y la Uremia; así también se consideran otras enfermedades asociadas las autoinmunes, la insuficiencia renal aguda y el VIH<sup>30</sup>

**Tabla 1 Estadios de la enfermedad renal**

-	Riesgo incrementado para insuficiencia renal crónica.	>60 (con factores de riesgo para insuficiencia renal crónica.
1	Daño renal con FG normal o elevado.	>90
2	Daño renal con disminución leve del FG.	60 a 89
3	Disminución moderada del FG.	30 a 59
4	Disminución severa del FG.	15 a 29
5	Fallo renal	<15 o diálisis

Fuente Guías KDOQI: Epidemiología de la Enfermedad Renal Crónica

Las causas más comunes de ERC son la nefropatía diabética, hipertensión arterial, y glomerulonefritis juntas, causan aproximadamente el 75% de todos los casos en adultos<sup>29</sup>.

Los pacientes de ERC sufren de aterosclerosis acelerada y tienen incidencia más alta de enfermedades cardiovasculares, con un pronóstico más pobre. Inicialmente no tiene síntomas específicos y solamente puede ser detectada como un aumento en la creatinina del plasma sanguíneo. A medida que la función del riñón disminuye, la presión arterial está incrementada debido a la sobrecarga de líquidos y a la producción de hormonas vaso activas que conducen a la hipertensión y a una insuficiencia cardíaca congestiva; la urea se acumula, conduciendo a la azoemia y en última instancia a la uremia (los síntomas van desde el letargo a la pericarditis y a la encefalopatía); de igual manera el potasio se acumula en la sangre, con síntomas que van desde malestar general a arritmias cardíacas fatales. Otra función que se altera en el riñón se manifiesta con la disminución de la síntesis de eritropoyetina (conduciendo a la anemia y causando fatiga); aparece la sobrecarga de volumen de líquido, cuyos los síntomas van desde edema suave al edema agudo de pulmón peligroso para la vida. Así también otros minerales y iones se acumulan produciendo: hiperfosfatemia debido a la retención de fosfato que conlleva a la hipocalcemia (asociado además con la deficiencia de vitamina D3) y al hiperparatiroidismo secundario, que conduce a la osteoporosis renal, osteítis fibrosa y a la calcificación vascular.<sup>31</sup>

En las etapas iniciales de la ERC, cuando las manifestaciones clínicas y resultados de laboratorio son mínimas o inexistentes, el diagnóstico puede ser sugerido por la asociación de manifestaciones inespecíficas por parte del paciente, tales como fatiga, anorexia, pérdida de peso, picazón, náuseas o hemólisis, la hipertensión, poliuria, nicturia, hematuria o edema<sup>34</sup>.

La ERC se ha transformado en un problema médico y de salud pública que ha adquirido proporciones epidémicas. La información más sólida proviene de la ERC en fase terminal, cuya incidencia no ha cesado de aumentar en las últimas décadas, es de pronóstico pobre y provoca un enorme impacto económico en los presupuestos de salud a nivel mundial.

Como consecuencia cada vez es mayor la necesidad de recurrir a procedimientos de diálisis y/o trasplante renal y por lo tanto se incrementa progresivamente el costo de atención. Otra particularidad es que la edad de los pacientes que son admitidos a programa de hemodiálisis se va incrementando. Por ejemplo, en Japón dos tercios del total de pacientes en diálisis están por encima de los 60 años y la mitad son mayores de 65 años.<sup>35</sup>.

Respecto a los dos tipos de diálisis, la más utilizada es la hemodiálisis (HD) alcanzando un 80 a 90%. La diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) se utiliza en un 10 a 20%, con algunas excepciones. Así en Hong Kong y Nueva Zelanda el porcentaje es de 80 y 50% respectivamente<sup>31</sup>.

Los estudios individuales y metacéntricos realizados en HD y DPCA muestran que no existen diferencias significativas entre ambas técnicas en cuanto a resultados se refiere<sup>36</sup>; En la elección del tipo de diálisis usualmente se toma en cuenta factores como enfermedades coexistentes, situaciones vitales y sociales de cada paciente y también información de las diferentes técnicas. Otros factores a considerar son preferencia del paciente y de la familia, capacidad de efectuar el procedimiento técnico en términos de seguridad y eficacia, costos, limitaciones anatómicas como hernias, lesiones vertebrales y limitaciones fisiológicas como el transporte peritoneal<sup>37</sup>.

La diálisis peritoneal puede ofrecer a la persona autonomía, sin embargo, pueden encontrar situaciones en que por falta de la misma necesite otro tipo de terapia; por ello la población de pacientes en DP tiene un número significativo de personas dependientes que precisan de un cuidador para cubrir total o parcialmente sus necesidades <sup>38</sup>.

En Colombia hay más de 20.000 personas con ERC estadio 5, con una prevalencia ajustada por edad de 454 pacientes por millón de personas, cifra inferior a la prevalencia de los Estados Unidos y superior a la prevalencia promedio de los países latinoamericanos, aunque por debajo de países como Uruguay y Puerto Rico. Sin embargo, la prevalencia de ERC en otros estadios distintos al estadio 5 podría estar afectada por un sub registro importante. Mientras que en Colombia se encontró una prevalencia de sólo 0,87% de ERC en todos los estadios, los estudios poblacionales muestran prevalencias superiores al 10% en otros países<sup>34</sup>.

En Colombia la distribución de ERC en el año 2014 según estadio fue:

- Estadio I: 229.576 casos que corresponde a un porcentaje de 22,1%.
- Estadio II: 295.532 casos que corresponde a un porcentaje de 28,4%.
- Estadio III: 455.309 casos que corresponde a un porcentaje de 49,8%.
- Estadio IV: 34.707 casos que corresponde a un porcentaje de 3,3%.
- Estadio V: 23.995 casos que corresponde a un porcentaje de 2,3%.

La distribución de casos según estadio y sexo fue de:

- Estadio I: en el sexo femenino se presentaron 132.583 y en el sexo masculino 96.993 casos.
- Estadio II: en el sexo femenino se presentaron 178.070 casos y en el sexo masculino 117.462 casos.
- Estadio III: en el sexo femenino se presentaron 289.645 casos y en el sexo masculino 165.664 casos.
- Estadio IV: en el sexo femenino se presentaron 21.753 casos y en el sexo masculino 12.954 casos.
- Estadio V: en el sexo femenino se presentaron 10.160 casos y en el sexo masculino 13.835 casos.

El porcentaje de casos de ERC diagnosticados con DM y HTA fue de:



- Diagnosticados con HTA fue de 65,4%.
- Diagnosticados DM: 19,3%.
- Diagnosticados con HTA y DM: 15,3%

Los datos estadísticos nacionales para Colombia, indicaron que anualmente fallecen en el país 4.500 personas por enfermedades del riñón, lo que daría una cifra global de fallecimientos por esta causa de 12,2 personas por 100.000 habitantes, cifra semejante a la encontrada en otros países de América y Europa<sup>30</sup>

En la ciudad de Santa Marta existen cinco clínicas renales con un promedio de 40-60 pacientes en terapia de diálisis peritoneal, y 30-100 pacientes al día en Hemodiálisis, los nefrólogos atienden un promedio de 10 a 20 pacientes por consulta externa. Muchos autores formulan que, aunque la aplicación de las técnicas de hemodiálisis previene la muerte de forma temprana como ocurre en la insuficiencia renal crónica, conduce a una serie de problemas con respecto a los efectos de vivir con dicha enfermedad.

Los pacientes con enfermedad crónica experimentan diferentes problemas asociados, entre ellos se encuentran los de carácter físico que son consecuencia directa de la enfermedad como el dolor, los cambios metabólicos, las dificultades respiratorias, limitaciones motoras, posibles deterioros cognitivos; además de las complicaciones derivadas de los tratamientos médicos como náuseas, vómitos, somnolencia, aumento de peso, impotencia sexual, entre otros<sup>38</sup>.

Por otra parte, se ha podido relacionar que las limitaciones en la dieta, los cambios en las relaciones sociales, familiares, laborales e incluso en el aspecto físico, están estrechamente relacionados con la aparición de trastornos emocionales en estos pacientes, lo que afecta seguramente la calidad de vida relacionada con la salud<sup>39</sup>, por ello muchos de los estudios que se realizan actualmente a esta población se dirigen a reconocer su calidad de vida, para determinar sus diferentes dimensiones y como abordarlos.

De acuerdo a los datos recolectados por la CAC (Cuenta de Alto Costo) para el año 2013 en Colombia 2.579.739 pacientes tienen alguna enfermedad precursora para ERC y de estos, 975.479 tienen diagnosticado algún estadio de ERC dentro de la población afiliada a las aseguradoras que reportan a la CAC. Según estos datos, Colombia tiene un prevalencia bruta de hipertensión de 5.53% y una prevalencia bruta de diabetes de 1.44% siendo datos aun menores a los reportados por la literatura<sup>30</sup>.

## **2.6. Antecedentes relacionados con el objeto de estudio**

Este fenómeno de estudio ha sido de interés para varios autores los cuales han realizado algunas investigaciones desde el abordaje cualitativo y que guardan relación con el presente estudio.

Oliveira<sup>40</sup> et al efectuaron un estudio en Brasil titulado: **Cuidado de si em enfermagem :uma revisao integrativa**, cuyo objetivo fue analizar el proceso del cuidar de si en Enfermería. El método utilizado fue un estudio de reflexión y una

revisión integradora de la literatura llevada a cabo en los bancos de datos SCIELO, MEDLINE, BDNF y LILACS, utilizando como palabras clave “autocuidado”, “enfermería” “trabajo” y “hospitales”. Analizaron 5 producciones que agruparon en dos grupos: la caracterización de los estudios encontrados, y cuestiones teóricas planteadas en los estudios como el cuidado de sí mismos y descuido de enfermería, el cuidado de sí mismos en medio de las teorías y la concepción espiritual y las consecuencias e cuidar de sí mismos. El estudio concluyó que el cuidado de sí mismo debe ser incorporado por las enfermeras y académicas a fin de que no lleguen a padecer del desgaste a través de las experiencias diarias de la práctica y de esta manera favorezca el cuidado de los demás.

A partir de esta revisión fue interesante reconocer el cuidar de si desde la perspectiva de los profesionales de Enfermería, y que reitera lo planteado por Guevara<sup>21</sup> respecto al cuidar de si como requisito previo para poder cuidar del otro: “hacernos cargo de nuestras necesidades, priorizar cuales vamos a satisfacer, cómo y por qué lo vamos hacer”.

García et al <sup>41</sup> efectuaron un estudio titulado: **Cuidar de si misma, un reto sin igual. El sentido otorgado por las enfermeras quirúrgicas.** Tuvo como objetivo Analizar la representación social de las enfermeras del área quirurgica respecto al cuidado de sí. Se trató de un estudio cualitativo a partir de 32 enfermeras de 28 a 45 años de edad. La recolección datos fue realizada a través de la entrevista semiestructurada y se realizó un análisis de contenido que permitió reconocer como categorías el cuidar del otro ante sus necesidades del ser social, el trabajo sin igual, y

los límites para el cuidado de sí mismo. Como resultado, se concluyó la representación social desde los sentidos del cuidado de sí de las enfermeras quirúrgicas en situaciones críticas de salud o enfermedad, lo que se convierte en un cuidar del otro; esa representación social se refleja en las oportunidades de cuidado en las cuales las enfermeras experimentan la conciencia del ser vivo con necesidades a satisfacer, pero olvida las propias. El profesional de enfermería está preparado para proporcionar el cuidado, a la vez el centro de su cuidado está dirigido a cuidar al otro y no al profesional de esta área.

Rosso et al <sup>42</sup> en su estudio **Taking care of yourself: limits and possibilities in the conservative treatment of chronic renal failure**, encontraron en su análisis como parte de los cuidados personales de la persona con ERC la expresión de la autonomía de los pacientes como un factor clave, el poder decidir sobre sí mismo, estar activo, expresar sus conocimientos, y resalta la expresión de la autonomía como una forma del ejercicio del cuidar de sí. Esa autonomía se refiere a la capacidad de autogobierno, sus vidas, su privacidad y la elección de sus conductas propias; incluso aquellas acciones como la higiene y la comodidad, las necesidades espirituales y el establecimiento de la armonía interna del cuerpo son consideradas como cuidado a sí mismo. Por otra parte, este mismo autor destaca el hecho de la independencia financiera como una manera de mantener su autonomía, si bien se en cuenta como un factor para determinar la calidad de vida, la actividad laboral también puede proporcionar autonomía. Este estudio guarda relación con el presente estudio dado que se aborda al paciente con enfermedad renal y se reconocen aquellos elementos

que ellos identifican propios para el cuidar de si, independientemente de la terapia que elijan para su tratamiento.

Otro de los estudios considerados para la presente investigación fue el desarrollado por Guevara B y Guerra A<sup>43</sup>; **El cuidar de si para la persona que ha tenido la vivencia de un infarto de miocardio**, cuyo objetivo general fue construir una aproximación teórica, de naturaleza ontológica, epistemología y axiológica derivada de los significados que al cuidar de si le asignan las personas que han tenido la vivencia de un infarto de miocardio; bajo un enfoque fenomenológico, en el estudio participaron cinco informantes claves que habían tenido la vivencia de un infarto del miocardio; los agentes externos participantes fueron familiares, y profesionales de la salud enfermeras y médicos; la técnica de recolección utilizada fue la entrevista en profundidad. Dentro de lo expresado por los participantes del estudio se destaca la cotidianidad generadora de estrés, estilos de vida antes y después del infarto del miocardio, conservación de la existencia, acciones protectoras para la salud, valores personales, vida saludable y cuidado recibido de sus allegados. Dentro de los valores personales identificados en los significados compartidos por los informantes están la responsabilidad, para cuidar de si, la autoestima y la satisfacción. Estos valores se constituyeron como una esencia del significado del cuidar de si ya que oriento la adopción de conductas auto cuidadoras saludables reconocidas como el dormir bien, dejar de fumar, tener una buena alimentación, hacer ejercicios, abstenerse de consumir alcohol y cumplir las indicaciones médicas. En este estudio se logró reconocer el cuidar de si como un proceso complejo que representa todas las

acciones que la persona realiza por si misma o bien con a la ayuda de otros para satisfacer sus necesidades biopsicosociales espirituales y con ello lograr alcanzar un grado de bienestar y salud.

Este estudio se relaciona con la presente investigación, dado que entre los temas surgidos estuvieron los valores personales, la responsabilidad, las acciones protectoras para la salud, el cuidado recibido de sus alteregos. el cambio de hábitos, que abordan todo aquello que implica el desarrollar actitudes que favorezcan la salud y preserven la vida y que para el paciente en diálisis peritoneal implica el asumir estilos de vida diferentes.

**O cotidiano de Criancas infectadas pelo HIV no adolecer: compromisos e possibilidades do cuidado de si<sup>44</sup>**, cuyo objetivo fue comprender las posibilidades de cuidar de uno mismo en el adolescente con SIDA; el abordaje de esta investigación es de carácter cualitativo fenomenológico, con el cual se logró identificar el compromiso y ser cuidadoso consigo mismo; los niños entienden que como seres humanos necesitan pensar en sí mismos, saber quiénes son y querer su propio bien, reflejando que si tienen actitudes descuidadas, no llegaran a ser adultos; luego en la adolescencia comienzan a cuidarse, en lo que ellos reconocen como la responsabilidad por su propia salud, de acuerdo a la propia forma de llegar a ser y proyectarse en su desarrollo para reflexionar comprender y asumir posibilidades y limitaciones. Por ello el niño necesita conocer primero su diagnóstico y en un proceso de revelación compartida miembros de la familia y profesionales le proporcionan el

apoyo; conociendo su diagnóstico tienen la posibilidad de cuidar paulatinamente de sí mismos, de tal manera que se comprometen con sus necesidades de salud, mantiene su control con el hospital, toma decisiones, hace ejercicio, se alimenta para controlar su estado inmunológico.

Este estudio se relaciona con la presente investigación en la autonomía y responsabilidad como elementos comunes con los pacientes en diálisis peritoneal, dado que una vez ellos conocen su tratamiento y son entrenados, realizan de manera autónoma su tratamiento en casa, y reconocen que dicha responsabilidad es por su propia salud, definidos por ellos como *“entender que es por mi bien”*.

## **CAPITULO III.**

### **ABORDAJE METODOLOGICO**

En este capítulo se presenta el paradigma interpretativo con algunas definiciones que guardan relación con la fenomenología como filosofía, en cuanto al abordaje del estudio se tendrá en cuenta las etapas del método Spiegelberg, los informantes clave junto con los criterios de selección de los mismos. Así también, la técnica de recolección de la información como elemento constitutivo del diseño metodológico utilizado para el desarrollo del estudio, la entrevista abierta la cual permitió obtener información que posteriormente se interpretó y comprendió, lo cual conduce a la construcción de la aproximación teórica. Se describe el contexto donde se desarrolla el estudio, los actores externos, la inserción al campo de estudio, la técnica que se utilizó para la categorización y lineamientos éticos que regirán este trabajo. Así también se describe el tipo de análisis seleccionado, la implicación del investigador y el rigor metodológico utilizado.

En consecuencia este estudio tiene como finalidad generar una construcción teórica de naturaleza ontológica, axiológica y epistemológica acerca del cuidado de sí mismo de la persona con Enfermedad Renal Crónica (ERC) en Terapia Sustitutiva Renal (TSR) modalidad Diálisis Peritoneal sea esta manual (DP) o automatizada (APD), derivadas de los significados que éstas le asignan, para ello, se realizaran a los actores sociales entrevistas en profundidad, así como, la observación no participante.



### **3.1 Perspectiva del diseño cualitativo**

La aplicación de este paradigma se basa, de acuerdo a la revisión teórica, en la relación de cuidado que implica varias dimensiones y aspectos de las personas que viven con la Enfermedad Renal Crónica que no son cuantificables. De tal manera, el paradigma positivista no permitiría dar respuesta al fenómeno estudiado ni a los objetivos del estudio, por tal razón decidí seguir las bases y orientaciones teórico filosóficas del paradigma cualitativo, conocido también como interpretativo, fenomenológico, comprensivo, el cual tiene como enfoque interpretar, a través de la investigación, los significados que el sujeto le asigna a la acción social.

Tal como lo señala Bonilla<sup>2</sup> “la regla de oro del método científico es abordar el conocimiento de la realidad social a partir de sus propios parámetros... es decir respetando sus particularidades”; afirma que desde la visión del método cualitativo los conceptos no son el punto de partida del proceso investigativo sino la meta a la que se debe llegar, a partir de las descripciones no estructuradas de la realidad, según sea está comprendida e interpretada por sus actores

Así también tomando a Galeano<sup>3</sup>, se adjudica al paradigma cualitativo la perspectiva de abordar las realidades subjetivas e intersubjetivas de los pacientes con enfermedad crónica renal como objeto legítimo de conocimiento científico; entender desde la interioridad de los actores sociales las lógicas de pensamiento, sus acciones

y la comprensión de la realidad resultado de un proceso histórico de construcción en donde se rescata la particularidad y diversidad; lo que permite hacer énfasis en lo vivencial, lo subjetivo y la interacción entre los sujetos de la investigación considerada esencia y resultado de la actividad humana.

El diseño metodológico cualitativo permite aproximarse a la realidad, conocer y desde allí extraer lo relevante del fenómeno estudiado, como también indagar desde diferentes perspectivas los elementos que pueden estar presentes en la génesis y desarrollo de lo social, especialmente en lo cotidiano. En este tipo de estudio es posible aprehender, de manera más directa, la realidad de los pacientes con enfermedad renal crónica con TRS diálisis peritoneal.

Aquí he de referirme también al resultado que se busca con todo proceso de investigación en relación a la producción de conocimiento, lo cual se relaciona con una estructura de pensamiento y con el método a través del cual se reconocen diversas formas de construir la realidad y con ella las diferentes tendencias de la investigación. Una de esas tendencias empleadas para el presente estudio es el diseño fenomenológico definido como teoría y filosofía de la interpretación del significado. En la actualidad el abordaje cualitativo fenomenológico además de interpretar y comprender la realidad asume una tendencia humanista y responde a la dinámica social, a los problemas y una visión hermenéutica de la realidad, donde la persona es participativa.

*“La investigación cualitativa trata del estudio sistemático de la experiencia cotidiana (...); se interesa por conocer cómo son vividas e interpretadas las experiencias, por quienes las viven”.*<sup>4</sup>

Del mismo modo, Buendía E.L. y col.<sup>5</sup> definen tres objetivos de la investigación cualitativa: conocer las características del lenguaje, descubrir regularidades en la experiencia humana, y comprender el significado de un texto o una acción. Por consiguiente, la investigación cualitativa permite determinar los elementos subjetivos constitutivos de la disciplina enfermería; por consiguiente, los fenómenos de interés para enfermería pueden verse percibidos desde diferentes situaciones, significados, de acuerdo al momento y particularidades que hacen posible descubrir las variaciones.

Así también el diseño de esta investigación bajo el paradigma interpretativo enfoque fenomenológico – hermenéutico, permite situarse en el lugar donde ocurre el fenómeno en el que estuve interesada investigar, y utilizar métodos naturales como observar, preguntar, escuchar a la luz de la práctica de Enfermería respecto al cuidado humano desde la mirada de las personas con Enfermedad Renal Crónica en TSR modalidad diálisis peritoneal, a partir de su necesidad de salud de tal manera,

que permita interpretar sobre la base de los significados subjetivos e individual y como atribuyen a sus experiencias, actuaciones y sentimientos.

El poder interactuar con los pacientes acerca de los fenómenos propios de su enfermedad y que han sido vistos como dominio de la profesión permite reconocer conceptos y prácticas de cuidados para su salud. Por su parte Arias <sup>6</sup> citando a De la Cuesta señala:

*“la investigación es un acto creativo y transformador: Investigar es un acto interpretativo producto de la interacción social, es una artesanía que se crea en el día a día. La investigación favorece la reflexividad, convierte al investigador en actor de su estudio e instrumento de indagación y el proceso reflexivo dota al investigador de capacidad, de un self-indagador”.*

### **3.2. Método Fenomenológico – Hermenéutico:**

Dentro del desarrollo de la investigación ha de existir una articulación lógica entre los elementos que la componen expresándose en la práctica de la investigación. Por ello la relación que surge en el conjunto de métodos junto con los elementos prácticos y elementos teóricos son denominados epistemologías, Sánchez. <sup>7</sup>.

La investigación como proceso implica una producción de conocimiento, como resultado de una estructura de pensamiento, para llegar a ello es prioritario reconocer el método. Los métodos dentro del contexto epistemológico, se refieren a

los diversos modos como se construye la realidad, o las diferentes maneras de aproximación al objeto del conocimiento, desde este punto de vista el carácter epistemológico del presente estudio está enmarcado en el método cualitativo-interpretativo.

Debo agregar que en el concepto del método existen características diferenciales que permiten abordar el sujeto de estudio; entre ellas se menciona la fenomenología, que es la teoría y la filosofía de la interpretación del significado. Para Vargas<sup>8</sup>, el sentido del abordaje cualitativo fenomenológico es una forma de interpretar y comprender la realidad, que asume una tendencia humanista y responde a la dinámica social, a sus problemas y a una visión hermenéutica (comprensiva) de la realidad, donde el individuo es participativo de su propio cambio y del cambio de su contexto.

Dentro de la historia de la filosofía el término fenomenología aparece por primera vez en los escritos de J.H Lambert (1728 – 1797); posteriormente con los postulados de Edmundo Husserl (1859 – 1938), filósofo alemán, quien orientó una ciencia modelo con el objetivo de acercar la explicación de las matemáticas a una filosofía, dejando de ser real para convertirse en un significado de la abstracción del ser humano y centrada en la descripción y análisis de los contenidos de la conciencia.

La fenomenología es el estudio de los fenómenos tal como son experimentados, vividos y percibidos por el hombre. Husserl imprimió el término *Lebenswelt* (mundo de vida, mundo vivido) para expresar ese mundo vivido con su

propio significado<sup>9</sup>. Ese mundo vivido o realidades tienen como punto de partida la vivencia y experiencia del sujeto y por ello deben ser estudiadas desde el método fenomenológico, desde la realidad interna de las personas, de tal manera que no tengan influencia de preconceptos ni por la influencia que pueda tener el investigador sobre ella.

Husserl lo define como método de abordaje del sujeto o del objeto de estudio, mediante el cual intenta conocer sobre las experiencias de vida de la persona desde la esencia de los fenómenos para describirlas lo que permite al investigador sumergirse en las experiencias y cotidianidades narradas o vividas desde los significados que le dan las personas a estas.<sup>10</sup>

Para entender el sentido con el cual la fenomenología pretende la comprensión de los fenómenos es necesario revisar su metodología. Durán<sup>11</sup> dentro de su revisión propone para ello la siguiente: Inicialmente radica en descubrir la manera de darse los objetos desde la posición natural, y con ello revisar los supuestos a partir de los cuales se experimentan las cosas. Luego se requiere encontrar no una ciencia eidética de fenómenos reales, sino de fenómenos trascendentalmente reducidos. Por consiguiente, se busca la comprensión de los conceptos a partir de la experiencia y no de una ciencia que abstraiga conceptos de multiplicidad.

En este orden, las realidades cuya naturaleza y estructura, son captadas desde el marco de referencia del sujeto que las vive y las experimenta, deben ser estudiadas

bajo métodos *fenomenológicos*, Martínez<sup>9</sup>. Según Husserl (1973) la fenomenología es “la ciencia que trata de descubrir las estructuras esenciales de la conciencia”, por tanto, su verdadera intención más que describir es descubrir en él la esencia (el *éidos*).

Heidegger, M. (1991) discípulo de Husserl toma como punto de partida la descripción fenomenológica del hombre, e inicia un análisis existencialista, interesado en describir la existencia humana; es decir, la búsqueda del ser en sus estructuras esenciales. El filósofo sostiene que se debe comenzar con el análisis del ser de la existencia humana, del *ser ahí* o Dasein. Partiendo de una descripción interpretativa del humano como ser singular cuestionador acerca del sentido del ser, lo que fundamenta la investigación filosófica.

La autora considera importante revisar algunos otros conceptos para resaltar el campo de la fenomenología social y principios presentados por De Souza,<sup>12</sup> y Schutz, el primero especifica que la fenomenología es “considerada la sociología de la vida cotidiana dentro de las ciencias sociales”. Schutz, expresó que “el mundo de la vida cotidiana en el campo de la fenomenología social, es donde el ser humano se sitúa con sus angustias y preocupaciones en intersubjetividad con sus semejantes”.<sup>13</sup> Esto exige preguntarse por el *sentido del ser*.

A partir de los aportes de Schutz a la fenomenología se aborda el estudio del actor desde una visión claramente subjetiva. En rigor, se debe decir que estudia el

problema de las relaciones intersubjetivas que establecen los actores en la “vida cotidiana” y, a través de ellas, incursiona en temas que trascienden una concepción inmanentista del Sujeto. Leal <sup>14</sup>. Se considera entonces en una primera fase “El mundo de la vida o mundo cotidiano” que representa las relaciones intersubjetivas entre el observador y el actor social, o también llamado Intersubjetividad; categoría central en el análisis fenomenológico en la cual estamos en relación unos con otros como dato fundamental de existencia humana.

Es significativo que en esta fase se considere que el “mundo de la vida” o la “vida cotidiana”, tienen su propia lógica y organización; puede ser conocido por el actor y ese conocimiento puede compartirse con otros que pueden interpretar ese mundo. Luego el actor no solo comparte interpretaciones sino también experiencias, vivencias y construye la vida de manera participativa. Lo interesante de esta visión es que para que tenga sentido para el observador debe comprenderse para poder interpretarlos como posibles elementos significativos; sin embargo, el orientarse mediante la comprensión debe dirigirse desde el comienzo en cooperación con los otros actores. Podría sintetizarse como el alcanzar el mundo de lo vivido a partir de que la ciencia aprenda las cosas sociales como significativas.

Finalmente, Leal <sup>14</sup>, cita a Schütz para reconocer una tercera fase en la cual es relevante los procesos interpretativos concibiendo que el conocimiento de la conciencia de un actor social es privado y solo el mismo podrá tener acceso a su



“acervo de conocimiento”, a la vez las relaciones en la “vida cotidiana” pueden ser conocidas por un observador – científico, luego Schutz acepta la posibilidad de acceder al conocimiento de las experiencias pasadas que tiene el actor.

Guevara <sup>15</sup>, tomando los postulados de De Souza M, reconoce que las realidades se edifican en los significados, las cuales se identifican, en la medida que se profundiza en el lenguaje significativo de la interacción social a través del abordaje fenomenológico, el cual permite reconocer la importancia en las representaciones sociales en la reproducción de la conciencia y en la construcción de la realidad más amplia. Para el caso de las personas con Enfermedad Renal crónica en TSR modalidad diálisis peritoneal, al igual que otras personas con enfermedades crónicas no transmisibles, el acto de cuidar de sí aparecerá condicionado por factores sociales, hábitos, costumbres, creencias, valores, normas significativas, que logra introyectar para forma parte de su conciencia y las representa en el comportamiento que asume en su contexto social, expresando así su forma de cuidarse.

Antes de seguir adelante, considero importante citar a Sánchez<sup>1</sup> quien considera la fenomenología como “un enfoque filosófico y metodológico útil para orientar la investigación en enfermería, en la búsqueda de respuestas relacionadas con los fenómenos experimentados como parte del cuidado de la experiencia de la salud humana, tal y como éstos se presentan en el ser humano que requiere del cuidado”.

Entiendo que la fenomenología desde la visión de Husserl, la reconoce como un modo de ver y como un método, el cual incluye los contenidos de conciencia, acerca de las experiencias de vida de las personas, es decir, su vivencia y su interpretación. Es así como orienta su objetivo a “describir la experiencia vivida y las percepciones a que da lugar pues se supone que la existencia humana es significativa e interesante por la conciencia que tenemos de esa existencia.”<sup>16</sup>

Coherente con lo anteriormente expuesto, el presente estudio asume un enfoque fenomenológico que aporta una visión particular de la realidad; desde la óptica del estudio son revisadas las posiciones desde el enfoque fenomenológico hermenéutico para descubrir la esencia que los participantes poseen del cuidar de si, como una estrategia para prevenir complicaciones propias de la enfermedad o bien de la modalidad del tratamiento.

Concibo alcanzar los objetivos trazados en este estudio de tipo Cualitativo, a partir de tener un conocimiento autentico de las experiencias de los participantes, a partir de entrevistas en profundidad y abiertas.

*“Los investigadores cualitativos estudian la realidad en su contexto natural, tal y como suceden, intentando sacar sentido de, o interpretar, los fenómenos de acuerdo a los significados que tienen las personas implicadas”.*<sup>13</sup>

Inicialmente, Husserl destaca como primer paso en el procedimiento como recurso fenomenológico por excelencia, la suspensión del juicio o *epoché* termino griego que significa despojarse, no comprometerse o poner en paréntesis. Cabe señalar que para saber sobre la esencia de las cosas es necesario “eliminar todo lo que no sea inmediato y originario. Eliminar todo lo que se ha insertado subrepticamente en la conciencia como forma de explicación de especulación o de suposición.”<sup>9</sup>

Según, Spielgelberg y Merleau Ponty, citado por Sánchez<sup>1</sup> el abordaje fenomenológico sirve para entender a “los seres humanos a partir de la inmersión en su campo de percepción, para ver la vida tal como ellos la ven” distingue que la fenomenología es a la vez una “filosofía y un método” ambos conceptos pueden orientar esta investigación de enfermería, para responder las interrogantes acerca de los fenómenos experimentados.

La fenomenología sostiene que una investigación científica o filosófica, exige iniciar una vez se haya realizado una estricta y cuidadosa descripción que ponga entre paréntesis todos los prejuicios relacionados con el tema que se desea investigar (actitudes, creencias, valores, presentimientos, conjeturas, intereses e hipótesis. La secuencia de las etapas y de los pasos que describo a continuación se fundamenta en estudios realizados por Husserl 1962, Heidegger (1974), A Schutz (1967), Spielgelberg (1976),

### **3.3. Abordaje de Spielgelberg**

Hay otro aspecto que amerita ser revisado a partir del método fenomenológico y a las etapas según el abordaje de Spiegelberg (1975) que consta de seis fases<sup>17</sup>: “1) Descripción del Fenómeno. 2) Fenomenología de las esencias. 3) Fenomenología de las apariencias. 4) Constitución fenomenológica 5) Reducción fenomenológica. 6) Fenomenología hermenéutica”. A continuación, se explican brevemente cada una de ellas, dichas explicaciones se fundamentan en los conceptos del propio Spiegelberg, H. (1995); Strenbert, H. y Rinaldi, D. (1995); Heidegger, M. (1991); Ferrater, J. (2001); Husserl, E. (Martínez, H; Martínez, L. (1998), Friedrich, D. (1976).

El método inicia con la fase de “exploración y descripción del fenómeno bajo estudio” con la cual se “estimula nuestra percepción e intuición acerca de las vivencias experimentadas por los informantes, con énfasis en la “riqueza, profundidad y amplitud de su experiencia”. La fase demanda del investigador utilizar los principios éticos pertinentes para adentrarse en la conciencia de los actores sociales del estudio, con el fin de conocer de forma directa y cercana sus respuestas significativas, en cuanto a la interrogante originaria: ¿Cómo es el cuidar de sí de las personas con Enfermedad Renal Crónica en TSR en modalidad DP o APD?; Esta incertidumbre se asemeja a la posición heideggeriana cuando se interesa por la condición humana a través de “¿Qué es el ser? ¿Qué es lo que es? Todo aquello que se indaga en la pregunta que se trata de desarrollar, es el ser” o modo del ser ahí, pues la esencia del **ser ahí está en su existencia.**

Por consiguiente, los interrogantes a utilizarse han de estar orientados a indagar sobre la pregunta norteadora citada previamente, a través de los datos que en forma libre y espontánea aporten los informantes. Con ello, el investigador comenzara a entender el fenómeno, tal como es descrito por los informantes grabara, transcribirá y coleccionara las descripciones personales e intentara identificar y describir el fenómeno con la inclusión y agrupación de elementos del fenómeno. Supone un marco de referencia de nombres y clases, de acuerdo con lo especificado por Spielgelberg H., quien establece que el objetivo es la investigación directa y descripción del fenómeno conscientemente experimentado; sin teorizar, sin explicaciones causales y tan libre como sea posible, de preconcepciones y presupuestos.

### **3.3.1. Fenomenología de las Esencias.**

Radica en demostrar a partir de los datos aportados por los informantes, los temas, y establecer patrones de relación con el fenómeno para identificar las relaciones fundamentales entre las esencias. Esto exige un cuidadoso estudio de ejemplos dados por los informantes. Lyotard<sup>17</sup> Comprobar las esencias proporciona un sentido de lo que es sustantivo en la descripción del fenómeno. Las esencias según Strenbert<sup>18</sup> “son unidades de significado comprendidas por diferentes personas en los mismos actos, o por las mismas personas en diferentes actos”. Se refieren al significado verdadero de algo. Son conceptos o unidades básicas que proporcionan

una comprensión común del fenómeno bajo estudio. Sin concretar el concepto de las esencias, Heidegger, expone que “solo el Dasein es el modo de ser que es característicamente humano, por lo tanto, el fenómeno es lo que se muestra en sí mismo, y corresponde a la totalidad de lo que está o puede ponerse a la luz”<sup>18</sup>.

En la fenomenología de Husserl (maestro de Heidegger) “las esencias son unidades ideales de significación que se dan a la conciencia intencional, cuando esta describe pulcramente lo dado. Son intemporales y aprióricas, universales y concretas”

### **3.3.2. Fenomenología de las Apariencias.**

Requiere dar atención a las formas en que el fenómeno aparece. Focaliza la atención en el fenómeno, no solo en el sentido de lo que aparece, sean esencias particulares o generales, sino también del modo como aparecen.<sup>18</sup>. Establece que cabe la posibilidad de que un fenómeno se muestre como lo que no es en sí mismo. La apariencia en cuanto a la apariencia de algo, quiere decir “anunciarse algo que no se muestra, por medio de algo que se muestra”. Heidegger establece una diferencia entre fenómenos (mostrarse en sí mismo) y “la apariencia que señala una relación de referencia dentro del ente mismo”<sup>18</sup>, con ello quiere concretar que “los fenómenos o entes no son nunca, apariencias, pero en cambio toda apariencia necesita de fenómenos”.

Este significado puede interpretarse de tres modos:

A.-La apariencia de una cosa es lo mismo que su realidad; la cosa es como aparece, esto es, se deja ver en su aparecer.

B.-La apariencia es algún aspecto (de la realidad) de una cosa.

C.-La apariencia de una cosa es distinta de su realidad y hasta puede ocultar esa realidad.

### **3.3.3. Constitución Fenomenológica.**

Según Spiegelberg, H. La constitución fenomenológica significa “el proceso, en el cual el fenómeno toma forma en nuestra conciencia hasta llegar a obtener una imagen de su estructura”. La constitución fenomenológica puede ayudarnos a desarrollar “el sentido de nuestra relación con el mundo

El fenómeno toma forma en nuestra conciencia, en donde existen percepciones, significados, acuerdos, pensamientos, sentimientos, deseos, voliciones que “hacen referencia a un yo interior que ayuda al desarrollo de nuestra relación con el mundo”<sup>19</sup>. En este sentido, citando a Heidegger, se expone que “el ser humano siempre está inmerso en el mundo de otras personas y de las cosas”. Al referirse a las cosas, Heidegger, M. las reconoce como los objetos por los que tengo interés; es decir, cosas de usos específico. En cuanto a ese ser-en-el-mundo, que constituye al hombre, Heidegger, M. involucra mí-ser-con-otros, quienes también están en el mundo; en el mismo sentido. Mi ser-con-otro niega la idea de una “coexistencia exterior, de un compartir accidentalmente un escenario” sino algo fundamental

“pertenece a la naturaleza de la existencia humana, el hecho de ser una existencia compartida”. Heidegger, M.<sup>20</sup> establece que “el ser humano jamás puede hacerse enteramente ser humano, sólo, mediante su relación consigo mismo, sino gracias a su relación con otro mismo”. Es decir, el ser humano crea sus propios significados en su interacción con los otros.

#### **3.3.4. Reducción Fenomenológica.**

En este punto se exige al investigador prescindir de: conocimientos, prejuicios, teorías, respuesta: tentativas; con el fin de captar el verdadero significado de la realidad vivenciada por el informante. Esta fase es crítica para la preservación de la objetividad. Según Strenbert, el proceso reductivo es también “la base para posponer, cualquier revisión de la literatura hasta que la información haya sido analizada”<sup>18</sup>. Es posible que el investigador conozca o tenga opiniones acerca del fenómeno bajo estudio, pero debe mantenerlo separado de la descripción de los participantes. Es el uso de la *epoché* y que se refiere a la suspensión de toda creencia o explicación existente sobre el fenómeno. Husserl, E.<sup>11</sup> en su filosofía fenomenológica, lo considera como un “poner entre paréntesis aquellas cuestiones de la existencia y justificación causal de las cosas, que se refleja en un cambio radical frente a la tesis natural”, y que en este caso son los datos significativos aportados por los actores sociales. La suspensión de toda explicación permite avanzar hacia el objetivo propuesto que es la comprensión de las vivencias en toda su pureza.



### **3.3.5. Fenomenología Hermenéutica.**

Es interpretar el sentido de los significados. La descripción y la interpretación ayudan a alcanzar la comprensión a través del fenómeno a estudiarse. En la fenomenología hermenéutica, según Spiegelberg, H.<sup>17</sup> su campo de aplicación es en aquellas situaciones, en las cuales nosotros “encontramos significados que no son comprendidos inmediatamente, pero que requieren esfuerzo interpretativo”. Con ello trata de concretar aún más, que esta fase busca en todo momento sólo aquello que es plenamente vivido por la persona.

### **3.4. Macro contexto.**

Este estudio se llevó a cabo en la ciudad de Santa Marta, capital del departamento del Magdalena, ciudad que tiene una longitud de 2.393 km<sup>2</sup>, que incluye 55,10 km<sup>2</sup> de extensión urbana y 2.338 km<sup>2</sup> de extensión rural. Se encuentra conformada en el área urbana por 9 comunas y en el área rural se compone 25 de corregimientos y asentamientos urbanos. La población estimada es de 499.257 habitantes.

En cuanto a las condiciones de pobreza, de acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en la ciudad de Santa Marta el porcentaje de personas en pobreza, para el año 2011, era de 38.33% mientras que a

nivel Nacional este valor se ubicaba en 28,50%, es decir que la pobreza en la ciudad era en diez puntos superior al promedio nacional.<sup>21</sup>

En relación a la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), teniendo como base la información suministrada por la secretaría de salud Distrital, muestra que en Santa Marta estaban afiliados al régimen contributivo 224.570 personas; mientras que al régimen subsidiado estaban afiliadas 288.496, cifras que al sumarse dan como total 513.066 afiliados. Este número de afiliados resulta superior al total de la población reportada por el DANE para el 2014 (466.327) en 46.739 registros, lo que evidencia inconsistencias en la proyección del censo nacional o de información de la oficina de aseguramiento del Distrito<sup>21</sup>.

En Santa Marta, las cifras muestran una población atendida aproximadamente de 120 pacientes por clínica renal existiendo 4 en la ciudad que ofrecen sus servicios en las modalidades de hemodiálisis y diálisis peritoneal ya sea ésta ambulatoria (CAPD) o automatizada (APD), y terapias continuas usadas en pacientes agudos.

En la Clínica Renal donde se realizó esta investigación se cuenta con un equipo interdisciplinario para la atención de los pacientes renales de tal manera que desde el inicio de su diagnóstico son abordados por Médico Internista - Nefrólogo Director científico de la Unidad, Enfermera especialista en Nefrología coordinadora de Enfermería, y enfermeras con otras especialidades como cuidado crítico, trabajadora social, Nutricionista y Psicóloga. Su horario de atención inicia desde las 4 a.m. y

finaliza a las 12 m, dado por los turnos de la sala de hemodiálisis; para los pacientes en diálisis peritoneal se cuenta con una enfermera que coordina el programa, quien los atiende desde las 7 a.m. a 12 del mediodía y de 2 a 6 p.m. de lunes a viernes y el día sábado medio día. La unidad dispone además la posibilidad de atender urgencias dialíticas para lo cual rota a las enfermeras para su disponibilidad ante la aparición de una urgencia.

El programa de Diálisis peritoneal lleva un control mensual para cada uno de sus pacientes, actualmente cuenta con un número total de 51 pacientes de los cuales 44 están en CAPD y 7 en APD a quienes se les programa de lunes a jueves la cita con Nefrólogo, Enfermería, Nutrición, Psicología y Trabajo Social; de esta manera cada mes son abordados por los profesionales; la Enfermera coordinadora del programa lleva registros relacionados con inducción, entrenamiento, reentrenamiento, visita domiciliaria, cambios de línea, test de filtración, que le permiten organizar su planificación y seguimiento para con cada paciente. Cabe anotar que adicionalmente lleva un control de los pacientes que han hecho infecciones ya sea del orificio de salida o bien por peritonitis. La enfermera es el vínculo entre el paciente, su familia, personal médico, de enfermería y administrativo de la unidad renal.

#### **3.4.1. Informantes o actores sociales**

Los informantes clave que participaron en esta investigación son seis (6) personas (Informantes clave) con Enfermedad Renal Crónica en TSR con modalidad de diálisis peritoneal sea ésta automatizada (APD) o manual (CADP), se

les identifico con seudónimos asignándoles nombres de flores. A cada uno de los informantes clave en diálisis peritoneal se le realizó una ficha socio- demográfica (Ver resultados en la tabla 2), la ficha fue diseñada específicamente para este estudio mediante la cual se indagaron aspectos tales como: Sexo/género, estado civil, nivel educativo, ocupación, y vinculación al régimen de salud (Ver Anexo C. Ficha socio-demográfica de las personas que viven con diálisis peritoneal).

De los 6 informantes clave que viven con diálisis peritoneal, según su sexo/género son 3 mujeres y 3 hombres. Una mujer se identifica como viuda, otra soltera, y una casada. Los hombres dos casados y uno en unión libre; El participante más joven tiene 39 años y la menos joven 57 años, con una media de edad de 50 años.

Respecto al nivel educativo de los pacientes: dos presentan nivel educativo de secundaria, dos niveles tecnológicos uno profesional. En cuanto al aspecto laboral una de las mujeres trabaja como ama de casa, una es profesora y otra trabaja de manera independiente; en relación a los hombres dos realizan trabajo independiente y uno trabaja de manera dependiente.

La vinculación al régimen de salud de los participantes es la siguiente: 2 pertenecen al régimen subsidiado, y 4 están afiliados a Entidades Promotoras de Salud privadas con régimen contributivo.

Tabla 2. Características sociodemográficas de las personas que viven con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento de terapia renal tipo Diálisis peritoneal

Nombre - seudónimo	Edad	Sexo	Estado Civil	Nivel Educativo	Ocupación	Régimen de salud	Años en tratamiento
--------------------	------	------	--------------	-----------------	-----------	------------------	---------------------

Azucena	45	F	soltera	secundaria	Ama de casa	Subsidiado	2
Amapola	57	M	Casado	Secundaria	Independiente	Contributivo	5 años
Clavel	54	F	Casada	Estudios Superiores	Profesora	Contributivo	3 años
Girasol	39	M	Unión Libre	Tecnológico	Auxiliar Contable	Contributivo	6 años
Lirio	48	M	Casado	Secundaria	Independiente	Subsidiado	Año y medio
Margarita	57	F	Viuda	Tecnológico	Independiente	Contributivo	10 años

Fuente: datos obtenidos mediante la aplicación de la Ficha Sociodemográfica en la Unidad Renal

El número de informantes y número de entrevistas no está puesto en grandes muestras ni en el criterio de representatividad clásico, sino en la profundización de cada entrevista, en descubrir las distintas maneras en que las personas del estudio dan significado al cuidar de sí.

Cabe anotar que a medida que va avanzando la recolección de datos se pueden generar cambios en los criterios para seleccionar los entrevistados, de acuerdo con el aprendizaje que se va generando en el proceso. Los participantes se escogen a partir de estos hallazgos más que con base en un diseño previo<sup>22</sup>.

### **3.4.2. Criterios de Selección de Informantes Clave**

La selección de los actores sociales o informantes que generaron la información pertinente para este estudio, fueron personas diagnosticadas con Enfermedad Renal Crónica, en tratamiento sustitutivo renal tipo diálisis peritoneal fuera esta manual (DP) o automatizada (APD), que al momento de realizarles las entrevistas se encontraban en cita de control mensual en la clínica

renal, con un tiempo en terapia dialítica mayor a 6 meses, ser personas adultas y ser quienes se practicaran la terapia dialítica. De acuerdo, a los requisitos expresados en el consentimiento informado, los actores participantes en la investigación aceptaron su participación voluntaria en el estudio; disponer de tiempo suficiente y las veces que fuese necesario para la realización de las entrevistas; así como aceptar la grabación de la información que ellos aportaron, entre otros aspectos.

### **3.4.3. Agentes externos participantes del Estudio.**

Entre los agentes externos que participaron en la investigación estuvieron enfermeras de la Clínica Renal y cuidadores familiares de personas en tratamiento de Diálisis Peritoneal. El criterio de selección para los primeros (enfermeros) fue haber tenido la oportunidad de atender al paciente en Diálisis Peritoneal. En el caso de los familiares: tener nexo directo (esposa, hijos, padres, hermanos) y la oportunidad de atender al paciente, tanto en el hospital como en el hogar; así como su participación voluntaria en el estudio.

Las enfermeras participantes diligenciaron una ficha sociodemográfica, diseñada para este estudio mediante la cual se indago sobre aspectos de edad, sexo/genero, estado civil, nivel educativo, tiempo de experiencia cuidando pacientes con enfermedad renal crónica, tiempo en el programa de diálisis peritoneal. Ver anexo (Ficha sociodemográfica de Enfermeros)

A continuación, se presenta la tabla que resume los datos sociodemográficos de

las enfermeras del programa.

Tabla 3. Características sociodemográficas de las Enfermeras participantes en el estudio

<b>Nombre del participante(seudónimo)</b>	<b>Edad</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Nivel educativo</b>	<b>Tiempo al cuidado del paciente renal</b>
Enfermera 1	49	Viuda	Postgrado especialista en Nefrología y Urología. Especialista en Auditoria de la Calidad	20 años
Enfermera 2	30	Casada	Postgrado Especialista en Cuidado Critico	5 años
Enfermera 3	28	Soltera	Pregrado.- Enfermera Diplomado en cuidado critico	3 años

Fuente: datos obtenidos con la aplicación de la Ficha Sociodemográfica en la clínica Renal

### **3.5 Escenario del estudio**

El escenario donde se desarrolló esta investigación fue una Clínica Renal que tenga dentro de su portafolio de servicio la modalidad de diálisis peritoneal ya sea ésta manual (DP) o bien automatizada (APD) en Santa Marta - Colombia.

### **3.6. Consideraciones éticas de la Investigación**

En la presente investigación se consideraron las siguientes normas internacionales:

- Código de Núremberg del Tribunal Internacional de Núremberg, 1947, en lo relacionado con el consentimiento voluntario y libertad de retirarse de la investigación en el momento que lo considere necesario <sup>23</sup>.
- Declaración de Helsinki por parte de la Asociación Médica Mundial, en lo relacionado con respeto por el individuo y el consentimiento informado<sup>24</sup>.
- Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos, elaboradas por el Consejo de Organizaciones internacionales de las Ciencias Médicas –CIOMS- y la Organización Mundial de la salud, en lo relacionado con: evaluación por parte del Comité de bioética de la Universidad del Magdalena, consentimiento informado individual, información previa a la firma del consentimiento informado y protección de la confidencialidad.

A nivel nacional se consideraron las siguientes normas:

- Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de salud, según la cual, este estudio se clasifica como una investigación sin riesgo, ya que durante la entrevista no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, sociológicas o sociales de los individuos que participarán en el estudio<sup>25</sup>.



- Ley 911 de 2004, en lo relacionado con la responsabilidad del profesional de Enfermería en la investigación, que establece que debe adoptar las normas nacionales e internacionales de ética, así como el respeto a la propiedad intelectual<sup>26</sup>.

Se consideraron los principios de confidencialidad y anonimato, razón por la cual se respetó el derecho a la intimidad, no haciendo pública información que pudiera afectar a los participantes. Con el fin de proteger los derechos de los narradores y la integridad de la investigadora en el proceso de registro de la información se utilizaron seudónimos y se depuraron los datos que permitieran la identificación del informante o de personas a las que se llegue a referir.<sup>27</sup>

- **Beneficencia:** Este estudio busca beneficios para la sociedad en general, ya que se puede contribuir a disminuir los factores de riesgo ambiental, a través del diseño de un modelo integral de promoción de la salud ambiental, que sirva como herramienta para su promoción desde los servicios primer nivel de atención.
- **Respeto a la autonomía:** Se hizo evidente a partir de la participación voluntaria de los participantes que se consolidará en la firma del consentimiento informado, el cual tiene en cuenta las recomendaciones éticas a nivel nacional e internacional.
- **No Maleficencia:** Este principio se hizo evidente a través del aval del comité de ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo antes de su desarrollo.

- Justicia: El presente estudio garantizo un trato libre de discriminaciones, respetuoso del derecho a la intimidad. La selección de los participantes garantizará que quien cumpla con los criterios de selección pueda entrar al estudio, si voluntariamente lo desea. Tampoco se utilizará ningún tipo de estímulo a los que deseen participar en el estudio.

Se les dio a conocer en el consentimiento informado que la información será guardada durante un año, hasta que se considere que su utilización no vulnera la integridad física o moral de los entrevistados. En el consentimiento informado también se especificó que la información recolectada seria conocida por el tutor y evaluadores de la investigación y su uso será estrictamente académico.

### **3.8. Procedimiento de recolección de la información**

La información correspondió a los datos obtenidos a través de la realización de entrevistas, siguiendo el proceso, así:

Inmersión en el campo: El proyecto fue aprobado por la comisión evaluadora del Doctorado en ciencias de la Enfermería de la Facultad de Salud de la Universidad de Carabobo, y por la unidad científica (comité de ética) de la Clínica Renal, y naturalmente se estableció contacto con las directivas de la Institución participante, para solicitar el permiso correspondiente.

Definición de los informantes clave: Una vez establecí comunicación con las directivas de la Clínica, La coordinadora de Enfermería me facilito la información de los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, los días en que realizaban su consulta mensual de Peritoneal, con lo cual determine el lugar y hora de la

entrevista, el cual dependía de la conveniencia de los participantes, en todo caso, se propició un lugar tranquilo que no ofrecía demasiadas interrupciones y que pueda generar un clima de confianza en el cual los participantes se sientan libres.

Realización de entrevistas a profundidad: La entrevista en profundidad será el método el cual me permitirá conocer el fenómeno particular del estudio. Un importante paso antes de comenzar la entrevista, es explicar los objetivos del estudio y con él conocer el interés en la participación, con lo cual procedí a la firma del consentimiento informado.

La entrevista, definida por Savin y Major<sup>28</sup>, es una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (entrevistador) y otra denominado entrevistado, será utilizada como la técnica de recolección de información en el estudio que nos ocupa; dando lugar a las vivencias, experiencias y percepciones de los informantes clave, como punto de partida para el análisis e interpretación de los resultados. Si bien inicialmente realice las preguntas que me lleven al logro del objetivo, no obstante, pude realizar las preguntas que considere necesarias para ampliar la información. La entrevista fue grabada en su totalidad y podía suspenderse si era necesario, a solicitud del informante clave. De dicha grabación realice dos copias de seguridad.

El criterio entonces, para determinar el número de entrevistas se situará en el punto de saturación, es decir en los distintos momentos en que no surja una nueva información que permita ampliar o profundizar lo estudiado, luego podría decirse que el muestreo ha de considerarse teórico acumulativo y va aumentando en la medida en que se reúnen los conceptos y las relaciones a través de los procedimientos de recolección y el análisis cualitativo. El muestreo termina una vez se logra la saturación teórica, de esta manera se determina al no encontrar ningún dato nuevo relevante para esa

categoría ya sea porque sus propiedades están bien desarrolladas y las relaciones entre categorías estén bien validadas<sup>22</sup>

Teniendo en cuenta el tipo y características de las entrevistas cualitativas caracterizadas por hacer preguntas con el propósito de obtener información; para este estudio se realizó una entrevista no estructurada en profundidad. Para tal efecto Vargas <sup>29</sup> enumera las características de una entrevista en profundidad como flexible, dinámica, no directiva, no estandarizada y abierta.

1. Transcripción de entrevistas: cada entrevista la transcribí personalmente en la semana siguiente a su realización. Durante dicha transcripción realizaré la observación cuidadosa a través de varias repeticiones de la grabación para la familiarización con los datos <sup>31</sup>
2. Cumplida la transcripción y codificación completa de cada entrevista, procedí a contactar al siguiente participante; Así mismo, pensando en un mejor manejo del contenido de las entrevistas y mantener la confidencialidad y anonimato, codifiqué cada entrevista con números arábigos en orden ascendente iniciando en 01; de igual forma, enumeré cada una de las líneas de la entrevista. (28); realice las diferencias de los participantes los cuales se pueden identificar como informante uno INF 1, informante dos INF 2, además de asignarles el seudónimo del nombre de una y así sucesivamente elaborando una matriz que me indique tiempo de la entrevista y duración<sup>31</sup>

La digitación la realice en un procesador de texto Word, digitando los datos en una tabla

### 3.9. Rigor metodológico

La investigación cualitativa requiere de rigor metodológico para garantizar la fiabilidad de los resultados, por lo cual en todas las fases consideraré los siguientes criterios<sup>28</sup>

Credibilidad: Se refiere al hecho de que los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado, por lo cual se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Transcribir textualmente las entrevistas
- Triangulación de teorías o perspectiva para analizar el conjunto de datos
- Introducir auditoría externa por parte de la tutora de la tesis y un asesor temático
- Aplicar el epojé durante todo el proceso
- Discutir las interpretaciones con otros investigadores

Auditabilidad: se refiere a la posibilidad de que otro investigador siga la ruta del investigador original y pueda llegar a conclusiones iguales o similares, siempre y cuando tengan perspectivas similares. Esto se puede garantizar a través de:

- Grabación de las entrevistas
- Transcripción fiel de las entrevistas
- Descripción de las características de los informantes clave y su proceso de selección
- Registrar las notas de la observación no participante, de forma condensada (inmediatamente después de los sucesos) y ampliadas (con detalles de los hechos, realizadas lo más rápido posible después del evento).
- La discusión de los contextos físicos, interpersonales y sociales
- Indicar fecha y hora de recolección de las entrevistas y memos

- Realizar el análisis separado de los informantes del sector público y del sector privada para posterior comparación de los datos
- Utilizar el paquete de análisis estadístico cualitativo

Transferibilidad o aplicabilidad: se refiere a la posibilidad de que los resultados de la investigación se puedan transferir a otras poblaciones. Para ello se debe:

- Realizar un muestreo teórico
- Realizar una descripción exhaustiva de datos

Confirmabilidad: se refiere a la garantía de que los descubrimientos no sean sesgados por motivaciones, intereses y perspectivas del investigador.

- Grabación de las entrevistas
- Registro de la bitácora de campo
- Transcripción textual de las entrevistas
- Citas directas de fuentes documentales

Además de los criterios anteriores, otros autores<sup>28</sup> han propuesto:

**Fundamentación:** Se refiere a la profundidad con que la investigación posee bases teóricas y filosóficas sólidas y proporciona un marco referencial que informa al estudio. Tiene que ver con una revisión de la literatura (enfocada en estudios similares). Además de incluir un razonamiento contundente de las razones por las que se recurrió a un enfoque cualitativo.

**Aproximación:** Permite desde un punto de vista metodológico, la contundencia con que se explicitaron los juicios y lógica del estudio.

Representatividad de voces: Sugiere el poder incluir todos los grupos de interés o al menos la mayoría.

Capacidad de otorgar significado: Se refiere a la profundidad con que se presentan nuevos descubrimientos y formas de entender el problema de investigación a través de los datos y el método utilizado.

Autenticidad: En este criterio los participantes como el investigador deben expresarse tal y como son y las descripciones deben ser equilibradas y justas

## CAPITULO IV

### DESCRIPCION DEL FENOMENO DE ESTUDIO

En el presente capítulo se expone la descripción del fenómeno de estudio **EL cuidar de si para las personas con terapia de reemplazo renal tipo diálisis peritoneal**, a partir de las vivencias experimentadas por los informantes claves. Se inicia con la experiencia de vivir con Enfermedad Renal y con ella los aspectos relacionados con su realidad social, el comportamiento de la Enfermedad su progresión y el mantenimiento dentro de una terapia dialítica que ha sido escogida por el mismo, las implicaciones físicas, psicológicas y sociales que le llevan a un derrumbamiento de su mundo, de su cotidianidad que tendrá que afrontar.

#### 4.1. PERSPECTIVAS DE LOS INFORMANTES CLAVE:

Estas representan la información que emitieron los informantes claves al formularles las interrogantes relacionadas con el fenómeno de estudio.

**Informante uno:** Azucena: Edad 45 años, Ama de Casa, Soltera, lleva dos años en la terapia dialítica.

##### 1. ¿Qué es para usted vivir con enfermedad renal crónica?

*“Es un cambio muy verraco...” yo no sabía que me estaba pasando, pero cuando ya inicio el tratamiento y me dijeron que tenía y que ya mis riñones*



*no funcionaban...fue un empezar de nuevo, yo ahora siento que valoro más cada día”*

2. ¿Cuánto hace que le diagnosticaron la enfermedad renal? ¿Por que eligió la Diálisis peritoneal?

*“Dos años y cuando me dijo el médico lo que le hacen a uno por el brazo allá en la sala, esa no me gusta, y esta que se la hace uno mismo, en la casa, que uno puede comer más cosas tomar más agua. El riesgo es la peritonitis, pero hay que hacer lo que dicen.”*

3. ¿Hábleme de cómo ha sido adaptarse al tratamiento?

*“Ya uno se acostumbra, desde que me hago el primer cambio a medianoche, ya no me coge el sueño temprano entonces por eso mejor así; estar anotando lo que se saca en el cambio. Yo pude volver a la iglesia y el padre me autorizo para vender unos pudines, con eso me ayudo.”*

4. ¿Qué es para usted cuidarse?

*“Cuidarme yo para superar mi enfermedad, para no recaer”*

5. ¿Por qué es importante cuidar de ti?

*“Se recaen las cosas no hay mejoría, si uno es obediente en el cuidado; si no cae si me desordeno, si empiezo a hacerme solo dos cambios; que solo dos, o menos tiempo... ve....; hacer las cosas bien, tener el cuidado con las bolsas,*

*el cuarto, si es un bien para mi tengo que hacer las cosas como deben hacerse, sino uno recae”*

6. ¿Cómo es cuidar de uno mismo?

*“Al inicio me daban unas crisis que me da temor volver a caer en eso, yo por eso me cuido mi alimentación mis cosas, a veces me regaña, el medico por que el hijo le dice que yo a veces no como esto lo otro. No quiero retroceder tengo temor de recaer. Palante nada para retroceder”*

7. ¿Cómo explicarías, de qué forma se cuida uno mismo en la diálisis?

*“Para mi fundamental me hago mi limpieza bien, me seco bien el orificio, la manguerita yo me seco eso bien”*

8. ¿Por qué crees que hay pacientes que se complican?

*“Porque no se cuidan, no hacen las cosas bien, conmigo entro un señor que hoy llego infectado, eso tiene que ser la limpieza, las cosas no la hacen, no están pendientes por que dejan de hacer algo y como no les pasa nada entonces siguen haciendo así”*

9. ¿Que ha sido lo más difícil para ti de aprender a cuidarte?

*“El aseo de la habitación eso me ha...yo limpio cualquier cosita que veo, yo estoy es...parezco enferma por la limpieza”*

10. ¿Qué más haces para cuidarte?

*“Las comidas ¡!!!no como... como soy diabética hipertensa entonces me cuido mucho las grasa, harinas, azúcar el aseo personal mío me levanto temprano la primera diálisis la hago 12 de la noche, como no puedo moverme, por decirte algo, así mi mama me limpia el cuarto duermo y a las 5 hago la segunda, la tercera después de que me baño y eso; yo trato de ir a la iglesia hacer rosario entro al santísimo, el padre hace la misa hasta las 10 p.m. entonces me desespero si me voy me quedo eso desde ahí cuadre el horario para que desde las 2-3 p.m. ya estoy despreocupada; lo hacía solo los miércoles pero ahora lo cuadre todos los días.”*

Informante 2: AMAPOLA. Edad 57 años, Casado, Trabaja independiente, régimen contributivo, 5 años en la terapia dialítica

1. ¿Qué es para usted vivir con enfermedad renal crónica?

*“Es tener una situación difícil, yo antes podía comer de todo, ahora dependo de los recambios”*

2. ¿Cuánto hace que le diagnosticaron su enfermedad renal? ¿Por qué eligió la Diálisis peritoneal?

*“Hace 5 años. En la reunión con el médico y la enfermera me mostraron que podía hacer para mejorarme; y en ese momento con mi señora y una nuera aprendieron, ellos viven en la casa, entonces para ayudarle a mi mujer.”*

3. Hábleme de cómo ha sido adaptarse al tratamiento?

*“O sea cumplir, cumplir y obedecer lo que el Dr. Castillo dice, con las medicinas, la comida y que me tengo que hacer los 4 cambios.”*

4. ¿Qué es para usted cuidarse?

*“Hacer el tratamiento para mejorarme, para sobrevivir el tiempo que me queda, seguir el tratamiento, las instrucciones del médico, el medicamento, la hora de la diálisis”*

5. ¿Por qué es importante cuidarse?

*“Para tener buena salud para no complicarse o volver a recaer, eso yo no me quiero acordar sentirse uno invalido, sin poder valerse por uno mismo.”*

6. ¿Qué le genera el tratamiento?

*“Al inicio me daban unas crisis que me da temor volver a caer en eso, yo por eso me cuido mi alimentación mis cosas, a veces me regaña, el medico porque el hijo le dice que yo a veces no como esto lo otro. No quiero retroceder tengo temor de recaer. Palente nada para retroceder”*

7.. ¿Cómo es cuidar de uno mismo?

*“Hacer lo que dicen las enfermeras, el médico, yo he visto gente aquí ese señor que hoy entro conmigo, también estaba cuando mi señora aprendió y vea lo trajeron hoy con peritonitis...entonces si uno no va hacer las cosas se perjudica.”*

8. ¿Cómo explicarías, de qué forma se cuida uno mismo en la diálisis?

*“Yo diría que cuando empecé a hacerme los recambios...al principio mi mujer me los hacia y la nuera aprendió también; ya como a los dos años fue que empecé hacerlos yo solo; mi mujer me acompañaba y miraba que hiciera todo bien, y así cuando me siento cansado o aburrido le digo miya camine me*

*ayuda...es que a veces uno se deprime, se aburre. La rutina, pero bueno es lo que me tiene con vida.”*

9. ¿Porque crees que hay pacientes que se complican?

*“Porque no hacen lo que le explican y vea aquí uno viene cada mes, le dicen y vuelve y le explica la jefa, sino la trabajadora social todos están muy pendientes de uno. No hacen todo, uno tiene que seguir los pasos y no confiarse, hasta abril me puse mal me hospitalizaron me hicieron exámenes un tac no me salía nada no he tenido peritonitis sino del corazón.”*

10. ¿Que ha sido lo más difícil para ti de aprender a cuidarte?

*“Bueno a mí me da miedo la manguerita esa, yo no soy capaz de hacerme eso...el resto bañarme, secarme bien, tener cuidado con lo que como, las pastillas, eso es un pastillerio y la puya eso es un día si uno no.”*

11. ¿Qué más haces para cuidarte?

*“Bueno ahora toca estar pendiente de toda el agua que toca tomar, las comidas, porque uno acostumbrado desde pelao a comer fritos, plátano de todo, que la cervecita...ahora si uno quiere estar bien le toca fijarse en eso...menos mal la mujer me ayuda con eso también.”*

Informante tres: Clavel, Edad 54 años, Casada, profesora, régimen contributivo, tres años en la terapia de reemplazo.

1. ¿Qué es para usted vivir con enfermedad renal crónica?

*“Que le puedo decir...ya fue entender que esto no se me quita, que esto lo tengo de por vida que tengo un tratamiento para sobrevivir el tiempo que me queda”*

2. ¿Cuánto hace que le diagnosticaron su enfermedad renal? ¿Por qué eligió la Diálisis peritoneal?

*“Hace tres años, primero estuve en la sala, pero vea eso fue difícil 4 horas y me caía mal salía débil. Entonces el médico le dijo a mi esposo que mejor esta y el aprendió y mi hija. Yo soy diabética y no veo bien no puedo hacérmela yo sola.”*

3. ¿Hábleme de cómo ha sido adaptarse al tratamiento?

*“Difícil al principio, ya ahora mi hija anota todo lo que sale, me aplica la insulina...y bueno corre conmigo en las mañanas, al medio día para hacerme el cambio, y ya en la tardecita y noche es más fácil...pero cuando empezó esto fue terrible yo pensé que me iba a morir.”*

4. ¿Qué es para usted cuidarse?

*“Hacer caso de lo que me dicen que haga, que coma poco y seguido, que el cuarto este limpio, que nadie entre en el recambio, ah bueno y que me cuide el huequito y la manguerita, que lo lave, lo seque, no usar ropa apretada, son varias cosas que siempre nos recuerdan”*

5. ¿Por qué es importante cuidar de ti?

*“Para mi salud para sentirme bien, porque si uno no aprende a cambiar lo que hacía antes con la comida y todo lo que paso que se dañó mi riñón, pues ahora por lo menos con este tratamiento puedo vivir un poco más”*

6. ¿Qué le genera el tratamiento?

*“Al inicio temor, porque eran muchas cosas por aprender, miedo de morir, luego como angustia de no hacer bien las cosas y recaer. Pero ya uno aprende y bueno se resigna a vivir así.”*

7 ¿Cómo es cuidar de uno mismo?

*“Porque las diálisis se hacen con mucho cuidado, las comidas, ellos me la hacen y están pendientes. A veces yo me desordeno, pero es rara la vez ellos tienen mucho cuidado conmigo, con muchas precauciones, hacer caso de comer lo que toca, la diálisis me la hacen con mucho cuidado las comidas me cuidan mucho ellos saben si estoy enferma o no, hasta aprendió mi hija a inyectarme la insulina para que todo esté bien”*

8. ¿Cómo explicarías, de qué forma se cuida uno mismo en la diálisis?

*“Bueno yo creo que algo principal es que uno asista a los controles, y haga lo que le dice la Enfermera, el médico, y bueno yo diría que uno aprende a valorar la vida lo que tiene por qué estar enfermo como al principio fue terrible,”*

9. ¿Porque crees que hay pacientes que se complican?

*“El descuido una sola vez me dio peritonitis eso fue horrible pero no me ha vuelto a pasar.”*

10. ¿Que ha sido lo más difícil para ti de aprender a cuidarte?

*“Lo más difícil diría las comidas, porque... (Se queda pensando) que más puede ser. El resto me ayudan”.*

11. ¿Que más haces para cuidarte?

*“Tengo que hacer todo lo que en la diálisis como es correcto, no faltar a ninguna, todos los días normal y cuidarme por ejemplo, hacer y todas las cosas bien para no tener riesgo de peritonitis por no cuidarse bien; debo tomarme los medicamentos correctamente, alimentarme bien, hacerle caso a la nutricionista de lo que no debe comer y lo que debo comer y... bueno venir*

*a las integraciones que hacen acá en la Clínica así he conocido más personas que tienen lo mismo que yo y cuando uno ve que hay más personas a veces con condiciones más difíciles que ven la vida con esperanza.. (Suspiro). uno también se llena de esperanza.”*

Informante Cuatro. GIRASOL. Hombre de 39 años, vive en unión libre, régimen contributivo, trabaja como auxiliar contable.

1. ¿Qué es para usted vivir con enfermedad renal crónica?

*“Aprender que la vida sigue...”*

2. ¿Cuánto hace que le diagnosticaron su enfermedad renal? ¿Por qué eligió la Diálisis peritoneal?

*“6 años; yo vivo en el Banco, eso queda a 6 horas de aquí y estar viniendo a la maquina era difícil por los transportes, el permiso, me tocaba quedarme venir con mi señora... entonces el médico me recomendó ésta y toco arreglar el cuarto de la casa, y todo para que me dieran la máquina.”*

3. ¿Hábleme de cómo ha sido adaptarse a la terapia?

*“Al principio fue difícil uno estaba muy llevao, me tenían que traer, llevar, hacer todo, pero ya yo me hago todo solo.”*

4. ¿Qué es para usted cuidarse?

*“Haciendo las cosas bien, como dice el médico, de las bacterias, de la higiene... yo solo me los hago, en la maquina trabajo todo el día, y estoy pendiente de todo cuando me voy a conectar, para tener una vida normal, trabajar.”*

5. ¿Por qué es importante cuidarse?



*“Uy claro...Porque si no... ya me dio una peritonitis y eso es muy feo. Me conecto en las noches en la máquina, así puedo trabajar y eso me ayuda para ayudar a mi familia”.*

6. ¿Qué le genera el tratamiento?

*“Me conecto en las noches en la máquina, así puedo trabajar y eso me ayuda para ayudar a mi familia, Entonces me siento que puedo valerme por mi mismo, que soy como quien dice responsable de hacérmelo o no, y si hago todo cumplidamente me va a ir bien”.*

7. ¿Cómo es cuidar de uno mismo?

*“Haciendo las cosas bien, todo bien cuidarse de una infección una peritonitis, por lo menos yo me conecto en las noches en la máquina, así puedo trabajar y eso me ayuda para ayudar a mi familia”*

8. ¿Cómo explicarías, de qué forma se cuida uno mismo en la diálisis?

*“Bueno creo que como le explique ahora, conectarse todas las noches, ser estricto con el aseo de la habitación, lavarse las manos, y cumplir con el tratamiento, ya uno toma esto como si fuera por ponerle un ejemplo cepillarse los dientes o bañarse, o sea todos los días, todos los días.”*

9. ¿Porque crees que hay pacientes que se complican?

*“Porque uno no se cuida, hace cosas que uno no debe hacer... (Se queda pensando) ...Muchos dejan de hacerse recambios o se saltan un día de diálisis, o dejan de tomarse las pastillas de la presión, porque a uno generalmente le toca tomar que, para los huesos, la presión, el hierro.”*

10. ¿Que ha sido lo más difícil para ti de aprender a cuidarte?

*“La comida...las pastillas eso yo salgo con una bolsa llena parezco una gallina tomando tanta pepa.”*

11. ¿Qué más haces para cuidarte?

*“Venir a los controles, la jefa lo llama a uno, le avisa, que hay que cambiar la manguerita, que los medicamentos, la nutricionista cada mes nos ve y la psicóloga, entonces uno así se siente acompañado y ellos siempre el médico le dicen a uno para que le vaya bien”.*

Informante cinco: Lirio, Hombre de 48 años, Casado, Régimen Subsidiado, Trabajo independiente.

1. ¿Qué es para usted vivir con enfermedad renal crónica?

*“esto ha sido verraco, sobre todo al principio, pero gracias a dios mi señora mi hija estuvieron pendientes y el médico me explico y pues bueno seguir adelante”.*

2. ¿Cuánto hace que le diagnosticaron su enfermedad renal? ¿Por qué eligió la Diálisis peritoneal?

*“La verdad esto me lo descubrieron hace año y medio. A mí la maquina me da miedo, la de hemodiálisis, entonces cuando me explicaron me pareció que acá podía tomar más agua y ser como más normal... porque a los de la maquina le salen unas bolas en los brazos.”*

3 ¿Hábleme de cómo ha sido adaptarse a la terapia?

*“Al principio me dio duro pero ya me estoy acostumbrando, yo solo me los hago, al principio mi señora y una hija, pero ya yo como aprendí me lo hago solo. A veces esto es monótono yo como que a veces me lo hago y 4 horas y*

*eso se va rápido y tengo que estar pendiente cuando salgo y se me hace monótono”.*

4. ¿Qué es para usted cuidarse?

*“Es proteger mi propia vida porque si yo no me cuido quien más me va a cuidar, debo cuidarme yo mismo”.*

5. ¿Por qué es importante cuidarse?

*“Yo hago todo lo que me recomiendan al pie de la letra que me salga todo bien para no tener complicaciones*

6. ¿Qué le genera el tratamiento?

*“si como esto es delicado a veces me da miedito, al principio me dijeron que uno debe cuidarse por una peritonitis o algo así a veces se hace monótona la cosa; llevo año y medio llevo las indicaciones lavarme las manos bien, limpiar el cuarto higiénicamente limpio, tener todo limpio el aseo bien y todo”*

7. ¿Cómo es cuidar de uno mismo?

*“Es por el bien de mi salud, cuidarme es tratar de estar bien, estar bien de salud de recuperarme y si Dios quiere sanarme”.*

8. ¿Cómo explicarías, de qué forma se cuida uno mismo en la diálisis?

*“Si como esto es delicado a veces me da miedito, al principio me dijeron que uno debe cuidarse por una peritonitis o algo así a veces se hace monótona la cosa; llevo año y medio llevo las indicaciones lavarme las manos bien, limpiar el cuarto higiénicamente limpio, tener todo limpio el aseo bien y todo”.*

9. ¿Porque crees que hay pacientes que se complican?

*“Yo pienso que no se quieren ellos mismos porque cuando uno en verdad se quiere se cuida, no se quieren o no les importa su pedacito de vida que tienen”.*

10. ¿Que ha sido lo más difícil para ti de aprender a cuidarte?

*“No se... (Se queda pensando) creo que la comida, las medicinas”.*

11. ¿Qué más haces para cuidarte?

*“Tratando de hacer todo lo mejor posible, cuidado en la como es... la higiene personal, y tratar de hacer el tratamiento como es debido como dice el médico, tomare las medicinas, las indicaciones lavarme las manos, tener el cuarto higiénicamente limpio y tener todo limpio”.*

Informante Seis: Margarita, Mujer de 57 años Viuda, Negociante, Régimen Contributivo.

1. ¿Qué es para usted vivir con enfermedad renal crónica?

*“Es vivir una segunda oportunidad que me dio dios a través de las diálisis”.*

2. ¿Cuánto hace que le diagnosticaron su enfermedad renal? ¿Por qué eligió la Diálisis peritoneal?

*¿Tu recuerdas lo mal que llegué yo acá hace ya diez años?; que yo al principio renegaba y no quería esto...yo me vi bien mal, pero Castillo (el Nefrólogo), me explico y acá se portaron muy bonito conmigo y salí adelante yo trabajo hago mis cosas”.*

3. ¿Hábleme de cómo ha sido adaptarse a la terapia?

*“Bueno eso ha sido de todo un poco, al principio renegué mucho no quería, cada cosa me parecía terrible, pero bueno ese cariño del médico las*

*enfermeras y ver que otros estaban también como yo... veía a Martin a Rosa que pudieron trasplantarse y bueno vi esperanza y le cogí a esto amor sobre todo a mí misma, necesitaba volver hacer la mujer trabajadora que siempre he sido”.*

4. ¿Qué es para usted cuidarse?

*“Quererme, considerarme, querer salir adelante eh tener fe en Dios porque quemas.... que siempre hay esperanza y que uno va a tener una segunda oportunidad y esa me la dio Dios con la diálisis”.*

5. ¿Por qué es importante cuidar de ti?

*“Porque así puedo trabajar, valerme por mi misma, sacar mis hijas adelante, todo eso si hago lo que me dicen”.*

6. ¿Qué le genera el tratamiento?

*“Bueno pues ahora confianza, libertad porque, aunque debo cumplir las horas, yo escojo la rutina, entonces es mi decisión o mi responsabilidad. Al inicio temor porque pensaba que no iba a poder hacerlo, pero ahora agradecida con Dios.”*

7. ¿Cómo es cuidar de uno mismo?

*“Hacerme bien el aseo que no me dé peritonitis, tener el cuarto limpio lavarme las manos. (Suspira) Sin esto no hubiera vivido”*

8 ¿Cómo explicarías, de qué forma se cuida uno mismo en la diálisis?

*“Bueno jefe yo diría que aplicando todo lo que a uno le enseña la enfermera, el médico, la nutricionista, la psicóloga, todos le dicen a uno como puede hacer para que este tratamiento sirva, entonces hay que cumplir, venir a los controles, y ser responsable con uno mismo, porque hay unos que le dicen*

*mentiras al jefe o al médico, entonces eso a ¿quién le hace daño? Pues a uno.”.*

9. ¿Porque crees que hay pacientes que se complican?

*“Porque son complicados...no se quieren, no quieren hacer caso son contradictorios; a veces se meten cucullos en la cabeza como me los metían a mí, que la vida se acababa, que uno no dura dos meses, y no la vida sigue...por que no hacen bien el aseo no se lavan las manos y les da peritonitis”.*

10. ¿Que ha sido lo más difícil para ti de aprender a cuidarte?

*“Al principio entender que esto era por mi bien que era la segunda oportunidad que me dio Dios”.*

11 ¿Que más haces para cuidarte?

*“El aseo principalmente y buena alimentación. Mas ninguna porque el aseo y la alimentación y las medicinas a tiempo especialmente la de la presión”.*

## CAPITULO V

### PERSPECTIVAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y CUIDADORES FAMILIARES SOBRE EL FENOMENO DE ESTUDIO

En el presente apartado se hace una exposición general de los hallazgos del estudio a partir del discurso aportado por los agentes externos que participaron en este estudio, las Enfermeras que trabajan en la Clínica Renal en el programa de Diálisis Peritoneal y cuidadores familiares de pacientes en la misma terapia, además de la perspectiva de la investigadora, a fin de identificar las relaciones que podían estar presentes en el fenómeno estudiado: **El cuidar de sí para la persona en diálisis peritoneal**; adicionalmente a partir de los significados que son comunes se presentan las coincidencias emergidas en las respuestas expresadas por los agentes externos, frente al mismo interrogante planteado, teniendo en cuenta que la Enfermera del Programa acompaña al paciente y su cuidador desde el momento que toma la decisión de iniciar el tratamiento con dicha terapia teniendo así oportunidad para reconocer necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales en la medida que pasa por el entrenamiento los controles mensuales, la visita domiciliaria, la programación de test de filtración, cambios de línea; todos estos aspectos fundamentales están asociados con el cuidado como intervención terapéutica; a la vez el cuidador familiar asume el cuidado y de acuerdo a la situación de salud del paciente puede ser un cuidador que

de manera permanente realice las acciones de cuidado, o bien puede hacerlo en los primeros meses de tratamiento y posteriormente el paciente va realizando su cuidado de manera independiente. Por ello ambos agentes externos pueden reconocer la manera como el paciente asume el diagnóstico de su enfermedad, por que escoge la terapia dialítica peritoneal, Cómo es cuidarse para un paciente en DP y por qué sufren complicaciones.

Por lo anteriormente expuesto la investigadora considero cuatro interrogantes relacionados directamente con el fenómeno de estudio.

### **6.1. Perspectiva de la Investigadora**

Como preámbulo a la presentación y análisis de las respuestas de los actores de éste estudio, presento desde mi propio relato, el contexto en el que se propicia la experiencia del cuidar de si del paciente con diálisis peritoneal; considero que mi relato lejos de ser anulado o neutralizado por las respuestas de los protagonistas, aporta al análisis e interpretación del fenómeno de estudio.

Cabe señalar que el investigador puede ser considerado como un instrumento de recolección de datos, de manera principal en los datos resultantes de las descripciones narrativas y la interpretación de los significados que las personas con diálisis peritoneal le atribuyen a sus vivencias, lo que da origen a lo que es el significado y el significante. En la indagación del significado, se debe conocer los símbolos que el investigador utiliza; así como sus propios significados para



diferenciarlos y así poder interpretar dentro del discurso de los actores sociales, los significados expresados. Esto permite reconocer dentro del contexto los hechos, la subjetividad y la intersubjetividad en la cual se hará evidente la capacidad del investigador para de manera rigurosa construir la propia visión de la realidad.

Por lo anterior considero importante reconocer como el cuidarse se constituye en uno de los elementos fundamentales de la existencia humana, pues implica la preocupación de sí mismo, el interés, el sentir como influencia en el pensar y en el actuar; requiere además de procesos de introspección en los cuales la persona reconoce su ser, se ama a sí misma, se conoce y en esa medida se hace consciente de aquello que necesita desde lo exterior para mantener su equilibrio. Esto implica un proceso de aprendizaje personal que involucra la autonomía, toma de decisiones, respeto, humildad, responsabilidad, la autoconfianza, la autodeterminación entre otros sentimientos y valores con los cuales va fortaleciendo la conciencia que tiene de sí mismo y la importancia que tiene para su ser el cuidar de sí mismo.

Cada vivencia que experimenta la persona se convierte en un reconocer sus fortalezas y debilidades, le permite además hacerse consciente de aquello que debe modificar ya sean actitudes o comportamientos, con los cuales consiga desaprender y abandonar hábitos que pueden dañar su ser integral; así va caminando en un aprender, un cumplir, un adaptarse, un adherirse hasta lograr introyectar aquellas acciones, pensamientos, decisiones, comportamientos que lo acercan a conducirse convenientemente.

Para la persona que ha sido diagnosticada con Enfermedad Renal Crónica, el solo hecho de tener que aceptar que se enfrenta ante una enfermedad que no tiene curación, que lo va a acompañar el resto de la vida, que ahora hace parte de lo que lo es el como persona, genera todo tipo de sentimientos; inicialmente la negación, y con ella el recurrir a cualquier otro camino que lo aleje de esa realidad; para el paciente y su familia es un momento doloroso pues para muchos es reconocer que de no aceptar algún tratamiento es sencillamente dejarse morir.

Un segundo momento es el escoger el tipo de terapia, de acuerdo a su situación muchas veces no tiene la opción de decidir, sin embargo hay algunos nefrólogos que una vez el paciente sale de su estado agudo, y después de una valoración integral con el equipo multidisciplinario le explican cada terapia de reemplazo renal con sus ventajas y desventajas; es una decisión que le determinara la calidad de vida, es una decisión que le implicara no solo el cambio en sus hábitos alimenticios, también rutinas, su espacio, horarios, su trabajo, su tiempo todas las dimensiones que componen al ser humano.

Cuando la persona con Enfermedad Renal Crónica y su familia escogen la diálisis peritoneal, inicia un proceso de entrenamiento que es acompañado por los profesionales de Enfermería, podría decirse que la clínica renal se convierte en su segundo hogar, y las enfermeras en sus parientes más cercanos, pues con ellas logran desahogar todos los sentimientos, emociones y valores que les genera el tratamiento.

## 6.2. Perspectiva de los Agentes Externos.

Elas representan la información que aportan los cuidadores familiares y enfermeras al ser capaces de reflexionar sobre las prácticas de cuidado del paciente en diálisis peritoneal.

Enfermera Uno: Mujer, Enfermera coordinadora de la Clínica Renal, Especialista en Nefrología y Urología, con segunda especialidad en Gerencia y Auditoria de la Calidad, con 22 años de experiencia en el área de Nefrología.

1. ¿Qué es para una persona ser diagnosticada con Enfermedad Renal Crónica?

*“jumm (se ve pensativa) para un paciente es cambios personal y familiar, cambio de su vida, es dolor por que lo manifiesta, es desanimo es frustración por como que venía trabajando y no va hacer una persona productiva, piensa en su familia, ya mis manos no puedo trabajar por la fistula...”*

2. ¿Por qué escogen la terapia de Diálisis Peritoneal?

*“Escogen la terapia Diálisis Peritoneal porque no tienen suficiente tiempo para estar con su familia cuando vienen a hemodiálisis son 4 horas tres veces por semana, lo escogen porque les favorece el trabajo ya cuadran su horario según la actividad que desarrollen normalmente, escogen peritoneal por la*

*situación económica es una sola vez al mes a control mientras que hemodiálisis es tres veces a la semana más el acompañante inclusive; escogen DP ( diálisis peritoneal) por las ventajas, incluso para el trasplante están mejor preparados para eso los de DP porque es como si su riñón funcionara todo el día por los cambios 4 veces al día y todos los días mientras que en hemodiálisis son tres veces por semana”.*

3. *¿Cómo es cuidarse para un paciente en Diálisis Peritoneal?*

*“Para un paciente en DP cuidarse es desde su parte de higiene personal es lavarse las manos, tener las uñas cortas, su sitio de recambio aseado, es conocer y hacer bien las cosas que se le enseñan cómo cuidar su orificio de salida, lavarlo, secarlo con que puede hacerlo y que no, cuidar su alimentación, es auto cuidarse hacer las cosas bien como se le enseñan acá, es no rutinizarse, sino hacer las cosas todos los días como si fuera la primera vez”.*

4. *¿Por qué se complican los pacientes en Diálisis Peritoneal?*

*“Ehhhh un paciente de DP se complica más que todo por la falta de recursos, no tienen el agua en condiciones para que puedan realizarlo con seguridad, ya que la mayoría de pacientes viven en área rural, y no tienen agua procesada que venga de acueducto sino que es agua de pozo, la guardan en un recipiente, y a ese recipiente no le hacen la adecuada higiene suficiente aun cuando se les enseña dicen que no tienen el recurso para comprar el*

*hipoclorito, que no tienen el recurso para hervirla lo suficiente eso es lo que manifiesta el paciente. Se complican también cuando no tienen apoyo familiar se deprimen no hacen las cosas, les da lo mismo hacérselas que no, cuando sienten eses abandono de la familia, ....ehhhh cuando lo hacen también cuando pierden su trabajo , porque es una iniciativa de ellos, más que todo cuando están deprimidos se contaminan y por lo de los recursos que no tienen para solventar esas actividades para mejorar su condición respecto al agua, y está demostrado que la mayoría de infecciones son producidas por las bacterias que se encuentran en el agua”.*

Enfermera dos: Mujer Enfermera no Especialista, con entrenamiento en Diálisis Peritoneal, con 5 años de experiencia en el área.

1. ¿Qué es para una persona ser diagnosticada con Enfermedad Renal Crónica?

*“Bueno es un cambio de vida, es adaptarse, es primero negar lo que le está pasando, luego entender que no todo está perdido y que hay un tratamiento que le puede ayudar y luego adaptarse y adherirse a ese tratamiento. Todas estas etapas las pasan ellos y en verdad que representa un cambio de su rutina, su trabajo, su dinámica familiar, porque a veces se ve como la familia lo apoya, acompaña... otras veces vemos pacientes que empiezan con muchos familiares alrededor y luego terminan solos, implica para algunos un reto,*

*para otros frustración, para unos esperanza para otros el fin de la vida... es algo fuerte por que debes cambiar hábitos rutinas y eso para cualquier persona es como empezar de nuevo”.*

## 2. ¿Por qué escogen la Diálisis Peritoneal?

*“Bueno.... la verdad es que nosotros acá en la clínica hacemos una inducción a las diferentes terapias de reemplazo renal, les mostramos ventajas, beneficios, desventajas, y con el apoyo del equipo del nefrólogo, trabajadora social, psicóloga, nutricionista y en este caso yo como parte de las enfermeras que estamos en DP (diálisis peritoneal), les orientamos pensando no solo en la realidad y en el hoy del paciente sino en su futuro, en donde un trasplante como modalidad de tratamiento puede ser más factible si está en terapia DP (diálisis peritoneal), entonces ellos la escogen por que pueden tener un poco más de autonomía, con su trabajo, el manejo de los recambios en relación a su horario, la alimentación es mucho más variada, la ingesta de líquidos va en relación a su egreso, tiene unas ventajas en relación a su calidad de vida, que algunos la escogen porque creen que es mejor para ellos; en otros casos la familia apoya esta decisión o influye porque también tienen en cuenta que es menos traumático desplazarse a entrenamientos, controles que estar en hemodiálisis que exige tres sesiones semanales de 4 o más horas”.*

3. ¿Cómo es cuidarse para un paciente en Diálisis Peritoneal?

*“ Bueno para ellos cuidarse (pensativa)...bueno depende del tipo de paciente, acá uno encuentra pacientes que siguen las instrucciones al pie de la letra, entonces controla el ambiente, se lava las manos, usa su mascarilla, limpia su mesa ... tiene cuidado con su orificio de salida, te trae cada mes el balance diario de líquidos que acá se le enseña, se toma su tratamiento y efectivamente vez a un paciente bien controlado, entonces sería que aquellos que logran adaptarse y adherirse a la terapia cumplen con todas las acciones que te llevan a entender que se cuida”.*

4. ¿Por qué se complican los pacientes?

*“ Bueno, se complican por que no han logrado adaptarse a su realidad, porque no cuentan con apoyo familiar, porque se deprimen, porque su cuidador se cansa se rutiniza y termina infectado, porque se confía de hacerse o no un recambio más o menos, por que minimizan los riesgos... por que no creen que pueda pasar...porque a veces no tienen el recurso económico para comprar toallas, o jabón, porque la familia no cree que todas esas recomendaciones las deba llevar así... son muchas cosas no? pero creo que cuando hay un buen entorno, una buena autoestima y el paciente se siente apoyado por el equipo de salud y su familia tiene más recursos personales para evitar complicarse que un paciente que no tenga todo esto”.*

Enfermera tres: Mujer, Enfermera con Especialidad en Cuidado Crítico, con tres años de experiencia en el área de Diálisis Peritoneal entrenamiento en la propia clínica.

1. ¿Qué es para una persona ser diagnosticada con enfermedad Renal Crónica?

*¿En lo castizo o me tengo que poner en el lugar del paciente? (se le aclara que es desde su rol de enfermera) muchos de ellos nos han dicho que es como si se les acabara el mundo, cuando ya entran a la terapia es diferente, les cambia la vida que no es como ellos imaginaban”.*

2. ¿Por qué escogen la Diálisis Peritoneal?

*“Porque ehhhh...(pensativa) se la pueden hacer en su casa, porque les ayuda a mejorar su calidad de vida, los pacientes que laboran ven la flexibilidad en el tratamiento a qué hora se lo pueden hacer que no se les cruce con su horario laboral, los que estudian, lo mismo que pueden compartir más con su familia, otros miran la parte económica por que viven muy lejos entonces es más difícil trasladarse de un lugar a otro, ya , aquellos pacientes que tienen limitaciones físicas que dependen de otra persona para ellos es mucho más fácil este tipo de terapias”.*

3. ¿Cómo es cuidarse para un paciente en Diálisis Peritoneal?

*“ Es complicado porque ellos al principio dependen mucho de uno o del familiar que aprende hacerles la terapia, entonces como que no asumen la responsabilidad de las pequeñas cosas que pueden hacer por ellos mismos; luego cuando ya pasan los primeros meses, que van como saliendo de la uremia, van sintiendo los beneficios de la terapia, pues creo que allí ya completan su proceso de adaptación y logran no solo cumplir sino*



*iniciar su autocuidado; por ejemplo con la alimentación, los medicamentos, el balance diario, el aseo personal, su orificio de salida, son cosas que nadie puede hacer por ellos luego allí ya se podría visualizar el autocuidado. Muchos que logran superar los temores, las angustias llegan a la adherencia al tratamiento que consideraría yo es fundamental para que se vea ese cuidado con ellos mismos y ya introyectan esa responsabilidad con su vida”.*

4. ¿Por qué se complican los pacientes?

*“En la mayoría de los casos la complicación que aparece es por peritonitis, y pues es algo que a veces uno no se explica porque se les refuerza tanto las técnicas su autocuidado... pero bueno a veces influye que no tienen el recurso para comprar toallas de papel, a veces el clima por que con estos calores y encerrare en un cuarto para poder hacerse su recambio, entonces algunos creen que prendiendo un poco el abanico no pasa nada....se confían, o se descuidan. Yo les digo que se hagan el recambio como si fuera la primera vez, para que estén pendientes con todo. A veces se infectan los que tienen una persona que les hace el recambio, pero hay cosas como la calidad del agua, que puede influir en la aparición de infección, entonces es como multifactorial el por qué se infectan”.*

Familiar 1: Mujer de 40 años, ama de casa cuidadora desde hace 5 años de su esposo, única cuidadora.

1. ¿Que fue para su familiar saber de su Enfermedad?

*“ Yo recuerdo que al principio el no quiso aceptar que se le habían dañado los riñones a causa de la presión alta, como él no se tomaba las pastillas con juicio, y tomaba...entonces eso fue complicado, hasta que toco llevarlo a la maquina acá en la Clínica y así duro como 6 meses peleando, renegando, que por que, hasta que bueno se empezó a recuperar ya no se hinchaba y el Dr. le dijo para pasarse a la peritoneal y entonces toco hablarle varias veces, yo si quería porque a mi esa sala me daba miedo”*

2. ¿Por qué escogió la diálisis peritoneal su familiar?

*“ bueno por lo que le conté, el medico en la sala le empezó a decir que esa era la otra forma y que podía comer mejor y tomar más agua, porque en la sala eso es muy estricto, y nos sentaron con personas que ya se la hacían, nos mostraron como era y de los controles mensuales y todo eso él lo vio mejor para volver a trabajar en lo suyo”*

3. ¿Cómo es cuidarse para un paciente en Diálisis Peritoneal?

*“Es hacerse a la idea de hacer todo como le enseñan acá, tener buen aseo, limpiar todo bien, hacerse los recambios a sus horas, tomarse las pastillas, venir a los controles, mirar el líquido cada vez que sale....ya”.*

4. ¿Porque se complican los pacientes en Diálisis Peritoneal?

*“yo creo que cuando se aburren, por que como es todos los días y cada 4 horas entonces*

*deben estar muy pendientes de todo, por lo menos cuando yo al principio se lo hacía revisaba varias veces lo que iba haciendo, y nunca se me infecto, en cambio cuando él quiso hacerse las diálisis a los tres meses hizo su peritonitis, claro que le sirvió porque de ahí no ha vuelto a picarle la peritonitis, porque él ya sabe que si no hace las cosas bien se complica; ya no se hace trampa el mismo”*

Familiar 2: Mujer de 36 años, madre de un joven de 18 años, con dos años como cuidadora, es profesora, única cuidadora.

1. ¿Que fue para su familiar saber de su Enfermedad?

*“Mi hijo creo que lo recibió mejor que yo....(pensativa), porque uno de mama nunca quiere que sus hijos tengan una enfermedad como esa, que le cambia su vida tanto, con las comidas, el cuidado que debe tener, y un muchacho quiere estar comiendo de todo, saliendo, divirtiéndose...pero lo bueno es que él es muy inteligente y le aprendió a la jefa como hacerse su diálisis y bueno ya él se hace todo y es juicioso se cuida y yo estoy pendiente también”*

2. ¿Por qué escogió la diálisis peritoneal su familiar?

*“ Desde que el Dr. le vio los exámenes y le dijo vimos con mi esposo que era mejor esta que la de la máquina, para que el pudiera seguir estudiando, entonces eso fue rapidito que le pusieron la manguerita para la diálisis y fueron a la casa a ver el cuarto de él, toco hacerle unos arreglos y mi esposo mando hacer el cielo*

*raso y la mesa y todo para que en las noches se pudiera conectar en la máquina y bueno ya son dos años que lleva y gracias a Dios no se ha complicado”*

3. *¿Cómo es cuidarse para un paciente en Diálisis Peritoneal?*

*“ Viendo el proceso en mi hijo, es aceptar su enfermedad, es hacer las cosas como le dice acá el médico, la enfermera, la nutricionista, todos los que acá lo han atendido le dicen lo que debe hacer para que lleve una vida normal, que debe ser responsable por que si se descuida se infecta, o se hincha, entonces él no debe descuidarse, el acá se hizo al principio amigo de un muchacho que llevaba ya varios años en la diálisis pero no se cuidaba por que le daba peritonitis...y era como desordenado y el pelao se murió en noviembre del año pasado, entonces eso son cosas para que el vea que si se descuida puede ser muy grave”*

4. *¿Porque se complican los pacientes en Diálisis Peritoneal?*

*“bueno ya le dije cuando se desordenan, que beben, que no se toman las pastillas, que no se hacen recambios, o por lo menos que dejan de venir al control, a los entrenamientos, ahí las enfermeras miran si uno hace todo bien, así como en la visita en la casa, ellas van y miran todo que no haya polvo ni cosas que a contaminarlo”.*

Familiar 3: Esposo de 57 años, trabajador independiente, unión libre, 5 años como

cuidador.

1. ¿Que fue para su familiar saber de su Enfermedad?

*“Eso fue terrible para ella, porque ella era muy activa, iba venia,...y bueno ella manejaba su diabetes con la comida y las pastillas, pero cuando se empezó a hinchar y luego le dicen que se le dañaron los riñones... imagínese pensaba que sus hijos, los nietos que como iba hacer porque ella siempre ha estado pendiente de todo ”*

2. ¿Por qué escogió la diálisis peritoneal su familiar?

*“Más que todo por comodidad para no venirnos a vivir a Santa Marta, y pues ya yo le arregle su cuarto para hacerle la diálisis allá en la casa,”*

3. ¿Cómo es cuidarse para un paciente en Diálisis Peritoneal?

*“Vea eso es cuidarse que no le dé peritonitis, ella toda la vida ha sido estricta con su aseo, que una cosa que la otra, entonces en eso ella es más pendiente, que no le cojan, que no le abran la puerta, que el huequito, la manguerita le tiene hasta un fajón para guardársela, con las bolsas es muy meticulosa vea lo mínimo, la ropa de la cama, todo todo todo como le dicen acá las jefas”*

4. ¿Porque se complican los pacientes en Diálisis Peritoneal?

*“yo digo que no se quieren, no quieren vivir, mi mujer al contrario quiere ver*

*crecer sus nietos y por eso ella es tan cuidadosa con todo, y se obliga y a los demás también nos obliga a que todo se lo tengamos limpio y en su puesto; yo creo que una mujer o en si una persona que tenga esta enfermedad si no es estricto con lo que tiene que hacer no le va bien y.... bueno lo principal la fe en Dios, nosotros creemos que el todo lo puede”.*

**5.3. COINCIDENCIAS O INTERSECCIONES DE LOS AGENTES EXTERNOS DE ACUERDO A LAS RESPUESTAS AL INTERROGANTE ¿COMO ES CUIDARSE PARA UN PACIENTE EN DIALISIS PERITONEAL?**

<b>Coincidencias o Intersecciones de Agentes Externos</b>	
Enfermera 1	☞ <i>cuidarse es desde su parte de higiene personal es lavarse las manos, tener las uñas cortas, su sitio de recambio aseado, es conocer y hacer bien las cosas que se le enseñan cómo cuidar su orificio de salida, lavarlo, secarlo con que puede hacerlo y que no, cuidar su alimentación, es auto cuidarse hacer las cosas bien como se le enseñan acá, es no rutinizarse, sino hacer las cosas todos los días como si fuera la primera vez.</i>
Enfermera 2	☞ <i>depende del tipo de paciente, acá uno encuentra pacientes que siguen las instrucciones al pie de la letra, entonces controla el ambiente, se lava las manos, usa su mascarilla, limpia su mesa ... tiene cuidado con su orificio de salida, te trae cada mes el balance diario de líquidos que acá se le enseña, se toma su tratamiento y efectivamente vez a un paciente bien controlado, entonces sería</i>

	<p><i>que aquellos que logran adaptarse y adherirse a la terapia cumplen con todas las acciones que te llevan a entender que se cuida.</i></p>
Enfermera 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ <i>su autocuidado; por ejemplo con la alimentación, los medicamentos, el balance diario, el aseo personal, su orificio de salida, son cosas que nadie puede hacer por ellos luego allí ya se podría visualizar el autocuidado.</i></li> <li>☞ <i>Muchos que logran superar los temores, las angustias llegan a la adherencia al tratamiento que consideraría yo es fundamental para que se vea ese cuidado con ellos mismos y ya introyectan esa responsabilidad con su vida</i></li> </ul>
Familiar 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ <i>hacer todo como le enseñan acá,</i></li> <li>☞ <i>tener buen aseo, limpiar todo bien,</i></li> <li>☞ <i>hacerse los recambios a sus horas,</i></li> <li>☞ <i>tomarse las pastillas,</i></li> <li>☞ <i>venir a los controles,</i></li> <li>☞ <i>mirar el líquido cada vez que sale</i></li> </ul>
Familiar 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ <i>Aprendió hacerlo como le dicen aquí</i></li> <li>☞ <i>Seguir Estudiando</i></li> <li>☞ <i>Le dicen lo que debe hacer para llevar una vida normal</i></li> <li>☞ <i>Si se descuida se infecta</i></li> </ul>
Familiar 3.	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ <i>cuidarse que no le dé peritonitis,</i></li> <li>☞ <i>Ser estricta con su aseo,</i></li> <li>☞ <i>Pendiente, que no le cojan, que no le abran la puerta, que el huequito, la manguerita le tiene hasta un fajón para guardársela,</i></li> <li>☞ <i>Con las bolsas es muy meticulosa vea lo mínimo, la ropa de la cama, todo como le dicen acá las jefas</i></li> </ul>

## **CAPITULO VI**

### **BUSQUEDA DE LAS ESENCIAS Y LA ESTRUCTURA EN LOS ACTORES SOCIALES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO**

El capítulo trata sobre: la síntesis narrativa, la categorización y la estructuración, una vez realizado el análisis del discurso y codificación de la información suministrada por los informantes claves, durante las entrevistas efectuadas. De la misma manera, se expone el proceso de la triangulación para identificar las interconexiones entre los significados emergidos de los informantes claves; finalmente se presenta la estructuración de las categorías mediante la cual se integraron y relacionaron las subcategorías específicas hasta llegar a la macro categoría del fenómeno de estudio: El Cuidar de Sí de la persona en Diálisis Peritoneal.

Paralelamente, se presenta el proceso de la triangulación, mediante el cual se identificaron las coincidencias o intersecciones de acuerdo a las categorías surgidas para identificar la concepción de la realidad, mediante el análisis de relatos para identificar significados aportados por las personas sobre su pensar, sentir y hacer, así como sus reflexiones acerca de los fenómenos que acontecen en sus vidas, hasta alcanzar la saturación de los datos. Finalmente, se incluye el proceso de estructuración mediante el cual se establece la relación que existe entre las categorías surgidas en el presente estudio.



La síntesis narrativa se construyó, a partir de los detalles de las experiencias de las personas en tratamiento con Diálisis Peritoneal y los significados que éstas le atribuyen. Es la construcción en forma sintetizada, concreta, de los relatos individuales, de acuerdo a los testimonios expresados por los participantes y en los cuales el investigador, examina los detalles para priorizarlos y evitar repeticiones.

Una vez realizada la construcción de la síntesis narrativa, se procede a estructurar el proceso de categorización de la información obtenida, proceso definido por varios autores Cooffey <sup>1</sup> como “ Explorar no lo que se dijo en nuestros datos sino cómo se dijo” ; del mismo modo Leal, J. <sup>2</sup> lo plantea como “la recolección y revisión de la información a través de diferentes entrevistas con el grupo de estudio, de manera que las categorías van emergiendo y repitiéndose hasta su punto de saturación”; Martínez <sup>3</sup> señala que “categorizar consiste en la aparición de símbolos verbales (categorías) en la conciencia, las mismas se cristalizan o condensan el contenido de la vivencia, lo cual permite describir las categorías” . El mismo autor refiere que “las categorías son ideas, conceptos o interpretaciones abreviadas de las citas, que son el resultado final de un elaboradísimo proceso entre un estímulo ambiguo y amorfo y la actividad interpretativa del perceptor. Más aún, Díaz<sup>4</sup> describe el momento de la categorización como “asignarle a una unidad de significado esencial o relevante (lenguaje no verbal –escena audiovisual, palabra, sintagma, oración, párrafo), un vocablo o expresión breve que refleje su contenido textual significativo desde una situación, fenomenológica o sujeto de estudio”

En este mismo sentido, Strauss, A. y Otros autores <sup>5</sup> refieren que

*“Las categorías son conceptos derivados de los datos, que representan fenómenos, y una vez los conceptos comienzan acumularse, el investigador debe iniciar el proceso de agruparlos o categorizarlos, bajo términos explicativos más abstractos, o sea, en categorías, y al definirla, se vuelve más fácil recordarla, desarrollarla en sus propiedades y dimensiones y diferenciarla mejor al descomponerla en sus subcategorías.”*

Luego de esta codificación, se hace necesario iniciar el proceso de la triangulación, para ello es necesario partir por la definición del termino tomando a Denzin<sup>6</sup> que lo define como “ la aplicación y combinación de varias metodologías del investigación en el estudio de un mismo fenómeno”; así mismo es entendida como “ técnica de confrontación y herramienta de comparación de diferentes tipos de análisis de datos, con un mismo objetivo puede contribuir a validar un estudio de encuesta y potenciar las conclusiones que de él se derivan” Rodríguez<sup>7</sup>; es indudable que para lograr este proceso se requiere tal como lo expresa Donolo<sup>8</sup> “ de conocimiento tiempo y recursos para implementarla y una gran agudeza para interpretar sus resultados en las diversas maneras que se presentan”; por otra parte es importante tener en cuenta que existen diversas posibilidades para la triangulación destacándose la triangulación de datos, la triangulación teórica, la triangulación metodológica y la triangulación múltiple; para este caso utilizare la triangulación de datos para analizar los datos

provenientes de las diferentes fuentes, los propios sujetos de estudio, los actores sociales y la visión del investigador.

Un proceso importante dentro del desarrollo de la investigación cualitativa emerge una vez realizada la categorización o codificación y la triangulación, y es el momento de la estructuración; éste implica según Díaz<sup>9</sup>, “una lectura inicial y relectura de las descripciones protocolares teniendo en cuenta las categorías individuales y universales que emergieron del estudio con un sentido de todo, para luego integrar en un sistema coherente y lógico todas las categorías universales que le dan sentido al fenómeno o situación de estudio”. Para Martínez<sup>3</sup> éste proceso podría definirse como el “proceso de integración de categorías menores o más específicas en categorías generales”. El mismo autor agrega que “el proceso de estructuración es un ejercicio continuo que tiende a validar una comprensión realista y autentica del tópico estudiado”.

Seguidamente se procede a describir los aspectos más relevantes que condujeron a la constitución de los significados de las personas con diálisis peritoneal participantes en el estudio, con respecto a su propio cuidado. La descripción de este fenómeno es el resultado de las respuestas grabadas a los cuatro (06) participantes para la obtención de los datos necesarios y así lograr la estructuración o creación de los significados atribuidos.

## **6.1. SÍNTESIS NARRATIVA.**

Basada en los interrogantes formulados para el estudio, se presenta un resumen de las narrativas derivadas de las entrevistas realizadas por la investigadora a cada uno de los participantes.

### **1.- ¿Qué es para usted vivir con enfermedad renal crónica?**

**Azucena:** *Es un cambio muy verraco... fue un empezar de nuevo, yo ahora siento que valoro más cada día”*

**Amapola:** Es tener una situación difícil... yo antes podía comer de todo, ahora dependo de los recambios

**Clavel:** Entender que esto no se me quita, que esto lo tengo de por vida que tengo un tratamiento para sobrevivir el tiempo que me queda”

**Girasol:** “Aprender que la vida sigue...”

**Lirio:** Esto ha sido verraco, sobre todo al principio...

**Margarita:** Es vivir una segunda oportunidad que me dio Dios a través de las diálisis.

### **2. ¿Por qué eligió la diálisis peritoneal?**

**Azucena:** *“lo que le hacen a uno por el brazo allá en la sala, esa no me gusta, y esta que se la hace uno mismo, en la casa, que uno puede comer más cosas tomar más agua.”*

**Amapola:** *“En la reunión con el médico y la enfermera me mostraron que podía hacer para mejorarme; y en ese momento con mi señora y una nuera aprendieron, ellos viven en la casa, entonces para ayudarle a mi mujer.”*

**Clavel:** *“primero estuve en la sala, pero vea eso fue difícil 4 horas y me caía mal salía débil. Entonces el médico le dijo a mi esposo que mejor esta y el aprendió y mi hija”*

**Girasol:** *“la maquina era difícil por los transportes, el permiso, me tocaba quedarme venir con mi señora... entonces el médico me recomendó ésta y toco arreglar el cuarto de la casa”*

**Lirio:** *“A mí la maquina me da miedo, la de hemodiálisis, entonces cuando me explicaron me pareció que acá podía tomar más agua y ser como más normal... porque a los de la maquina le salen unas bolas en los brazos”*

**Margarita:** *“yo al principio renegaba y no quería esto...yo me vi bien mal, pero Castillo (el Nefrólogo), me explico y acá se portaron muy bonito conmigo y salí adelante yo trabajo hago mis cosas”*

### **3. ¿Cómo ha sido adaptarse a la terapia?**

**Azucena:** *“. Ya uno se acostumbra, desde que me hago el primer cambio a medianoche”*

**Amapola:** *“O sea cumplir, cumplir y obedecer lo que el Dr. Castillo dice, con las medicinas, la comida y que me tengo que hacer los 4 cambios”*

**Clavel:** *“Difícil al principio... cuando empezó esto fue terrible yo pensé que me iba a morir”*

**Girasol:** *“Al principio fue difícil uno estaba muy llevao, me tenían que traer, llevar, hacer todo, pero ya yo me hago todo solo.”*

**Lirio:** *“Al principio me dio duro pero ya me estoy acostumbrando, yo solo me los hago... A veces esto es monótono yo como que a veces me lo hago y 4 horas y eso se va rápido”*

**Margarita:** *“Bueno eso ha sido de todo un poco, al principio renegué mucho no quería, cada cosa me parecía terrible”*

#### **4. ¿Que es para usted cuidarse?**

**Azucena:** *“Cuidarme yo para superar mi enfermedad, para no recaer”*

**Amapola:** *“Hacer el tratamiento para mejorarme, para sobrevivir el tiempo que me queda”*

**Clavel:** *“Hacer caso de lo que me dicen que haga, que coma poco y seguido, que el cuarto este limpio, que nadie entre en el recambio, ah bueno y que me cuide el*

*huequito y la manguerita, que lo lave, lo seque, no usar ropa apretada, son varias cosas que siempre nos recuerdan”*

**Girasol:**” *Haciendo las cosas bien, ..., de la higiene... estoy pendiente de todo cuando me voy a conectar, para tener una vida normal, trabajar.”*

**Lirio:** “*Es proteger mi propia vida porque si yo no me cuido quien más me va a cuidar, debo cuidarme yo mismo”*

**Margarita:** “*Quererme, considerarme, querer salir adelante eh tener fe en Dios porque que más”*

## **5. ¿Porque es importante cuidar de ti?**

**Azucena:**” *si uno es obediente en el cuidado; si no cae si me desordeno, si empiezo a hacerme solo dos cambios; que solo dos, o menos tiempo... ve...; hacer las cosas bien,”*

**Amapola:** “*Para tener buena salud para no complicarse o volver a recaer, eso yo no me quiero acordar sentirse uno invalido, sin poder valerse por uno mismo.”*

**Clavel:** “*Para mi salud para sentirme bien, porque si uno no aprende a cambiar lo que hacía antes con la comida y todo lo que paso que se dañó mi riñón.”*

**Girasol:**” *Uy claro...Porque si no... ya me dio una peritonitis y eso es muy feo...”*

**Lirio:** *“Yo hago todo lo que me recomiendan al pie de la letra que me salga todo bien para no tener complicaciones”*

**Margarita:** *“Porque así puedo trabajar, valerme por mi misma, sacar mis hijas adelante, todo eso si hago lo que me dicen”*

## **6. ¿Qué le genera el tratamiento?**

**Azucena:** *“Al inicio me daban unas crisis que me da temor volver a caer en eso... tengo miedo de recaer”*

**Amapola:** *“Al inicio temor, porque eran muchas cosas por aprender, miedo de morir, luego como angustia de no hacer bien las cosas y recaer. Pero ya uno aprende y bueno se resigna a vivir así.”*

**Clavel:** *“¿respecto a que siento? bueno miedo, temor de una peritonitis, pero pienso que es una responsabilidad con uno mismo, hacerlo bien por uno, la vida es una y hay que hacerlo bien porque es una nueva oportunidad.”*

**Girasol:** *“puedo trabajar y eso me ayuda para ayudar a mi familia., Entonces me siento que puedo valerme por mi mismo, que soy como quien dice responsable de hacérmelo o no, y si hago todo cumplidamente me va a ir bien.”*

**Lirio:** *“a veces me da miedito... se hace monótona la cosa”*



**Margarita:**” *confianza, libertad porque, aunque debo cumplir las horas, yo escojo la rutina, entonces es mi decisión o mi responsabilidad. Al inicio temor*”

## **7. ¿Cómo es cuidar de uno mismo?**

**Azucena:**” *me cuido mi alimentación mis cosas*”,

**Amapola:** “*Hacer lo que dicen las enfermeras, el médico... entonces si uno no va hacer las cosas se perjudica*”

**Clavel:** “*Porque las diálisis se hacen con mucho cuidado, las comidas hacer caso de comer lo que toca, la diálisis me la hacen con mucho cuidado* “

**Girasol:** “*Haciendo las cosas bien, todo bien cuidarse de una infección una peritonitis*”

**Lirio:** “*Es por el bien de mi salud, cuidarme es tratar de estar bien, estar bien de salud de recuperarme y si Dios quiere sanarme*”

**Margarita:** “*Hacerme bien el aseo que no me dé peritonitis, tener el cuarto limpio lavarme las manos. (Suspira) Sin esto no hubiera vivido*”

## **8. ¿Cómo explicarías, de qué forma se cuida uno mismo en la diálisis?**

**Azucena:** “*Para mi fundamental me hago mi limpieza bien, me seco bien el orificio, la manguerita yo me seco eso bien*”

**Amapola:** *“Yo diría que cuando empecé a hacerme los recambios. Es que a veces uno se deprime, se aburre. La rutina, pero bueno es lo que me tiene con vida.”*

**Clavel:** *“Bueno yo creo que algo principal es que uno asista a los controles, y haga lo que le dice la Enfermera, el médico, y bueno yo diría que uno aprende a valorar la vida lo que tiene. “*

**Girasol:** *“conectarse todas las noches, ser estricto con el aseo de la habitación, lavarse las manos, y cumplir con el tratamiento... o sea todos los días, todos los días”*

**Lirio:** *“... lavarme las manos bien, limpiar el cuarto higiénicamente limpio, tener todo limpio el aseo bien y todo”*

**Margarita:** *“aplicando todo lo que a uno le enseña la enfermera, el médico, la nutricionista, la psicóloga, todos le dicen a uno como puede hacer para que este tratamiento sirva, entonces hay que cumplir, venir a los controles, y ser responsable con uno mismo”*

## **9. ¿Porque crees que hay pacientes que se complican?**

**Azucena:** *“Porque no se cuidan, no hacen las cosas bien... eso tiene que ser la limpieza, las cosas no la hacen, no están pendientes por que dejan de hacer algo y como no les pasa nada entonces siguen haciendo así”*

**Amapola:** *“Porque no hacen lo que le explican y vea aquí uno viene cada mes, le dicen y vuelve y le explica la jefa, sino la trabajadora social todos están muy pendientes de uno. No hacen todo, uno tiene que seguir los pasos y no confiarse*

**Clavel:** *“El descuido una sola vez me dio peritonitis eso fue horrible pero no me ha vuelto a pasar “*

**Girasol:** *“Porque uno no se cuida, hace cosas que uno no debe hacer... (Se queda pensando) ...Muchos dejan de hacerse recambios o se saltan un día de diálisis, o dejan de tomarse las pastillas de la presión, porque a uno generalmente le toca tomar que, para los huesos, la presión, el hierro”*

**Lirio:** *“Yo pienso que no se quieren ellos mismos porque cuando uno en verdad se quiere se cuida, no se quieren o no les importa su pedacito de vida que tienen”*

**Margarita:** *” Porque son complicados...no se quieren, no quieren hacer caso son contradictorios; a veces se meten cucullos en la cabeza como me los metían a mí, que la vida se acababa, que uno no dura dos meses, y no la vida sigue...por que no hacen bien el aseo no se lavan las manos y les da peritonitis”*

#### **10. ¿Que ha sido lo más difícil para ti de aprender a cuidarte?**

**Azucena:** *“El aseo de la habitación eso me ha...yo limpio cualquier cosita que veo, yo estoy es...parezco enferma por la limpieza”*

**Amapola:** *“Bueno a mí me da miedo la manguerita esa, yo no soy capaz de hacerme eso...el resto bañarme, secarme bien, tener cuidado con lo que como, las pastillas, eso es un pastillerio y la puya eso es un día si uno no”*

**Clavel:** *“Lo más difícil diría las comidas, porque... (Se queda pensando) que más puede ser. El resto me ayudan “*

**Girasol:** *“La comida...las pastillas eso yo salgo con una bolsa llena parezco una gallina tomando tanta pepa”*

**Lirio:** *“No se... (Se queda pensando) creo que la comida, las medicinas”*

**Margarita:** *” Al principio entender que esto era por mi bien que era la segunda oportunidad que me dio Dios”*

## **11. ¿Que más haces para cuidarte?**

**Azucena:** *“Las comidas ¡!!!no como... como soy diabética hipertensa entonces me cuido mucho las grasas, harinas, azúcar el aseo personal mío me levanto temprano”*

**Amapola:** *“estar pendiente de toda el agua que toca tomar, las comidas, porque uno acostumbrado desde pelao a comer fritos, plátano de todo, que la cervecita”*

**Clavel:** *“Tengo que hacer todo lo que en la diálisis como es correcto, no faltar a ninguna, todos los días normal y cuidarme por ejemplo, hacer y todas las cosas bien para no tener riesgo de peritonitis por no cuidarse bien; debo tomarme los*

*medicamentos correctamente, alimentarme bien, hacerle caso a la nutricionista de lo que no debe comer y lo que debo comer y... bueno venir a las integraciones que hacen acá en la Clínica así he conocido más personas que tienen lo mismo que yo y cuando uno ve que hay más personas a veces con condiciones más difíciles que ven la vida con esperanza.. (Suspiro). uno también se llena de esperanza”*

**Girasol:** *“Venir a los controles, la jefa lo llama a uno, le avisa, que hay que cambiar la manguerita, que los medicamentos, la nutricionista cada mes nos ve y la psicóloga, entonces uno así se siente acompañado y ellos siempre el médico le dicen a uno para que le vaya bien”*

**Lirio:** *“Tratando de hacer todo lo mejor posible, cuidado en la como es... la higiene personal, y tratar de hacer el tratamiento como es debido como dice el médico, tomare las medicinas, las indicaciones lavarme las manos, tener el cuarto higiénicamente limpio y tener todo limpio”*

**Margarita:** *” “El aseo principalmente y buena alimentación. Mas ninguna porque el aseo y la alimentación y las medicinas a tiempo”*

A continuación, se presenta la construcción de categorías resultantes del ordenamiento de los significados expresados por los informantes claves, agrupando la información aportada.

## 6.2. PRESENTACION DE LA MATRIZ DE CATEGORIZACIÓN Y CODIFICACIÓN.

1) Que es para usted vivir con la ERC?

Relatos	Subcategorías	Categoría	Código
<p><b>Azucena:</b> <i>Es un cambio muy verraco... cuando inicie el tratamiento y me dijeron que tenía y que ya mis riñones no funcionaban...fue un empezar de nuevo, yo ahora siento que valoro más cada día”</i></p> <p><b>Amapola:</b> <i>Es tener una situación difícil, yo antes podía comer de todo, ahora dependo de los recambios</i></p> <p><b>Clavel:</b> <i>Entender que esto no se me quita, que esto lo tengo de por vida que tengo un tratamiento para sobrevivir el tiempo que me queda</i></p> <p><b>Girasol:</b> <i>“Aprender que la vida sigue...”</i></p> <p><b>Lirio:</b> <i>Esto ha sido verraco, sobre todo al principio, pero gracias a Dios, mi señora y mi hija estuvieron pendientes y el médico me explico y pues bueno seguir adelante</i></p>	<p>Proceso de cambio</p> <p>Empezar de nuevo</p> <p>una situación difícil</p> <p>Aceptar la enfermedad para sobrevivir</p> <p>La vida sigue</p> <p>Proceso de cambio</p>	<p><b>UN NUEVO COMIENZO</b></p>	<p><b>UNC</b></p>

<i><b>Margarita:</b> Es vivir una segunda oportunidad que me dio Dios a través de las diálisis</i>	Segunda oportunidad		
--	---------------------	--	--

2.- ¿Cuánto hace que le diagnosticaron su enfermedad renal? ¿Porque eligió la diálisis peritoneal?

Relatos	Subcategorías	Categoría	Código
<p><i><b>Azucena:</b> “Dos años y cuando me dijo el médico lo que le hacen a uno por el brazo allá en la sala, esa no me gusta, y esta que se la hace uno mismo, en la casa, que uno puede comer más cosas tomar más agua. El riesgo es la peritonitis, pero hay que hacer lo que dicen.</i></p> <p><i><b>Amapola:</b> Hace cinco años. En la reunión con el médico y la enfermera me mostraron que podía hacer para mejorarme; y en ese momento con mi señora y una nuera aprendieron, ellos viven en la casa, para ayudarle a mi mujer.”</i></p> <p><i><b>Clavel:</b> “Hace tres años, primero estuve en la sala, pero vea eso fue difícil 4 horas y me caía mal salía débil. Entonces el médico le dijo a mi esposo que mejor era esta y el aprendió y mi hija. Yo soy diabética y no veo bien no puedo hacérmela yo sola.”</i></p> <p><i><b>Girasol:</b> “Seis años; yo vivo en el Banco, eso queda a 6 horas de aquí y estar viniendo a la maquina era difícil por los transportes, el permiso, me tocaba quedarme venir con mi</i></p>	<p>Auto aplicación en casa</p> <p>Puedo comer y tomar más agua</p> <p>Llevar una vida más normal y mejorar</p> <p>Para mejorar</p> <p>Por indicación médica por la ayuda de la familia</p> <p>Procedimiento más amigable con la vida cotidiana</p> <p>Facilidad económica y</p>		

<p><i>señora... entonces el médico me recomendó ésta y toco arreglar el cuarto de la casa, y todo para que me dieran la máquina.”</i></p> <p><i>Lirio: Esto me lo descubrieron hace año y medio. A mí la maquina me da miedo, la de hemodiálisis, entonces cuando me explicaron me pareció que acá podía tomar más agua y ser como más normal... porque a los de la maquina le salen unas bolas en los brazos.”</i></p> <p><i>Margarita: Hace ya diez años... yo al principio renegaba y no quería esto...yo me vi bien mal pero Castillo (el Nefrólogo), me explico y acá se portaron muy bonito conmigo y salí adelante yo trabajo hago mis cosas”.</i></p>	<p>laboral</p> <p>Arreglé todo en casa</p> <p>llevar una vida más normal</p> <p>Explicación y relación con el equipo medico</p>		
---	---	--	--

3. ¿Hábleme cómo ha sido adaptarse al tratamiento?

Relatos	Subcategorías	Categoría	Código
<p><i>Azucena: Ya uno se acostumbra, desde que me hago el primer cambio a medianoche, ya no me coge el sueño temprano...Entonces por eso mejor así; estar anotando lo que se saca en el cambio. Yo pude volver a la iglesia</i></p> <p><i>Amapola: Cumplir y obedecer lo que el Dr. Castillo dice, con las medicinas, la comida y que me tengo que hacer los 4 cambios.”</i></p> <p><i>Clavel: Difícil al principio, ya</i></p>	<p>Cambiar de hábitos</p> <p>Cumplir y obedecer indicaciones médicas</p>	<p><b>SUPERAR EL MIEDO A COMPLICARSE</b></p>	<p><b>SEMAC</b></p>



<p><i>ahora mi hija anota todo lo que sale... y bueno corre conmigo en las mañanas, <b>al medio día para hacerme el cambio, y ya en la tardecita y noche es más fácil...</b>pero cuando empezó esto fue terrible yo pensé que me iba a morir.”</i></p> <p><b>Girasol:</b> <i>Al principio fue difícil uno estaba muy llevao, me tenían que traer, llevar, hacer todo, pero ya yo me hago todo solo.”</i></p> <p><b>Lirio:</b> <i>Al principio me dio duro pero ya me estoy acostumbrando, yo solo me los hago, al principio mi señora y una hija, pero ya yo como aprendí me lo hago solo. A veces esto es monótono yo como que a veces me lo hago y 4 horas y eso se va rápido y tengo que estar pendiente cuando salgo y se me hace monótono”.</i></p> <p><b>Margarita:</b> <i>Eso ha sido de todo un poco, al principio renegué mucho no quería... cada cosa me parecía terrible... vi esperanza y le cogí a esto amor sobre todo a mí misma, necesitaba volver hacer la mujer trabajadora que siempre he sido</i></p>	<p>Superar el miedo a morir y la dependencia</p> <p>Superar la dependencia</p> <p>Aprender a hacerme el tratamiento</p> <p>Proceso del rechazo al amor por mí misma para ser la de siempre</p>	<p><b>SUPERAR EL MIEDO A COMPLICARSE</b></p> <p><b>AMARSE A SI MISMO</b></p>	<p><b>SEMAC</b></p> <p><b>AASM</b></p>
---	--	--	--

4. ¿Qué es para usted cuidarse?

Relatos	Subcategorías	Categoría	Código
---------	---------------	-----------	--------

<p><b>Azucena:</b> <i>Cuidarme yo para superar mi enfermedad, para no recaer”</i></p> <p><b>Amapola:</b> <i>Hacer el tratamiento para mejorarme, para sobrevivir el tiempo que me queda, seguir el tratamiento, las instrucciones del médico... el medicamento... la hora de la diálisis”</i></p> <p><b>Clavel:</b> <i>Hacer caso de lo que me dicen que haga, que coma poco y seguido, que el cuarto este limpio, que nadie entre en el recambio, que me cuide el huequito y la manguerita, que lo lave, lo seque, no usar ropa apretada,</i></p> <p><b>Girasol:</b> <i>Haciendo las cosas bien, como dice el médico... de la higiene... yo solo me los hago, en la maquina trabajo todo el día, y estoy pendiente de todo cuando me voy a conectar, para tener una vida normal, trabajar.”</i></p> <p><b>Lirio:</b> <b>Proteger mi propia vida</b></p> <p><b>Margarita:</b> <b>Quererme, considerarme, querer salir adelante el tener fe en Dios</b></p>	<p>Cuidarme no recaer”</p> <p>mejorarme, para sobrevivir</p> <p>seguir instrucciones del medico</p> <p>Seguir instrucciones en la comida, la limpieza y los cuidados</p> <p>Hacer lo que dice el médico para tener una vida normal</p> <p>Proteger mi propia vida</p> <p>Quererme, considerarme</p>	<p><b>MEJORAR PARA SEGUIR VIVIENDO Y TENER UNA VIDA NORMAL</b></p>	<p><b>MPSVYTUVN</b></p>
--	---	--	-------------------------

5) ¿Por qué es importante cuidar de ti?

Relatos	Subcategorías	Categoría	Código
<p><b>Azucena:</b> <i>Si recaen las cosas no hay mejoría, si uno es obediente en el cuidado; si no cae... si me desordeno, si empiezo a hacerme solo dos cambios; que solo dos, o menos tiempo... ve...; hacer las cosas bien, tener el cuidado con las bolsas, el cuarto, si es un bien para mi tengo que hacer las cosas como deben hacerse, sino uno recae”</i></p> <p><b>Amapola:</b> <i>Para tener buena salud para no complicarse o volver a recaer</i></p> <p><b>Clavel:</b> <i>Para mi salud para sentirme bien, porque si uno no aprende a cambiar lo que hacía antes con la comida y todo lo que paso que se dañó mi riñón, pues ahora por lo menos con este tratamiento puedo vivir un poco más”</i></p> <p><b>Girasol:</b> <i>ya me dio una peritonitis y eso es muy feo. Me conecto en las noches en la máquina, así puedo trabajar y eso me ayuda para ayudar a mi familia”.</i></p> <p><b>Lirio:</b> <i>Hago todo lo que me recomiendan al pie de la letra que me salga todo bien para no tener</i></p>	<p>Es un bien para mi evitar las recaídas</p> <p>Tener buena salud no recaer</p> <p>Para vivir un poco más con salud</p> <p>Evitar enfermedad para trabajar</p> <p>no tener complicaciones</p>	<p><b>AMARSE A SI MISMO</b></p>	<p><b>AASM</b></p>

<p><b>complicaciones</b></p> <p><b>Margarita:</b> <i>Porque así puedo trabajar, valerme por mi misma, sacar mis hijas adelante ...todo eso si hago lo que me dicen”.</i></p>	<p>Trabajar para mis hijas valerme por mis misma</p>		
--	--	--	--

6. Que le genera el tratamiento?

Relatos	Subcategorías	Categoría	Código
<p><b>Azucena:</b> <i>Al inicio me daban unas crisis que me da temor volver a caer en eso... tengo temor de recaer.</i></p>	<p>Crisis y temor</p>	<p><b>SUPERAR EL MIEDO A COMPLICARSE</b></p>	<p><b>SEMAC</b></p>
<p><b>Amapola:</b> <i>Hacer lo que dicen las enfermeras, el médico... si uno no va hacer las cosas se perjudica</i></p>	<p>Seguir instrucciones</p>	<p><b>PROTEGER MI PROPIA VIDA</b></p>	<p><b>PMPV</b></p>
<p><b>Clavel:</b> <i>miedo, temor de una peritonitis, pero pienso que es una responsabilidad con uno mismo, hacerlo bien por uno, la vida es una y hay que hacerlo bien porque es una nueva oportunidad. “</i></p>	<p>miedo, temor de otra enfermedad</p>	<p><b>SUPERAR EL MIEDO A COMPLICARSE</b></p>	<p><b>SEMPAC</b></p>
<p><b>Girasol:</b> <i>puedo trabajar y eso me ayuda para ayudar a mi familia, Entonces me siento que puedo valerme por mi mismo, que soy como quien dice responsable de hacérmelo o no, y si hago todo cumplidamente me va a ir bien</i></p>	<p>responsabilidad con uno mismo, hacerlo bien por uno</p>	<p><b>PROTEGER MI PROPIA VIDA</b></p>	<p><b>PMPV</b></p>
<p><b>Lirio:</b> <i>si como esto es delicado</i></p>			

<p><i>a veces me da miedito, al principio me dijeron que uno debe cuidarse por una peritonitis o algo así a veces se hace monótona la cosa; llevo año y medio llevo las indicaciones lavarme las manos bien, limpiar el cuarto higiénicamente limpio, tener todo limpio el aseo bien y todo</i></p> <p><b>Margarita: ahora confianza, libertad porque, aunque debo cumplir las horas, yo escojo la rutina, entonces es mi decisión o mi responsabilidad. Al inicio temor porque pensaba que no iba a poder hacerlo, pero ahora agradecida con Dios</b></p>	<p>trabajar ayudar a mi familia,</p> <p>Autorresponsabilidad</p> <p>Miedo</p> <p>Seguir indicaciones</p> <p>Confianza, libertad autorresponsabilidad</p>		
--	---	--	--

7. ¿Cómo es cuidar de uno mismo?

Relatos	Subcategorías	Categoría	Código
<p><b>Azucena:</b> "me cuido mi alimentación mis cosas",</p> <p><b>Amapola:</b> "Hacer lo que dicen las enfermeras, el médico... entonces si uno no va hacer las cosas se perjudica"</p> <p><b>Clavel:</b> "Porque las diálisis se hacen con mucho cuidado, las comidas hacer caso de comer lo que toca, la diálisis me la hacen con mucho cuidado"</p>	<p>Cuidar mi alimentación</p> <p>Seguir indicaciones</p> <p>Cuidar mi alimentación precaución con el procedimiento</p> <p>Hacer las cosas</p>	<p><b>ENTENDER QUE ES POR MI BIEN</b></p>	<p><b>EQEPMB</b></p>

<p><b>Girasol:</b> <i>“Haciendo las cosas bien, todo bien cuidarse de una infección una peritonitis”</i></p> <p><b>Lirio:</b> <i>“Es por el bien de mi salud, cuidarme es tratar de estar bien, estar bien de salud de recuperarme y si Dios quiere sanarme”</i></p> <p><b>Margarita:</b> <i>“Hacerme bien el aseo que no me dé peritonitis, tener el cuarto limpio lavarme las manos. (Suspira) Sin esto no hubiera vivido”</i></p>	<p>bien evitar infecciones</p> <p>Tratar de estar bien con salud</p> <p>Mantener condiciones de aseo y limpieza</p>		
--	---	--	--

8. ¿Cómo explicarías, de qué forma se cuida uno mismo en la diálisis?

Relatos	Subcategorías	Categoría	Código
<p><b>Azucena:</b> <i>“Para mi fundamental me hago mi limpieza bien, me seco bien el orificio, la manguerita yo me seco eso bien”</i></p> <p><b>Amapola:</b> <i>“Yo diría que cuando empecé a hacerme los recambios. Es que a veces uno se deprime, se aburre. La rutina, pero bueno es lo que me tiene con vida.”</i></p> <p><b>Clavel:</b> <i>“Bueno yo creo que algo principal es que uno asista a los controles, y haga lo que le dice la Enfermera, el médico, y bueno yo diría</i></p>	<p>Hacer limpieza adecuadamente</p> <p>Aceptar el tratamiento que me tiene con vida</p> <p>Asistir a controles</p> <p>Aprender a valorar la</p>	<p>ENTENDER QUE ES POR MI BIEN</p>	<p>EQEPMB</p>

<p><i>que uno aprende a valorar la vida lo que tiene. “</i></p> <p><b>Girasol:</b> <i>“conectarse todas las noches, ser estricto con el aseo de la habitación, lavarse las manos, y cumplir con el tratamiento... o sea todos los días, todos los días”</i></p> <p><b>Lirio:</b> <i>“uno debe cuidarse por una peritonitis o algo así a veces se hace monótona la cosa... lavarme las manos bien, limpiar el cuarto higiénicamente limpio, tener todo limpio el aseo bien y todo”</i></p> <p><b>Margarita:</b> <i>“aplicando todo lo que a uno le enseña la enfermera, el médico, la nutricionista, la psicóloga, todos le dicen a uno como puede hacer para que este tratamiento sirva, entonces hay que cumplir, venir a los controles, y ser responsable con uno mismo”</i></p>	<p>vida</p> <p>Cumplir las indicaciones de procedimiento y aseo</p> <p>Cumplir las indicaciones de procedimiento y aseo</p> <p>Aplicar lo aprendido hacerse responsable de uno mismo</p>		
--	--	--	--

9. ¿Por qué crees que hay pacientes que se complican?

Relatos	Subcategorías	Categoría	Código
<p><b>Azucena:</b> <i>“Porque no se cuidan, no hacen las cosas bien... eso tiene que ser la limpieza, las cosas no la hacen, no están pendientes por que dejan</i></p>	<p>Hacer las cosas bien</p>	<p><b>ENTENDER QUE ES POR MI BIEN</b></p>	<p><b>EQEPMB</b></p>

<p><i>de hacer algo y como no les pasa nada entonces siguen haciendo así”</i></p> <p><b>Amapola:</b> <i>“Porque no hacen lo que le explican y vea aquí uno viene cada mes, le dicen y vuelve y le explica la jefa, sino la trabajadora social todos están muy pendientes de uno. No hacen todo, uno tiene que seguir los pasos y no confiarse</i></p> <p><b>Clavel:</b> <i>“El descuido una sola vez me dio peritonitis eso fue horrible pero no me ha vuelto a pasar “</i></p> <p><b>Girasol:</b> <i>“Porque uno no se cuida, hace cosas que uno no debe hacer... (Se queda pensando) ...Muchos dejan de hacerse recambios o se saltan un día de diálisis, o dejan de tomarse las pastillas de la presión, porque a uno generalmente le toca tomar que, para los huesos, la presión, el hierro”</i></p> <p><b>Lirio:</b> <i>“Yo pienso que no se quieren ellos mismos porque cuando uno en verdad se quiere se cuida, no se quieren o no les importa su pedacito de vida que tienen”</i></p>	<p>Hacer lo que le explican</p> <p>Seguir instrucciones</p> <p>Quererse a sí mismo</p>	<p><b>AMARSE A SI MISMO</b></p>	<p><b>AASM</b></p>
---	--	---------------------------------	--------------------



<p><b>Margarita:</b>” <i>Porque son complicados...no se quieren, no quieren hacer caso son contradictorios; a veces se meten cucullos en la cabeza como me los metían a mí, que la vida se acababa, que uno no dura dos meses, y no la vida sigue...por qué no hacen bien el aseo no se lavan las manos y les da peritonitis”</i></p>	<p>Quererse a sí mismo</p>		
---	----------------------------	--	--

10. ¿Qué ha sido lo más difícil para ti de aprender a cuidarte?

Relatos	Subcategorías	Categoría	Código
<p><b>Azucena:</b> “<i>El aseo de la habitación eso me ha...yo limpio cualquier cosita que veo, yo estoy es...parezco enferma por la limpieza”</i></p> <p><b>Amapola:</b> “<i>Bueno a mí me da miedo la manguerita esa, yo no soy capaz de hacerme eso...el resto bañarme, secarme bien, tener cuidado con lo que como, las pastillas, eso es un pastillerio y la puya eso es un día si uno no”</i></p> <p><b>Clavel:</b> “<i>Lo más difícil diría las comidas, porque... (Se queda penando) que más puede ser. El resto me ayudan “</i></p>	<p>Obsesión por la limpieza</p> <p>Precaución con alimentos y medicamentos</p> <p>Precaución con alimentos</p> <p>Precaución con alimentos y medicamentos</p>	<p>ENTENDER QUE ES POR MI BIEN</p>	<p>EQEPMB</p>

<p><b>Girasol:</b> <i>“La comida...las pastillas eso yo salgo con una bolsa llena parezco una gallina tomando tanta pepa”</i></p> <p><b>Lirio:</b> <i>“No se... (Se queda pensando) creo que la comida, las medicinas”</i></p> <p><b>Margarita:</b> <i>“Al principio entender que esto era por mi bien que era la segunda oportunidad que me dio Dios”</i></p>	<p>Precaución con alimentos y medicamentos</p> <p>Entender que es por mi bien</p>		
--	---	--	--

11. ¿Qué más haces para cuidarte?

Relatos	Subcategorías	Categoría	Código
<p><b>Azucena:</b> <i>“Las comidas ¡!!!no como... como soy diabética hipertensa entonces me cuido mucho las grasas, harinas, azúcar el aseo personal mío me levanto temprano”</i></p> <p><b>Amapola:</b> <i>“estar pendiente de toda el agua que toca tomar, las comidas, porque uno acostumbrado desde pelao a comer fritos, plátano de todo, que la cervecita”</i></p> <p><b>Clavel:</b> <i>“Tengo que hacer todo lo que en la diálisis como es correcto, no faltar a ninguna, todos los días normal y cuidarme por</i></p>	<p>Precaución con alimentos y el aseo personal</p> <p>Precaución con alimentos</p> <p>Precaución con alimentos y medicamentos y tratamiento</p>	<p><b>ENTENDER QUE ES POR MI BIEN</b></p>	<p><b>EQEPMB</b></p>

<p><i>ejemplo, hacer y todas las cosas bien para no tener riesgo de peritonitis por no cuidarse bien; debo tomarme los medicamentos correctamente, alimentarme bien, hacerle caso a la nutricionista de lo que no debe comer y lo que debo comer y... bueno venir a las integraciones que hacen acá en la Clínica así he conocido más personas que tienen lo mismo que yo y cuando uno ve que hay más personas a veces con condiciones más difíciles que ven la vida con esperanza.. (Suspiro). uno también se llena de esperanza”</i></p> <p><b>Girasol:</b> “<i>Venir a los controles, la jefa lo llama a uno, le avisa, que hay que cambiar la manguerita, que los medicamentos, la nutricionista cada mes nos ve y la psicóloga, entonces uno así se siente acompañado y ellos siempre el médico le dicen a uno para que le vaya bien”</i></p> <p><b>Lirio:</b> “<i>Tratando de hacer todo lo mejor posible, cuidado en la como es... la higiene personal, y tratar de hacer el tratamiento como es debido como dice el médico, tomarse las medicinas, las indicaciones</i></p>	<p>Hacer las cosas bien</p> <p>Ver la vida con esperanza</p> <p>Sentirse acompañado</p> <p>Precaución con alimentos y medicamentos y tratamiento</p>		
---	--	--	--

<p><i>lavarme las manos, tener el cuarto higiénicamente limpio y tener todo limpio”</i></p> <p><b>Margarita:” “El aseo principalmente y buena alimentación. Mas ninguna porque el aseo y la alimentación y las medicinas a tiempo”</b></p>	<p>Precaución con alimentos y medicamentos y tratamiento</p>		
--	--	--	--

SUBCATEGORIA	CATEGORIAS	CODIGO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proceso de cambio</li> <li>- Nuevo Comienzo</li> <li>- una situación difícil</li> <li>- Aceptar la enfermedad para sobrevivir</li> <li>- Proceso de cambio</li> <li>- Segunda oportunidad</li> <li>- Ver la vida con esperanza</li> <li>- Sentirse acompañado</li> <li>- Aceptar el tratamiento que me tiene con vida</li> <li>- Auto aplicación en casa</li> <li>- Puedo comer y tomar más agua</li> <li>- llevar una vida más normal y mejorar</li> <li>- Para mejorar</li> <li>- Por indicación médica por la ayuda de la familia</li> <li>- Procedimiento más amigable con la vida cotidiana</li> <li>- Facilidad económica y laboral</li> <li>- Arreglé todo en casa</li> <li>- llevar una vida más normal</li> <li>- Explicación y relación con el equipo medico</li> <li>- Cambiar de hábitos</li> </ul>	<p><b>UN NUEVO COMIENZO</b></p>	<p><b>UNC</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumplir y obedecer indicaciones médicas</li> <li>- Superar el miedo a morir y la dependencia</li> </ul>	<p><b>SUPERAR EL MIEDO A COMPLICARSE</b></p>	<p><b>SEMAC</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Superar la dependencia</li> <li>- Aprender a hacerme el tratamiento</li> <li>- Proceso del rechazo al amor por mí misma para ser la de siempre</li> <li>- Crisis y temor</li> <li>- Miedo</li> <li>- Miedo, temor de otra enfermedad</li> </ul>		<b>SYE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidarme no recaer”</li> <li>- mejorarme, para sobrevivir</li> <li>- seguir instrucciones del medico</li> <li>- Seguir instrucciones en la comida, la limpieza y los cuidados</li> <li>- Hacer lo que dice el médico para tener una vida normal</li> <li>- Cuidar mi alimentación</li> <li>- Seguir indicaciones</li> <li>- Cuidar mi alimentación precaución con el procedimiento</li> <li>- Hacer las cosas bien evitar infecciones</li> <li>- Tratar de estar bien con salud</li> <li>- Mantener condiciones de aseo y limpieza</li> </ul>	<b>MEJORAR PARA SEGUIR VIVIENDO Y TENER VIDA NORMAL</b>	<b>MPSVYTUVN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es un bien para mi evitar las recaídas</li> <li>- Tener buena salud no recaer</li> <li>- Para vivir un poco más con salud</li> <li>- Evitar enfermedad para trabajar</li> <li>- no tener complicaciones</li> <li>- Trabajar para mis hijas valerme por mis misma</li> <li>- Hacer las cosas bien</li> </ul>	<b>AMARSE A SI MISMO</b>	<b>AASM</b>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hacer lo que le explican</li> <li>- Seguir instrucciones</li> <li>- Quererse a sí mismo</li> <li>- Quererse a sí mismo</li> <li>- Querermme, considerarme</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir instrucciones</li> <li>- miedo, temor de otra enfermedad</li> <li>- responsabilidad con uno mismo, hacerlo bien por uno</li> <li>- trabajar ayudar a mi familia,</li> <li>- Autorresponsabilidad</li> <li>- Seguir indicaciones</li> <li>- Confianza, libertad autorresponsabilidad</li> <li>- Proteger mi propia vida</li> </ul>	<p><b>PROTEGER MI PROPIA VIDA</b></p>	<p><b>PMPV</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hacer limpieza adecuadamente</li> <li>- Aceptar el tratamiento que me tiene con vida</li> <li>- Asistir a controles</li> <li>- Aprender a valorar la vida</li> <li>- Cumplir las indicaciones de procedimiento y aseo</li> <li>- Cumplir las indicaciones de procedimiento y aseo</li> <li>- Aplicar lo aprendido hacerse responsable de uno mismo</li> <li>- Obsesión por la limpieza</li> <li>- Precaución con alimentos y medicamentos</li> <li>- Precaución con alimentos</li> <li>- Precaución con alimentos y medicamentos</li> <li>- Precaución con alimentos y medicamentos</li> <li>- Entender que es por mi</li> </ul>	<p><b>ENTENDER QUE ES POR MI BIEN</b></p>	<p><b>EQEPMB</b></p>

bien - Precaución con alimentos y el aseo personal - Hacer las cosas bien - Ver la vida con esperanza - Sentirse acompañado		
---	--	--

### 6.3. PROCESO DE TRIANGULACION.

Presento la información aportada por los informantes clave para identificar las coincidencias entre los significados del cuidar de sí que dieron lugar a las categorías relacionadas directamente con el fenómeno de estudio: **Cuidar de si en personas con tratamiento sustitutivo renal modalidad Diálisis Peritoneal: el significado que le asignan sus propios actores.** La **Matriz 1:** expone las coincidencias o intersecciones que se identificaron en la categoría: Un nuevo comienzo; La **Matriz 2:** muestra las coincidencias que se identificaron como superar el miedo a complicarse; la **matriz 3:** muestra las coincidencias que se identificaron como mejorar para seguir viviendo y tener una vida normal; en la **Matriz 4:** Aquí se consideran las coincidencias en lo que se identifica como Amarse a sí mismo; La **Matriz 5:** se ilustran las coincidencias que se identificaron en la categoría proteger mi propia vida y la Matriz 6: entender que es por mi bien.

Un elemento importante en relación al cuidado es el apoyo de la familia, y la manera como éste puede contribuir al cuidar de si, lo cual considero como una categoría

emergente que no se ilustra en el proceso de triangulación pues aparece solo en dos de los informantes claves.

### 6.3.1. Coincidencias o Intersecciones Identificadas en las Categorías.

#### Matriz 1: Un nuevo comienzo

Coincidencias o Intersecciones	
Azucena	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Proceso de cambio</li> <li>☞ Auto aplicación en casa</li> <li>☞ Puedo comer y tomar más agua</li> </ul>
Amapola	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Nuevo comienzo</li> <li>☞ Para mejorar</li> <li>☞ Aceptar el tratamiento que me tiene con vida</li> <li>☞ Cumplir y obedecer indicaciones medicas</li> <li>☞ Seguir instrucciones</li> </ul>
Clavel	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Una situación difícil</li> <li>☞ Por indicación medica</li> </ul>
Girasol	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Aceptar la enfermedad para sobrevivir</li> <li>☞ Procedimiento más amigable con la vida cotidiana</li> <li>☞ Facilidad económica</li> </ul>
Lirio	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Proceso de cambio</li> <li>☞ Arregle todo en mi casa</li> <li>☞ Aprender hacer el tratamiento</li> <li>☞ Llevo las indicaciones</li> </ul>
Margarita	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Segunda Oportunidad</li> <li>☞ Vivir la vida con esperanza</li> <li>☞ Llevar una vida más normal</li> <li>☞ Explicación y relación con el equipo medico</li> <li>☞ Seguir indicaciones</li> </ul>

#### Matriz 2: Superar el miedo a complicarse

Coincidencias o Intersecciones	
Azucena	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ volver a la iglesia</li> <li>☞ Crisis y temor</li> </ul>



Amapola	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Cumplir y obedecer indicaciones medicas</li> <li>☞ Seguir instrucciones</li> </ul>
Clavel	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Superar el miedo a morir</li> <li>☞ Miedo y temor de otra enfermedad</li> </ul>
Girasol	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Superar la dependencia</li> </ul>
Lirio	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Aprender hacer el tratamiento</li> </ul>
Margarita	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Proceso del rechazo al amor por mí misma para ser la de siempre</li> </ul>

**Matriz 3: Mejorar para seguir viviendo y tener una vida normal**

<b>Coincidencias o Intersecciones</b>	
Azucena	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Cuidarme no recaer</li> <li>☞ Cuidar mi alimentación</li> </ul>
Amapola	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Mejorarme para sobrevivir</li> </ul>
Clavel	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Cuidar mi alimentación, precaución con el procedimiento</li> </ul>
Girasol	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Hacer las cosas bien, evitar infecciones</li> </ul>
Lirio	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Tener una vida normal</li> <li>☞ Tratar de estar bien con la salud</li> </ul>
Margarita	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Mantener condiciones de aseo y limpieza</li> </ul>

**Matriz 4: Amarse a sí mismo**

<b>Coincidencias o Intersecciones</b>	
Azucena	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Es un bien para mi evitar las recaídas</li> <li>☞ Hacer las cosas bien</li> </ul>

Amapola	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Tener buena salud no recaer</li> <li>☞ Hacer lo que le explican</li> </ul>
Clavel	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Para vivir un poco más con salud</li> <li>☞ No descuidarse</li> <li>☞ Aprender a valorar la vida</li> </ul>
Girasol	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Evitar enfermar para trabajar</li> </ul>
Lirio	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ No tener complicaciones</li> <li>☞ Quererse a sí mismo</li> </ul>
Margarita	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Trabajar con mis hijas valerme por mi misma</li> <li>☞ Querirme considerarme</li> </ul>

#### **Matriz 5: Proteger mi propia vida**

<b>Coincidencias o Intersecciones</b>	
Azucena	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Asistir a los controles</li> <li>☞ Ser obediente con el cuidado</li> <li>☞ Si empiezo hacerme solo dos cambios</li> </ul>
Amapola	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Seguir instrucciones – cumplir</li> <li>☞ Hacer lo que le dicen</li> </ul>
Clavel	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Responsabilidad con uno mismo</li> <li>☞ Hacerlo bien por uno</li> </ul>
Girasol	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Responsabilidad con uno mismo</li> <li>☞ Valerme por mi mismo</li> <li>☞ Hacer todo cumplidamente</li> </ul>
Lirio	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Trabajar ayudar a mi familia</li> </ul>
Margarita	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Confianza, libertad, auto responsabilidad</li> <li>☞ Proteger mi propia vida</li> </ul>

#### **Matriz 6: Entender que es por mi bien**

<b>Coincidencias o Intersecciones</b>	
Azucena	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Hacer limpieza adecuadamente</li> <li>☞ Hacer las cosas bien</li> <li>☞ Cuidar mi alimentación</li> <li>☞ Obsesión por la limpieza</li> </ul>

Amapola	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Hacer lo que le explican</li> <li>☞ Precaución con alimentos y medicamentos</li> <li>☞ Precaución con los alimentos y el aseo personal</li> </ul>
Clavel	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Asistir a los controles</li> <li>☞ Hacer lo que me enseñan</li> <li>☞ Cuidar mi alimentación precaución con el procedimiento</li> </ul>
Girasol	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Cumplir las indicaciones del procedimiento y aseo</li> <li>☞ Hacer las cosas bien evitar infecciones</li> <li>☞ Seguir instrucciones</li> </ul>
Lirio	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Cumplir las indicaciones de procedimiento y aseo</li> <li>☞ Precaución con alimentos y medicamentos</li> </ul>
Margarita	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Aplicar lo aprendido</li> <li>☞ Precaución con alimentos y medicamentos</li> <li>☞ Entender que es por mi bien</li> </ul>

#### **6.4. PROCESO DE ESTRUCTURACION.**

A partir de la lectura y relectura de las descripciones y teniendo en cuenta las categorías que emergieron del estudio, se integran en un sistema coherente y lógico dándole sentido al fenómeno de estudio; a continuación, se muestra el diagrama de la integración e interrelación entre las categorías surgidas, las cuales agrupan los significados surgidos en los pacientes entrevistados.

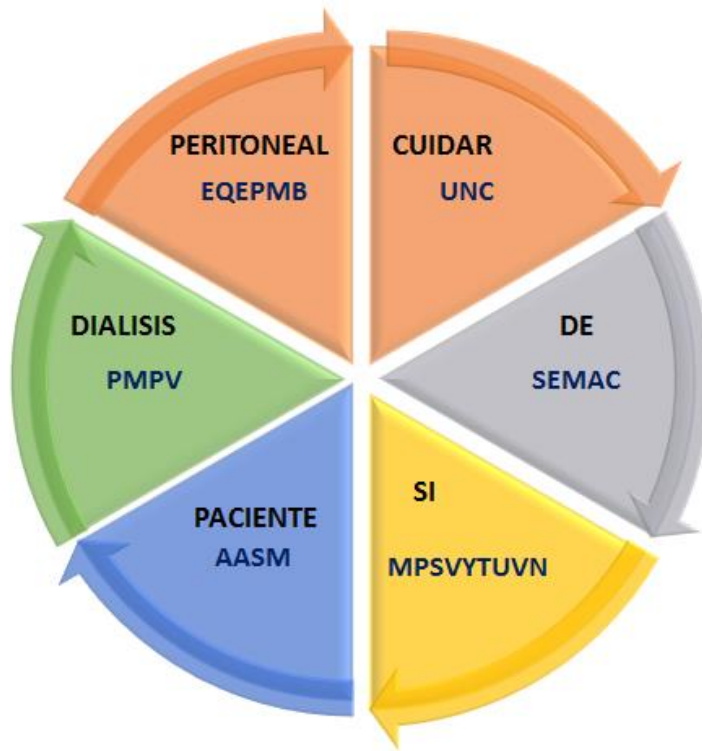


Figura 1. Elementos integradores que relacionan las categorías surgidas en el estudio; de acuerdo a los significados encontrados en los pacientes entrevistados.

## CAPITULO VII

### CONSTITUCION DE LOS SIGNIFICADOS DEL FENOMENO DE ESTUDIO

Para la investigadora la construcción del significado del cuidar de sí de la persona con diálisis peritoneal, partió desde la concepción de cada uno de los informantes claves participantes en este estudio; la elaboración de ese significado surge del conjunto de respuestas dadas por ellos, lo cual permitió elaborar una serie de categorías y subcategorías que al integrarlas como un todo permiten identificar coincidencias o intersecciones presentes en la vivencia de la persona en tratamiento con diálisis peritoneal.

Las categorías que surgieron se describen a continuación: la primera categoría que surge en las respuestas dadas por los informantes claves guarda relación con la adaptación y afrontamiento descrito por los informantes como *un nuevo comienzo*, debido a que implica realizar cambios para continuar viviendo enmarcado así en todo el proceso de adaptación que vive el paciente una vez inicia el tratamiento, puesto que este requiere cambiar hábitos, reconocer su enfermedad utilizando un tratamiento no curativo, asumir el entrenamiento en la clínica Renal así como la auto aplicación del tratamiento en casa, el vivir con una función renal disminuida y con la alta probabilidad de seguir deteriorándose, además del daño que sufren los demás órganos que les lleva a sufrir de anemia, descalcificación, neuropatías, enfermedad cardiovascular y otras complicaciones propias de la enfermedad renal<sup>1</sup>; además de

las demandas Físicas, económicas, sociales y afectivas, los pacientes se encuentran en un ambiente cambiante que les obliga a responder a los diferentes estímulos ambientales activando así los subsistemas de afrontamiento regulador y cognitivo con lo cual se desencadena una serie de respuestas que se hacen evidentes a través de los modos de adaptación identificados por Roy<sup>2</sup>: adaptación fisiológica, auto concepto, función del rol e interdependencia; de tal forma que tal como lo define la misma autora ese proceso y resultado por el que las personas piensan y sienten usando conscientemente el conocimiento selecto para crear la integración humana y ambiental es definida como adaptación<sup>3</sup>.

El afrontamiento<sup>4</sup> se relaciona con las estrategias que las personas utilizan para disminuir el impacto negativo que producen los estresores sobre su bienestar, para ello puede dirigir acciones que permitan tolerar, minimizar, aceptar o ignorar aquellos eventos que no pueda controlar; por ello depende de cada persona la manera como responda a los estresores de acuerdo a sus experiencias previas<sup>5</sup> y la disponibilidad de recursos que les permitan eliminar o debilitar los estímulos estresantes. Para Roy<sup>6</sup> el afrontamiento se reconoce como aquellos esfuerzos comportamentales y cognitivos que realizan las personas para atender las demandas del ambiente, que actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad.

En la persona que inicia la diálisis peritoneal como tratamiento de reemplazo renal se evidencia *ese nuevo comienzo*, como la manera en que ellos logran adaptarse

y afrontar la enfermedad y el tratamiento, en especial cuando manifiestan *el tener la opción de mejorar, de tener una segunda oportunidad, el llevar una vida más normal, poder comer y tomar más agua, aceptar el tratamiento que lo tiene con vida, el estar en un tratamiento que más amigable con la vida cotidiana*. Ello permite reconocer lo que implica para ellos la modificación de su cotidianidad y los esfuerzos que hacen por enfrentarse a su nueva condición.

La segunda categoría fue *superar el miedo a complicarse*, surgidos entre los actores sociales toda vez que expresaron *temor, miedo, crisis, superar la dependencia, temor de otra enfermedad*, podría decirse que se enfrentan a nuevos temores dados por pasar nuevamente por la misma situación al inicio de la enfermedad, el perder la terapia por la infección, el regresar a la terapia de hemodiálisis; una vez se realizó la triangulación surge dentro de los actores externos la coincidencia con los sentimientos de Angustia, miedo, desesperación, temor, amenaza, relacionados con el momento del diagnóstico, el inicio de la terapia, y en los momentos en los que aparece la complicación “peritonitis”; éste último es re enmarcado tanto por los pacientes, sus cuidadores como los profesionales de la salud.

El miedo considerado como un sentimiento es el resultado de una emoción, a través del cual, el consciente tiene acceso al estado anímico propio.<sup>7</sup> Parte de una dinámica cerebral que permite reaccionar a los diferentes eventos que se presentan diariamente. Si tomara el significado que Aristóteles y Santo Tomás dieron a los sentimientos, vemos que lo relacionan con la captación interior de las tendencias

humanas, entendidas estas desde un nivel cognoscitivo y que favorecen en las personas el sentir aceptación o rechazo.

Aristóteles consideraba una asociación entre las emociones a creencias y juicios, tales como la compasión o la ira, y que pueden ser valoradas a partir de criterios de racionalidad dados como la sensatez, la salud, la rectitud práctica o ética.<sup>2</sup> Su racionalidad está dada si son adecuadas a las situaciones que las provocan, si son proporcionadas respecto a sus objetos intencionales o sus causas en grado, intensidad y duración; si son experimentadas del modo apropiado y están orientadas a fines apropiados; cabe aclarar que pueden darse separados, pero en ocasiones pueden combinarse dependiendo de la complejidad de la emoción. Por ejemplo, si la emoción es el temor y éste va acompañado de la percepción de un objeto (el fuego) y de la impresión evaluativa de que se relaciona con un peligro inminente. Finalmente, cada componente es variable según la naturaleza de la emoción, la disposición de las personas, las circunstancias en donde se experimentan las emociones y el modo como han aprendido emocionalmente<sup>8</sup>.

Para Nussbaum<sup>9</sup> la teoría aristotélica de las emociones la describe desde cuatro modos: la primera considerando las emociones como formas de conciencia intencional, es decir orientada hacia ciertos objetos; la segunda vinculándola con las creencias, por ello las emociones pueden ser modificadas si las creencias se modifican; la tercera considerando las emociones con algún grado de racionalidad y con un grado cognitivo lo cual permite que las emociones sean valoradas por un



estatus epistémico y normativo y finalmente las emociones son una subclase de deseo; sin embargo esta autora considera que las emociones son en cierto grado cognitivas y que podrían calificarse como “ verdaderas o falsas según el carácter de las creencias en que se fundan” .

Con lo anteriormente expuesto podría entonces entenderse que , el miedo, el temor entre otras, son expresiones dadas por la amenaza o el peligro que representa la enfermedad renal en los pacientes de éste estudio; la persona en tratamiento con diálisis peritoneal se enfrenta ya sea por el inicio de su enfermedad, el tratamiento o bien las complicaciones, a la amenaza de muerte por la pérdida de la salud, a cambios fuertes en su cotidianidad o bien a su estilo de vida, a una dependencia, a cambio en sus roles que en la mayoría de los casos genera crisis acompañadas de verbalizaciones de infelicidad, profunda tristeza e incluso inutilidad; En algunos casos estas situaciones favorece en el paciente el reflexionar sobre sí mismo, y en esa medida llegar a promover comportamientos que le lleven a cuidar de sí; o bien encontrar apoyo familiar para mantenerse en el tratamiento. A la vez se evidencia sentimientos de esperanza, superación y sobrevivir a la enfermedad como aquellos que una vez han ido superando el momento del diagnóstico y los primeros tratamientos surgen al sentir confianza en ellos mismos; una vez logran sentirse nuevamente productivos, no aislados y capaces de realizar el tratamiento por ellos mismos.

El cuidarse se traduce en *Mejorar para seguir viviendo y tener una vida normal*, la cual es otra categoría surgida a partir de las respuestas dadas por los informantes que evidenciaron en relación a: *Cuidarme para no recaer, mejorarme para sobrevivir, hacer las cosas bien, tratar de estar bien con salud, tener una vida normal*; puede en este sentido relacionarse con bienestar o calidad de vida.

La calidad de vida es una condición que tiene un gran impacto en las personas que padecen la Enfermedad Renal Crónica, se relaciona con factores demográficos como edad, sexo, nivel de educación, situación económica, además de las complicaciones propias de la enfermedad y de aquellas que la causan como son la hipertensión, la diabetes etc<sup>10</sup>. Son diferentes los autores que han estudiado la calidad de vida de los pacientes renales, el conceso actualmente se centra en la evaluación subjetiva de la persona sobre cómo influyen en el estado de salud la atención sanitaria y la promoción de salud sobre su capacidad para tener un funcionamiento que le permita seguir realizando aquellas actividades que le resultan importantes y afectan su bienestar, por ello este concepto es multidimensional y se basa en la percepción subjetiva del paciente<sup>10</sup> construido a partir de las diferentes situaciones que vive el paciente en torno a su dimensión física, psicológica, emocional, social y espiritual.

Al respecto Muñoz <sup>11</sup>expone la manera como la DPCA repercute en la calidad de vida del paciente renal, sus beneficios son relevantes y se relacionan con su estilo de vida, a la vez se ven afectadas en el desempeño de las funciones físicas y emocionales, convirtiéndose en una oportunidad de cuidado en el fortalecimiento de

la funcionalidad física, como también en la percepción de su vitalidad, la funcionalidad social y la salud mental conservada. Lo anterior guarda relación con las respuestas de los participantes al mejorar su condición física para seguir viviendo y llevar una vida normal.

Para los pacientes en tratamiento con Diálisis Peritoneal en la medida que van comprendiendo su enfermedad, y afrontando su tratamiento, empiezan a reconocer sus creencias respecto a la salud, su diagnóstico, sus habilidades, destrezas, como también sus dificultades, esto les permite desarrollar autonomía, e independencia en algunos casos, mejorar su autoestima, mantener la fe y la esperanza; podría decirse que implica reconocer su ser físico, y su ser emocional; esa dimensión que incluye su autoconciencia, ese ser ético y espiritual, inspeccionando así la multidimensionalidad del hombre y sobre la cual el cuidado holístico fundamenta su razón de ser; estaría contemplando en una categoría emergente enmarcada en el *amarse a sí mismo*.

Casi que simultáneamente surge con el conocimiento de sí mismo la expresión de algunos valores que van definiendo de manera individual lo que para ellos representa el tratamiento: la responsabilidad, la autonomía, el amor propio, la superación, la libertad, la satisfacción. Tal como Sócrates<sup>12</sup> se lo explica a Alcibíades el “conócete a ti mismo” parece un consejo de prudencia, una invitación a no sobrepasar los límites y a conocer sus propios alcances; en su dialogo el cuidar de sí no es una técnica como tal que busque la producción de un hombre ideal, sino que ese

hombre haga de si lo mejor posible a través de la educación pues se busca el perfeccionamiento de sí.

Para Michael Foucault<sup>12</sup> el “conócete a ti mismo” parte como un consejo de prudencia, coincide en que permite conocer sus limitaciones o desventajas, para este autor el cuidar de si está ligado a la pedagogía que lleva al individuo al perfeccionamiento; se trata del llevar la mirada al exterior, de prestar atención a lo que se piensa , un ejercicio de meditación de sí; la *epimeleia*<sup>13</sup> se ocupa de todas las técnicas o acciones por las cuales el sujeto se hace cargo de sí mismo, se modifica, transforma.

Para la persona que se encuentra en el tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal sea esta manual o automatizada, una de las formas de expresar el cuidar de si, se relaciona *con todo lo que deben hacer, la limpieza adecuadamente, cumplir con las indicaciones, tener precaución con los alimentos y medicamentos, hacer lo que les enseñan, cumplir con el tratamiento, el aseo personal, obsesión por la limpieza, asistir a los controles*, surgidos a partir de preguntarles *¿qué es para usted cuidarse?*, lo que permitió identificar como otro episteme del cuidar de si el *Entender que es por mi bien*.

Se reconoce de esta manera la realidad que vive la persona comprometiéndose consigo misma, asumiendo desde lo cognitivo todo aquello que le es explicado para llevar una terapia sin complicaciones que le permita proteger su salud actual, es así

como emerge como categoría proteger mi salud, vinculadas con su cuidado. Estas acciones puntuales se convierten en los comportamientos que asume el paciente renal para mantenerse en la terapia dialítica, los cuales introyecta al pasar por un proceso educativo; Bonilla<sup>14</sup> establece la educación sanitaria como un factor asociado a la elección de la terapia dialítica, en mayor proporción se elige la hemodiálisis, debido a que los pacientes que no han recibido la información sobre la diálisis peritoneal no la eligen por desconocimiento y miedo; a la vez cuando el paciente desde la consulta pre diálisis se les informa sobre los resultados, la mayor satisfacción y los menores riesgos eligen más dicho tratamiento.

En relación a las experiencias de autocuidado Choi<sup>15</sup> encontró como a medida que se avanza en el programa educativo mejoran dichas prácticas, siendo más efectiva la educación individualizada o en pequeños grupos generado por la interacción directa con el profesional de la salud y el paciente; de la misma manera Yan<sup>16</sup> en su estudio pudo concluir como los programas educativos mejoran los autocuidados, la actitud del paciente y sus estilos de vida.

En las respuestas dadas por los entrevistados, se logró identificar algunas expresiones como *Asistir a los controles, ser obediente con el cuidado, Seguir las instrucciones, Responsabilidad con uno mismo, Valerme por mi mismo, Confianza y libertad*, las cuales surgieron al preguntarles ¿de qué forma se cuida uno mismo en la diálisis?; estas respuestas permitieron representar otras subcategorías del estudio y reconocer *Proteger mi propia vida*, como una de las categorías emergentes. Para el

paciente en esta terapia dialítica, si bien se enfrentan a los cambios drásticos son conscientes que la diálisis les ofrece una condición de sobrevivencia pues no cura la enfermedad<sup>17</sup>, a la vez saben que dependerán para siempre de su autocuidado, e incluyen la responsabilidad con uno mismo, como una condición para poder *proteger mi propia vida*, dicha protección surge una vez introyecta muchas de las acciones que describen. Araujo <sup>17</sup> describe en su estudio cómo los pacientes en diálisis peritoneal “asumen su propio cuidado aun dependiendo de los otros, se preocupan por las técnicas asépticas, se esfuerzan para el control del propio cuerpo y de alguna manera recuperar la autonomía “.

El autocuidado “es un acto de vida que permite a cada uno convertirse en sujeto de sus propias acciones, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma”<sup>18</sup>; Se considera además que está ligada con la responsabilidad y la cotidianidad de las personas quienes deben asumir esta experiencia práctica que implica un nivel de conocimiento básico y en donde la Enfermera juega un papel importante en la educación para la salud, pues requiere un definitivo cambio de hábitos y la promoción de algunos determinantes de salud para la modificación de su estilo de vida de tal manera que puedan ser más saludables.

Desde la visión greco socrática, la visión del significado de cuidar de si implica el “ocuparse de sí mismo” dado por los cambios de hábitos que exige de la persona con tratamiento de diálisis peritoneal; Medina et al<sup>19</sup> encontraron el afrontamiento y la aceptación como cambios que si bien promueven el bienestar

requiere además un reconocimiento de la necesidad de aceptar su realidad y con ella el ser conscientes de su condición actual como pacientes renales.

Almeida<sup>20</sup> en su estudio para dar una idea más clara acerca de lo que significa el cuidar de sí desde la libertad dentro del proceso de enfermedad, destaca las acciones que se generan como propias del ejercicio de la autonomía y libertad del paciente, le confiere además la responsabilidad como esa capacidad para dar respuesta y asumir las acciones realizadas.

Benente<sup>21</sup> lo expone como técnicas de dominación ejercidas sobre los otros y sobre sí mismo, las cuales permiten a las personas ya sea de manera personal o con ayuda de otras personas una transformación de sí mismo que incluye acciones, sentimientos, pensamientos es decir desde su integralidad. Con lo cual logran comprender que todo lo que realizan

## **CAPITULO VIII**

### **INTERPRETACION DEL FENOMENO**

El aporte obtenido desde la epistemología como resultado de las diferentes perspectivas de los sujetos informantes (pacientes renales en tratamiento de diálisis peritoneal), agentes externos (cuidadores familiares y enfermeras del programa) y de la investigadora, enriquece el quehacer de nuestra profesión; sin duda el cuidado humano refleja desde la interacción y las acciones directas, la dedicación, el amor y demás elementos que se comparten con los pacientes y sus familias, más aun cuando se trata de reconocer el cuidar de si desde la vivencia del paciente.

La comprensión e interpretación de las informaciones del significado del cuidar de si, se realizó a través de la saturación de la información durante las entrevistas, de las que surgieron categorías y subcategorías en las que se refleja coincidencias o intersecciones, identificadas durante el proceso de triangulación, favoreciendo la interpretación del fenómeno; en su inicio, generó en mi expectativas por cuanto es la primera vez que trabajo con la investigación cualitativa, desde el punto de vista fenomenológico – hermenéutico.

El recorrido que realice a través del método de Spiegelberg me permitió



interpretar y comprender la experiencia y el significado del cuidar de si de la persona en tratamiento de diálisis peritoneal.

Inicialmente estar de acuerdo con que la enfermedad renal se ha convertido en los últimos años en un problema de salud pública, toda vez que ha incrementado su incidencia y prevalencia en el mundo y en Colombia; se ha convertido en una enfermedad que genera un alto costo para el Sistema de salud, toda vez que la mayoría de pacientes son diagnosticados en estadios o grados que requieren el tratamiento sustitutivo. En la actualidad tanto la Enfermedad renal como otras enfermedades crónicas, se consideran como generadoras de estrés, debido a que implican un proceso en el cual es evidente el deterioro continuo y constante que afecta la calidad de vida, de tal manera que para la persona se percibe no solo como una amenaza o pérdida de funciones sino que incluye autoimagen, auto concepto, integridad corporal, funciones cognitivas, además de las modificaciones laborales, nutricionales, sociales que afectan de igual manera a su entorno familiar.

Es necesario en este capítulo, reconocer un proceso de estructuración que permita la integración de las diferentes categorías y subcategorías emergentes desde el momento en que el paciente recibe por parte del médico el diagnóstico de una patología que encierra una serie de signos y síntomas y que dependiendo del estadio determinaran el tratamiento sustitutivo, el cual una vez es instruido el paciente y de acuerdo a su situación física podrá escoger; por ello la primera categoría con la que

se buscó interrelacionar con cada una de las subsiguientes categorías y subcategorías que integraron el fenómeno de estudio fue *Un nuevo comienzo*. La situación experimentada permitió la expresión de la dimensión espiritual a partir de verbalizaciones relacionadas con la fe en Dios, en su voluntad, en una segunda oportunidad, dado que percibieron la amenaza a la vida.

Por consiguiente, desde el momento del diagnóstico de la enfermedad renal e inicio del tratamiento intervinieron en las personas para un cambio de estilo de vida temporal y/o permanente hasta llegar al significado de cuidar de sí de tales personas como la macro categoría del estudio. A partir de la aparición del diagnóstico, algunas de las manifestaciones subjetivas expresadas por los actores sociales fueron la angustia, el miedo, la frustración, desesperación, amenaza a la vida, relacionándose básicamente con el temor a una nueva situación crítica que les condujera a sentir la misma incertidumbre basados ahora en el reconocimiento de lo que puede pasar si no cumplen adecuadamente con la terapia dialítica; con lo cual se constituye como segunda categoría *superar el miedo a sufrir complicaciones*. El mismo, fue descrito por los informantes claves como un momento difícil generando los mismos sentimientos y emociones.

Cuando se abordó dentro de la entrevista acerca de cómo había sido adaptarse a la enfermedad, los informantes en su totalidad respondieron lo difícil que había sido debido a los cambios que obligaba el estar realizándose la terapia dialítica, en su alimentación, en sus rutinas, y como el acompañamiento del personal de salud les

indujeron a asumir conductas de autocuidado como la higiene personal, la limpieza del orificio, las precauciones con las comidas, la toma de los medicamentos a tiempo, entre otros, todos éstos comportamientos fueron orientados a proteger su salud por lo cual la categoría emergente fue *Entender que es por mi bien*

Al preguntarles: porqué habían pacientes que se complicaban, la mayoría exponía la falta de responsabilidad, el incumplimiento, la falta de autoestima, respondiendo que el cuidarse implicaba protegerse a sí mismo, ser responsables, aprender a manejar la libertad en el tratamiento pues una vez ellos conocen la terapia pueden manejar los tiempos de los recambios, algunos pueden no hacerlos completos o saltarse recambios, o no hacer bien las cosas terminando en una complicación; por ello algunos manifestaban el querer ser así mismo entre los demás valores que integran el cuidarse y evitar complicaciones. Podría decirse que los valores personales relacionados con el cuidado en la persona en Dialisis peritoneal emergen una vez se destacan las acciones que se generan como propias en el ejercicio de la libertad y autonomía del paciente, confiriéndole responsabilidad ante una realidad que promueve el bienestar y la necesidad de aceptar su realidad y que de alguna manera se consideran una manera de *proteger mi propia vida*.

Dentro de este contexto podría considerarse la integración de las dimensiones física, psicológica y espiritual con la búsqueda de su yo interior, de ese “ocuparse de sí mismo” que expone Sócrates, el conocerse a sí mismo les permite identificar sus fortalezas, debilidades en la medida que van no solo aprendiendo a conocer su enfermedad sino a descubrir y verbalizar sus temores, sus miedos, o bien

su esperanza, su deseo de superación, sus ganas de vivir, ya que hay una conciencia de lo importante que es cuidarse a sí mismo, toda vez que relatan claramente todo aquello que puede afectar su salud a partir de no cumplir el tratamiento.

A la vez hay una realidad y es que el paciente debe enfrentarse a una cotidianidad, a un ser social, en el que muchas veces afronta a asumir o no conductas de riesgo a pesar de conocer lo que implica el recaer en una complicación o incluso en perder la terapia dialítica; sin embargo el ser humano diariamente se desafía a ese tipo de realidades, a escoger entre lo bueno, lo malo, lo mejor, lo que hace daño, lo que debe ser versus lo que no debe hacerse, generándose una lucha diaria e interna que lo lleva como ser racional a reflexionar, cuestionarse y escoger el camino con el cual mantenga su bienestar o no; podría decirse que se convierte en una decisión moral en donde la práctica de las recomendaciones dadas por el personal de salud junto con el conocimiento de sí mismo, los valores personales le lleven a apreciar la vida como principio universal y de esa manera actué de manera consciente y responsable consigo mismo. Tal como lo expone Foucault, M. (1):

...” conocerse a sí mismo y que se desvela como una ética de si como sujeto moral, responsable de sus propias acciones”

Así también relaciona la verdad, la cual la expone como un asunto de ética, pues es básicamente afianzar en si mismos para resistir; para Foucault no es solo los saberes y prácticas que la sociedad impone, sino aquellas que las personas hacen sobre si mismos a través de técnicas aplicadas en un entorno reflexivo y meditado,

como sujetos de conducta moral, responsables de sí mismos.<sup>2</sup>

Por otra parte, Waldow se refiere al conocimiento de sí, de sus potencialidades, necesidades y limitaciones; conocimiento que favorece su confianza en sí mismo, su autoestima y en la vida; implica ser capaz de expresar su verdadero self, su forma auténtica, sus valores y principios producto de la autorreflexión; para esta autora el cuidado de sí "... pasa a ser sentido, practicado, vivido y consecuentemente, proyectado o sea, se reflexiona en el ambiente"<sup>3</sup>

Podría también en este punto tomar algunas opiniones de Boff, quien en su idea de cuidado incluye la curación integral de ser humano, entendiendo la curación como ese proceso que no solo implica la parte enferma, sino que involucra la totalidad del ser humano, de tal manera que la curación o sanación no es la eliminación de la enfermedad en sí, sino la creación de un nuevo equilibrio entre las dimensiones física, psicológica, social y espiritual del hombre; para ello el mismo autor propone el cuidado espiritual como la capacidad de reflexión y autoconciencia en búsqueda del equilibrio.

Finalmente, es importante relacionar en este contexto aquellas subcategorías identificadas como obediencia, cumplimiento, hacer todo al pie de la letra, asistir a los controles, evitar la peritonitis, acostumbrarse, tener confianza en el médico y las enfermeras, las cuales permitieron reconocer la categoría de *mejorar para seguir viviendo y tener una vida normal*, proceso que inicia desde el momento que el

paciente es diagnosticado, a medida que va pasando por la aceptación de su enfermedad, va haciendo los cambios a su rutina asumiendo acciones que le permitan tener una vida normal, va utilizando diversas estrategias para promover sus propios recursos y lograr una adaptación de comportamientos más funcionales que le permitan desarrollar mejor adhesión al tratamiento y reducir de alguna manera el impacto negativo de los factores estresantes propios de la aparición de la enfermedad crónica.

Tal como lo define Lazarus y Folkman <sup>4</sup>, el afrontamiento se describe como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. De tal manera que pueden aceptar sus limitaciones y pérdidas manteniendo un balance de sentimientos positivos y negativos acerca de su vida, su realidad.

Para Roy<sup>5</sup>, el afrontamiento se puede definir como aquellos esfuerzos cognitivos y comportamentales que realizan las personas para atender las demandas del ambiente, los cuales actúan como un todo con el fin de mantener sus procesos vitales y su integridad. Este proceso se logra a partir de dos tipos de estrategias: unas estrategias comportamentales en donde buscan controlar el estímulo que está afectando directamente, o estímulo estresor, actuando frente al problema que la persona considera puede modificar; y las estrategias afectivas, las cuales se

relacionan con aquellas acciones que realiza la persona en busca de controlar las reacciones emocionales que la situación le genera. <sup>6</sup>

La habilidad para afrontar las situaciones adversas es muy amplia para cada ser humano, cada persona interpreta y reacciona de manera diferente, en ellas involucra estrategias de tipo comportamental, cognitivo y emocional reflejando su integralidad y la versatilidad para mantener una relación armoniosa con el ambiente en búsqueda de su bienestar; la persona entonces tiene dos mecanismos de afrontamiento para lograr la adaptación: el subsistema regulador y el subsistema cognitivo. En el primero existe una respuesta automática e inconsciente a través del sistema nervioso y endocrino a los estímulos internos y externos; Mientras que el subsistema cognitivo tiene relación con la conciencia, es decir con la capacidad de comprender el medio ambiente, utilizando para ello los procesos cognitivo básicos de atención, sensación, percepción, codificación, memoria y lenguaje con los cuales logra interactuar con el medio ambiente, consigo mismo y la sociedad<sup>7</sup>; Estos procesos reconocidos por Roy, en la situación del paciente renal permiten reconocer las respuestas efectivas que promueven la adaptación o inefectivas que influyan en el estado de salud y en su relación con el medio externo y en la manera como ellos logran tomar decisiones frente a los diferentes estímulos que pueden afectar su salud.

## **CAPÍTULO IX**

### **APROXIMACIÓN TEÓRICA**

Este capítulo contiene la contribución teórica, procedente de los significados asignados por los informantes clave al fenómeno de estudio: **CUIDAR DE SI PARA LA PERSONA CON TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL TIPO DIALISIS PERITONEAL: UNA PERSPECTIVA EPISTEMOLOGICA DESDE LA VISION DE SUS PROPIOS ACTORES.**

La exposición de la contribución teórica se hace de una forma integral, como expresión de un abordaje constructivista, que evidencia el carácter indivisible de sus contenidos, bajo una concepción de naturaleza ontológica, epistemológica y axiológica.

La persona que ha sido diagnosticada con Enfermedad Renal y que decide el tratamiento sustitutivo a través de la Dialisis Peritoneal, ha de responder ante esta situación que en algunos casos puede iniciarse con una encefalopatía urémica, o un edema pulmonar, o en el mejor de los casos en una situación que si bien desencadena un conjunto de situaciones que alteran su salud, origina casi que de manera simultánea un conjunto de sentimientos, emociones y creencias religiosas reflejados en angustia, frustración, miedo, preocupación, desesperación, temor que lo llevan a reconocer la necesidad de superar dichos temores.



A la vez esta experiencia de inicio súbito, y que acompañara a la persona toda la vida al ser una enfermedad crónica, los favoreció para reconocer y valorar más la vida, la salud, y les generó la suficiente inquietud para reconocer la importancia de cuidar de sí; dados por el aprendizaje de acciones muy puntuales relacionados con el cumplimiento de las recomendaciones, que ellos reconocen como acciones para proteger mi propia vida, los cuales a través de la inducción y re inducción que hace el profesional de Enfermería, van fortaleciendo con el fin de mejorar su calidad de vida, de favorecer un bienestar manifestado por los sentimientos de sobrevivencia, superación, esperanza, autonomía, independencia.

En éste sentido el cuidar de si, como fenómeno ontológico, les exigió cambios en el pensar, sentir y actuar; para cuidarse de una manera más comprensiva, afectiva autónoma y responsable.

El temor a una peritonitis, a volver a la terapia de hemodiálisis, representa la vulnerabilidad y limitación de las personas ante lo cual se preparan para prevenir una situación que les genere desequilibrio; para ello son conscientes de la necesidad de la modificación de comportamientos y hábitos que por su condición pueden generar situaciones de riesgo para su salud.

Podría también considerarse la importancia que tiene el afrontamiento y adaptación a la terapia, representado por el paciente en DPCA o DPA como asumir todas las acciones indicadas que le permitan mejorar su situación de salud y vivir una vida normal, pues implica una serie de estrategias que utiliza

la persona en la medida que asume y acepta su realidad, experimentando los cambios que le exige la terapia misma y que van relacionados con su calidad de vida, el bienestar, el equilibrio.

Las categorías (epistemes) derivadas de los significados expresados por los participantes del estudio fueron: *Un nuevo comienzo, superar el miedo a sufrir complicaciones, mejorar para seguir viviendo, amarse a sí mismo, proteger mi propia vida y entender que es por mi bien.*

Dentro de los valores expresados dentro de los significados emitidos por los informantes se encuentran: la autonomía, la libertad, la responsabilidad, la autoestima, como respuesta a sentirse bien; estos valores constituyen el significado profundo de lo que ellos definen como cuidar de si, a partir de estos valores y el amarse a sí mismo, pueden adaptarse y adoptar las estrategias que incluyen cumplir las indicaciones médicas, la buena alimentación, realizar los recambios oportunamente, hacer ejercicio, su higiene personal, limpiar su orificio, apropiándose de esta manera de su cuidado.

Durante las entrevistas efectuadas surgieron categorías sobre la toma de decisiones de la persona con diálisis peritoneal tras el proceso de enseñanza aprendizaje lo que denota la importancia de que toda persona con enfermedad crónica tiene la necesidad de estar informado sobre su enfermedad, el tratamiento entre otros aspectos. A través de la educación que se le ofrece al paciente se van a lograr beneficios para éste como, por ejemplo, disipar o disminuir estados de ansiedad,

temores, participación activa de éste en su autocuidado, prevención de riesgos para su salud entre otros.

Las respuestas emitidas por la primera entrevistada relacionada con la pregunta norteadora que significa cuidar de sí misma estuvieron orientadas hacia el cuidado del catéter peritoneal y a las medidas asépticas utilizadas durante el procedimiento, el aseo de la habitación, el aseo personal, cumplir con las actividades religiosas, la alimentación por enfermedades preexistentes tales como la diabetes, la HTA. Es importante destacar el hecho de que ninguna de las respuestas fue dirigida hacia la dimensión emocional, social y espiritual como parte de la cotidianidad de la persona. Asimismo, se destaca la respuesta de la mayoría de los entrevistados con respecto a cumplir como debe ser el tratamiento dialítico *para no recaer Cumplir el tratamiento, cumplir con las indicaciones médicas*, esto indica que el ser humano ante la amenaza a su integridad asume una conducta obediente, ante los distintos procedimientos que tanto el personal médico y de enfermería le ejecutan al momento de explicarles cómo deben realizarse el procedimiento dialítico. Lo que implica la adherencia lo que conduce a pensar sobre la protección de la existencia humana.

Es importante referir el apoyo familiar que manifiestan casi todos los entrevistados tanto por familiares directos como indirectos: esposa (o), hijos, nueras. Esto demuestra la importancia del apoyo de la familia durante la enfermedad y rehabilitación que en un momento dado es necesario. Este escenario debe ser

considerado por el personal de enfermería, el cual debe valorar las necesidades del familiar bien sea de índole cognitivo, emocional u otras necesidades para planificar acciones que permitan establecer una relación de ayuda con los miembros que integran el entorno familiar de la persona sometida a diálisis peritoneal.

Es importante en este momento hacer alusión al cuidado recibido de otros, lo cual es reconocido por los informantes clave toda vez que manifiestan que a través de éste reciben el acompañamiento, la educación, la asesoría en especial de los profesionales de la salud; a la vez algunos reconocen el esfuerzo, sacrificio, entrega y dedicación de sus cuidadores familiares, quienes en algunos casos asumieron su cuidado inicialmente.

Como corolario, creo importante considerar que el cuidar de si simboliza las acciones, tareas y experiencias realizadas por la persona, con el fin de satisfacer sus necesidades físicas, psicológicas, sociales o espirituales; en las cuales logra desarrollar sus capacidades a partir de un conocimiento de sí mismo, desde el cual comienza la búsqueda por potencializar sus cualidades y fortalezas en pos de alcanzar el bienestar y la calidad de vida; a la vez como ser humano se enfrenta a sus debilidades en todas sus dimensiones, lo cual alcanza la aparición de conductas de riesgo, las cuales pueden desequilibrar su salud y recaer dentro de la evolución de su tratamiento, reapareciendo los temores, miedo, la amenaza a perder la vida, a no recuperarse, a perder la independencia, a volver a la terapia de hemodiálisis, a perder el peritoneo.

Por último, expreso la contribución teórica del presente estudio al aporte del conocimiento de la profesión de Enfermería, toda vez que puede ser utilizado con el fin de innovar nuevos modelos de cuidado a las personas que realizan su terapia dialítica peritoneal teniendo como base la interculturalidad, la inclusión, la humanización junto con los principios de individualidad, integralidad, continuidad, la dialogicidad, y la calidad, propios de la ley 266 de 1996 que fundamentan la práctica profesional de Enfermería en Colombia.

Es apremiante reconocer la necesidad de fortalecer la política de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, en la cual más profesionales se comprometan con la atención primaria en salud, y con ella a educar a personas, familias y colectivos en la modificación de hábitos no saludables que son precursores de enfermedades como la diabetes y la hipertensión, las cuales son preexistentes a la enfermedad renal.

Por otra parte, el generar la remisión oportuna en el momento de detectar los grados iniciales de la enfermedad renal, brindaran una mejor calidad de vida a las personas evitando llegar al tratamiento sustitutivo renal.

Una vez tenemos al paciente y su familia diagnosticada con enfermedad renal, establecer en las clínicas renales programas de educación y apoyo interdisciplinario que favorezcan la aceptación de la enfermedad, junto a los procesos de adaptación, afrontamiento y adherencia, los cuales se verán reflejados en un paciente que se mantiene en un equilibrio bio psico social y espiritual, sin conductas de riesgo, que asume el cuidar de si como parte de su integralidad y lo considera como un acto

consciente de responsabilidad libertad y autonomía.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

### Capítulo 1.

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas [internet]; 2005 [citado 2015 dic 15]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)
2. Hernández M, Juárez C. Enfermedades Crónicas Degenerativas y el Envejecimiento: Colapso de la Enfermería revista Desarrollo Científico Enfermería. [Revista en la Internet] 2009. . [Citado 2015 dic 26]. 17 (7). Disponible en [http://www.seguridadvialparajovenes.com/imgs\\_archivo/medicos/archivos/9EnfermedadesCronicas.pdf](http://www.seguridadvialparajovenes.com/imgs_archivo/medicos/archivos/9EnfermedadesCronicas.pdf)
3. Martín de Francisco A. El futuro del tratamiento de la enfermedad renal crónica Nefrología (Madr.) [Revista en la Internet] 2010. [Citado 2015 dic 26].30 (1). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-69952010000100001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952010000100001)
4. Lozano, R Et al. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. Salud Pública de México. [Revista en la Internet] 2013. [Citado 2017 Jun 26]; 55 (5) . Disponible en: [www.scielosp.org/pdf/spm/v55n6a7.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n6a7.pdf)
5. Gómez F, Valenciano Y, Baly G, Claro Y, Mestre Y. Carga de enfermedad en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal según años de vida saludable perdidos. Rev. inf. cient. [revista en la Internet]. 2016 [citado 2017 Jun 26]; 95(4). Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/80>
6. United States Renal Data System.2014 USRDS annual data report : Epidemiology of kidney disease in the United States National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease, Bethesda MD 2014. [Citado 2016 marzo 21] Disponible en: <https://www.usrds.org/2014/view/>
7. Vivekanand J, DM et al. Chronic Kidney disease: global dimensión and perspectives. The Lancet [revista en la Internet] 2013. [Citado 2016 marzo

21] 382(9888): 260-272. Disponible en :  
[www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60687-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60687-X/abstract)

8. España, Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Documento marco sobre enfermedad renal crónica dentro de la estrategia de abordaje a la cronicidad en el SNS. España, febrero 2015. [Citado 2016 marzo 21]  
Disponible en:  
[http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Enfermedad\\_Renal\\_Cronica\\_2015.pdf](http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Enfermedad_Renal_Cronica_2015.pdf)
9. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento.2015. [Citado 2016 marzo 21] Disponible en:  
[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10542:2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542:2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es)
10. Gámez A, Montell O, Ruano V, Alfonso de León J, Hay de la Puente M. Enfermedad renal crónica en el adulto mayor. Rev. Med. Electrón. [Revista en la Internet]. 2013 [citado 2017 Jun 26]; 35(4): 306-318. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242013000400001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000400001&lng=es)
11. Burgos L. Complicaciones en pacientes sometidos a diálisis peritoneal en el Hospital Hidalgo Unanue enero 2014 a Julio 2015 [monografía de Internet]. Lima. Universidad Ricardo Palma. Lima Perú 2016. [citado 2016 marzo 22];Disponible en:  
[http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/468/Burgos\\_g.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/468/Burgos_g.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
12. Rivas A, Vásquez M, Romero A, Sinning A, Calero Y. Adherencia farmacológica de la persona con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Duazary. [revista en la Internet]. 2013. [citado 2016 marzo 21] 10(1). 7 - 14, .ISSN 2389-783X. Disponible en:  
<http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/200>



13. Rivas A, Oviedo, H, Caballero M. Calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Insuficiencia Renal Crónica. Actualización en Enfermería. [Revista en la Internet]. 2013. [citado 2016 marzo 21] 16 (4). Disponible en: <http://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-164/calidad-de-vida-del-cuidador/>
14. Sedala M, Bruzos G, Pereira E, Bucuvic E. La experiencia vivida por pacientes en diálisis peritoneal domiciliaria: un abordaje fenomenológico. Rev- latino-AM Enfermagem. . [Revista en la Internet].2012. [Citado 2016 marzo 21] 20 (1):08. Disponible en [www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es\\_10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es_10.pdf).
15. Neyhart C, Mc coy L, Rodegast B, Gilet C, Roberts C, Downwa K, A new nursing model for the care of patients with Chronic Kidney Disease: The UNC Kidney Center Nephrology Nursing Iniciative. Nephrology Nursing Journal. [Revista en la Internet]. 2010 . [Citado 2016 marzo 21] . 38 (1); 121 -131. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/44591729\\_A\\_new\\_nursing\\_model\\_for\\_the\\_care\\_of\\_patients\\_with\\_chronic\\_kidney\\_disease\\_the UNC\\_Kidney\\_Center\\_Nephrology\\_Nursing\\_Initiative](https://www.researchgate.net/publication/44591729_A_new_nursing_model_for_the_care_of_patients_with_chronic_kidney_disease_the UNC_Kidney_Center_Nephrology_Nursing_Initiative)
16. Bodenheimer T, Loring K, Holan H, Grumbach K. Patient self – management of chronic disease in primary care. JAMA [Revista de Internet] 2003. [citado 2015 dic 21] 288(19): 2469-75. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12435261>
17. KDOQI CKD. Definition and classification of stages of chronic kidney diseases. American Journal of kidney Diseases. [Revista de Internet] 2013. [citado 2015 dic 21]; 39 (2.): p. S46 – S75. Disponible en: [www.ajkd.org/article/S0272-6386\(13\)00590-8/fulltext](http://www.ajkd.org/article/S0272-6386(13)00590-8/fulltext)1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas [internet]; 2005 [citado 2009 mar]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)

## Capítulo 2.

1. Reed, Pamela. La evolución de la enfermería para el siglo XXI, más allá del postmodernismo. Baltimore 1999

2. Waldow.VR. Cuidado de Enfermería. Reflexiones entre dos orillas. Fundación Índex. Serie cuadernos Índex. Primera Edición 2014. 1 -21.
3. Ibáñez, Luz Eugenia. Enfermería; un viaje a través del cuidado de lo humano. Universidad Industrial de Santander 2013. 25 – 31.
4. Boff, L. Saber Cuidar. Ética de lo humano. Brasil: Editorial Vozes. 1999
5. González G, Bracho C, Zambrano A, Marquina M, Guerra C. El cuidado humano como valor en ejercicio de los profesionales de la salud. 2012. [citado 2015 dic 15]; Disponible en <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/vol6n2/6-2-4pdf>
6. Ramírez-Pérez M., Cárdenas-Jiménez M., Rodríguez-Jiménez S.. El Dasein de los cuidados desde la fenomenología hermenéutica de Martín Heidegger. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2015 [citado 2018 Jun 20]; 12(3): 144-151. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632015000300144&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000300144&lng=es). <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.003>
7. Heidegger M. El ser y el tiempo. México: Fondo de Cultura Económica 1993.
8. De Gasper, Patricia., Vera Randuz. Cuidar de si esencial para enfermeiros. REME 10 [revista en la Internet] 2006. [citado 2018 Jun 20] (1). 82 – 87. DOI: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622006000100015>.Disponible en <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/390>
9. Caro, S. Enfermería: Integración del cuidado y el amor: una perspectiva humana. En Salud Uninorte. [revista en la Internet] 2009. [citado 2015 dic 15]; 25(1) 172-178. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v25n1/v25n1a14>
10. Urra E, Jana A, García, M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidado transpersonal. Ciencia y enfermería. [revista en la Internet] 2011. [citado 2018 Jun 20] 17(3), 11-22. 2011. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>
11. Quintero B, Ética del cuidado humano bajo los enfoques de Milton Mayeroff y Jean Watson. Ciencia y Sociedad. [revista en la Internet] 2001. [citado 2015 Dic 15] XXVII16-22. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87011272002>.

12. Waldow, VR. Cuidar: expresión humanizadora de la Enfermería México DF Palabras Ediciones; 2008
13. Vignale, Silvana. Cuidado de si y cuidado del otro. Aportes desde Michael Foucault para pensar relaciones entre la subjetividad y la educación. *Contrastes*. [revista en la Internet] 2012. [citado 2018 Jun 20]; Vol. XXVII. Disponible en <https://www.uma.es/contrastes/pdfs/017/Contrastes-XVII-17.pdf>
14. Garcés L, Giraldo C. El cuidado de si y de los otros en Foucault, principio orientador para la construcción de una bioética del cuidado. *Discusiones Filosóficas*. . [revista en la Internet] 2013. [citado 2018 mayo 15] 14 (22). 187 – 201. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/difil/v14n22/v14n22a12.pdf>
15. Waldow V. Cuidado integral: cuidando de si, del outro y del todo. *Rev Paraninfo Digital*. [revista en la Internet] 2012. [citado 2017 marzo 20]; 15. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/002po.php>
16. Sánchez L. La relación entre “el conocimiento de si” y el “Cuidado de si” en el Alcibíades de Platón. *Literatura teoría, historias, crítica*. . [revista en la Internet] 2009. [citado 2015 Dic 15] 11. 183 – 203. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/lthc/article/view/11539>
17. Amorin F, Bueno R. Cuidar de si, dizer a verdade: arte, pensamento e ética do sujeito. *Pro –Posicoes*. [revista en la Internet] 2014. [citado 2019 Jun 20] 25(2) :157 -175 Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/pp/v25n2/09.pdf>
18. Baggio M, Monticelli M, Lorenzini A. Cuidando de si, do outro e “do nos” na perspectiva da complexidade. *Rev Bras Enferm*. [revista en la Internet] 2009. [citado 2015 Dic 15] 62(4): 627-31. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000400023&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000400023&script=sci_abstract)
19. Rodríguez S, Cárdenas M, Pacheco A, Ramírez M. Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enfermería Universitaria [Revista de Internet]*.2014. [citado 2019 Jun 28] 11 (4) :145 -153. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706314709273>
20. Siappo C, Núñez Y, Cabral I. Experiencias de estudiantes de enfermería en el cuidado de si durante el proceso de formación en una universidad privada en Chimbote, Perú. *Esc. Anna Nery [ Revista de Internet]*. 2016 [citado 2018 junio

- 26]; 20(1): 17-24. Disponible en:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000100017&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100017&lng=en). <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160003>
21. Guevara B., Zambrano de Guerrero A., Evies A.. Cosmovisión en el cuidar de sí y cuidar del otro. *Enferm. glob.* [Revista de Internet]. 2011 [citado 2019 Jun 28]; 10(21). Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412011000100021&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100021&lng=es).
- 22.. García L. La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. *Acta Bioethica.* [revista en la Internet] 2015. Sep. [citado 2018 Jun 20] 21(2) 311-317. Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v21n2/art17.pdf>
23. Sánchez T. Lo cuidado esencial: una propuesta ética de actualidad. *Quaestiones Disputatae.* [revista en la Internet] 2013. [citado 2019 Jun 20] 6 (12): 33- 46. Disponible en:  
<http://revistas.ustatunja.edu.co/index.php/qdisputatae/article/view/261/251>
24. Barrera, Lucy; Pinto, Natividad y Sánchez, Beatriz. El enfermo crónico y su cuidador familiar. En: *Cuidando a los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Capítulo 1.* Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2010, p. 25.
25. Oviedo H, Rivas A, Caballero M. Calidad de vida del cuidador familiar del paciente con insuficiencia renal crónica terminal. *Actualizaciones en Enfermería.* [revista en la Internet] 2013. [citado 2015 dic 15]; 16(4) 18-28. Disponible en <http://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-164/calidad-de-vida-del-cuidador/>
26. Soriano, S. Definición y Clasificación de los estadios de la enfermedad crónica renal, Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad Crónica. *Nefrología* [revista en la Internet] 2004. [citado 2016 Sep. 15]; Vol. 24 suplemento N.6. Disponible en: <http://revistanefrologia.com>
27. National Kidney Foundation.KDOQUI Clinical Practice guideline for hemodialysis adequacy:2015 update. The National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative; 2015.

28. KDOQI CKD. Definition and classification of stages of chronic kidney diseases. American Journal of kidney Diseases. [Revista de Internet] 2013. [citado 2016 marzo 21]; 39 (2.): p. S46 – S75. Disponible en: [www.ajkd.org/article/S0272-6386\(13\)00590-8/fulltext](http://www.ajkd.org/article/S0272-6386(13)00590-8/fulltext)
  
29. Kurokawa K, Masaomi N, Akira S, Reiko I, Toshio M. Current issues and future perspectives of chronic renal failure. In: J Am Soc. Nephrol. [Revista de Internet] 2002. . [Citado 2016 marzo 21]; 13 (1): p. 53 – 56. Disponible en: [https://jasn.asnjournals.org/content/13/suppl\\_1/S3](https://jasn.asnjournals.org/content/13/suppl_1/S3)
  
30. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Cuenta de Alto Costo: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Informe de pacientes en terapia dialítica. [Internet], Bogotá: Ministerio de Salud y protección social;2010. [citado 2015 dic 15]; Disponible en : [https://cuentadealtocosto.org/site/images/TERAPIA\\_DIALITICA\\_EN\\_COLOMBIA\\_2010.pdf](https://cuentadealtocosto.org/site/images/TERAPIA_DIALITICA_EN_COLOMBIA_2010.pdf)
  
31. Caro Osorio N. Comorbilidades y sobrevida de pacientes con Enfermedad Renal Crónica en terapia de Hemodiálisis del centro de Cuidado Renal Davita Barranquilla durante los periodos comprendidos entre el 2012 al 2015. [Tesis de Maestría]. Barranquilla. Universidad del Norte. 2017[citado 2017 oct 21];Disponible en <http://manglar.uninorte.edu.co/jspui/bitstream/10584/7875/1/131042.pdf>
  
32. Barrios J, Hidalgo S. Enfermedades Crónicas no Transmisibles: Enfermedad Renal Crónica. [monografía de Internet]. Managua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. 2016. [citado 2015 dic 15];Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/2157/1/16538.pdf>
  
33. Flores J, Alvo M, Borja H, Morales J, Vega J, Zúñiga C et al. Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones. Rev. méd. Chile [Internet]. 2009 Ene [citado 2015 dic 15]; 137(1): 137-177. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000100026&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000100026&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000100026>
  
34. Amenabar J, Gómez P, Lampreabe I, Gainza j, Muñiz L, Erauzkin G. Valoración del tratamiento sustitutivo integrado en pacientes en insuficiencia renal terminal, selección versus elección. Nefrología XXI [Revista de Internet]

2001. [citado 2016 marzo 21] 21 (5): p. 4-13. Disponible en:  
<https://revistanefrologia.com/es-valoracion-del-tratamiento-sustitutivo-integrado-pacientes-insuficiencia-renal-terminal-seleccion-articulo-X0211699501027292>
35. Collins A, Foley R, Gilbertson D, Cheng Chen S. United States Renal Data System. Public Health surveillance of chronic kidney and end – stage renal disease. *Kidney Int Suppl.* [revista en la Internet] 2015. [citado 2016 marzo 21] 5(1): p. 2-7. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4455192/>.
36. Diaz H, Gotch, F; Folden, T, et al. Peritoneal diálisis adequacy. A model to asses feasibility with various modalities. In: *Kidney International.* [Revista en la Internet] 1999. [Citado en 2016 marzo 31] 55(6) : p. 2493-2501 Disponible en: [https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538\(15\)46213-1/fulltext](https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538(15)46213-1/fulltext)
37. Periz L, Gruart P, Sánchez L. Visión Enfermera de las necesidades psicosociales de los cuidadores de personas en tratamiento de diálisis Peritoneal. *Rev. Soc. Esp Enferm Nefrol* (revista en internet) 2007 (citado 2016 marzo 31); 10(1): 47-52. Disponible en :  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-137520007000100004&ing=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-137520007000100004&ing=es)
38. Contreras F, Esguerra G., Espinosa J, Gómez V. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (irc) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de psicología.* [revista en la Internet] 2007. [citado 2017 Jun 21] 10(2), 169-17. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-91552007000200016](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552007000200016)
39. Contreras F, Esguerra G, Espinosa J, Gutiérrez C, Fajardo L. Calidad de vida y Adhesión al tratamiento en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de Hemodiálisis. *Psychol.* [revista en la Internet] 2006. [citado 2017 Jun 21] 5 (3):487-499. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a05.pdf>
40. Oliveira R, Maia C, Queiroz J. Cuidado de si em enfermagem: uma revisao integrativa. *Res: fundam* [revista en la Internet] 2015. [citado 2019 Jun 21] 7(1) :2104 -2112. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/5057/505750945036/>

41. García C, Solano G, Gómez D, Ferreira M. Cuidar de sí misma, un reto sin igual. El sentido otorgado por las enfermeras quirúrgicas. Atas CIAIQ2016 Investigacao Qualitativa em Saude [revista en la Internet] 2016. 2. [citado 2019 Jun 21]. Disponible en: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/822/808>
42. Rosso C, Beuter M, Jacobi C Et al. Taking care of yourself: limits and possibilities in the conservative treatment of chronic renal failure. J Nurs UFPE. [Revista en la Internet]. 2015. [citado 2019 Jun 21] 9 (2) :621 – 623 Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Taking-care-of-yourself%3A-limits-and-possibilities-Roso-Beuter/2e6b5925ce1a1f5e37bd1a0014fd41f0cd089398>
43. Guevara B., Zambrano de Guerrero A. Significado de cuidar para la persona que sufrió un infarto de miocardio. Salus [Revista de Internet]. 2010; 14:36-40. [citado 2019 Jun 21]. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375939017006>
44. Paula C, Cabral I, O Souza I. O cotidiano de Crianças infectadas pelo HIV no adolecer: compromisos e possibilidades do cuidado de si. [Revista de Internet]. 2008. 20 (3-4) 173 -178. [citado 2019 Jun 21]. Disponible en: <http://www.dst.uff.br/revista20-3-4-2008/3-O-cotidiano-de-criancas-JBDST-20-3-4-2008.pdf>

### Capítulo 3.

1. Sánchez, B. La Fenomenología: Un Método de indagación para el Cuidado de Enfermería. Bogotá – Colombia. Editorial Unibiblos. Universidad Nacional de Colombia 2000 p 24-25.
2. Bonilla E y Rodríguez. Más allá del dilema de los métodos. Tercera edición. Grupo editorial Norma. Universidad de los Andes. Bogotá Colombia 2005.
3. Galeano M, Diseño de proyectos de investigación cualitativa. Fondo editorial Universidad EAFIT 2004p 16-17.

4. De la cuesta Benjumea C. Investigación cualitativa y enfermería. *Índex Enferm.* [revista en la Internet] 2008. [citado 2017 Jun 21]; 11(28-29):7-8: Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2704799>
5. Buendía, E.L., Dolás, B. P., Fuensanta, H. P. *Métodos de investigación en psicopedagogía.* México: Editorial. McGraw-Hill. 1998 4. Sandoval Casilimas C. *Investigación cualitativa.* Editores A, editor. Bogotá; 2002. 71-83 p.
6. Arias M et al. La investigación cualitativa: un acto creativo por la enfermería. *av. enferm.* [Internet]. 2014 [cited 2016 Oct 12] ; 32( 2 ): 280-291. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002014000200012&lng=enhttp://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v32n2.46232](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002014000200012&lng=enhttp://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v32n2.46232)
7. Sánchez G., S. *Fundamentos para la Investigación Educativa: Presupuestos Epistemológicos que Orientan al Investigador.* (2ª. ed.). Santa Fe de Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio. 1998
8. Vargas L. *Significado que otorgan las enfermeras especialistas en nefrología a la promoción de la salud en los pacientes de hemodiálisis* (Tesis doctoral). Valencia. Universidad de Carabobo 2011.
9. Martínez Migueleis M. *Ciencia y arte en la metodología cualitativa.* Editorial Trillas, editor. México; 2004. 125-130- 137
10. Díaz I. *Visión investigativa en ciencias de la salud (énfasis en Paradigmas emergente)* Tercera Edición IPAPEDI 2015 p 106-107.
11. Duran A. *Tesis el problema de la constitución de Edmund Husserl.* (Tesis Doctoral) Bogotá D.C. Pontificia Universidad Javeriana 2010.
12. De souza, M. (1997). *El Desafío del Conocimiento. Investigación Cualitativa en Salud.* Buenos Aires-Argentina. Editorial, S.A. Traductor: Juan Francisco Barraza Martínez p



13. Rodríguez G., Metodología de la investigación cualitativa, Editorial Aljibe, Granada, España, 1999. pág. 32 Madrid: Editorial Interamericana, McGraw-Hill; p
14. Leal R. La sociología interpretativa de Alfred Schütz: reflexiones en torno a un planteamiento epistemológico cualitativo. Alpha [online]. 2006, n.23 [citado 2016-10-15]: 201-213. Disponible en: [http://<https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-22012006000200012&lng=es&nrm=iso>](http://<https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22012006000200012&lng=es&nrm=iso>). accedido en 22 jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22012006000200012>
15. Guevara B. El cuidar de si para la persona que ha tenido la vivencia de un infarto de miocardio. (Tesis Doctoral). Valencia Universidad de Carabobo. 2010.
16. Polit D y Hungler B. Investigación científica en Ciencias de la Salud. México 2003. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Sexta Edición p 235 – 236.
17. Lyotard, J. La fenomenología. Buenos aires. Editorial EUDEBA Quinta Edición. p10 -20.
18. Strenbert. y Rinaldi, Dona. Qualitative Research in Nursing.Advancing the Humanistic Imperative. Philadelphia. Lippincott Company.1995 p.
19. Zuleyka, M y Olivety, M. La fenomenología Hermenéutica. Revista Médica Electrónica Portales Médicos. [Revista de internet] 2015 [citado 2017 oct 21]; Disponible en : <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/fenomenologia-hermeneutica/>
20. Ferrater J (2001). Diccionario de Filosofía. Barcelona-España. Editorial Ariel S.A: Tomo I (A-D).
21. Do Prado, M., De Souza, M., Monticelli, M., Cometto, M., Gómez P. Investigación cualitativa en Enfermería: Metodología y didáctica.

- Organización Panamericana de la salud, editor. Washington; 2013. 24-38 p.
22. Jiménez Barbosa W, Ramos N. La salud en Santa Marta - Colombia, una percepción desde sus habitantes. Archivos de Medicina (Manizales), Volumen 15 N° 2, Julio-diciembre 2015, ISSN versión impresa 1657-320X, ISSN versión en línea 2339-3874.
  23. Sandoval Casilimas C. Investigación cualitativa. Editores A, editor. Bogotá; 2002. 71-83 p.
  24. Tribunal Internacional de Núremberg. Código de Núremberg. 1947 p. 2.
  25. Asociación médica mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 1964.
  26. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 8430 de 1993. 1993 p. 12.
  27. Colombia. C de. Ley 911 de 2004. Código deontológico de Enfermería. 2004 p. 15.
  28. Munhall, P. (1988). Ethical considerations in qualitative research. Western Journal of Nursing Research. En: J. Lipson (1993). Asuntos éticos en la etnografía. Morse, J.(1993).Asuntos críticos en métodos de investigación cualitativa. Medellín: Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia.
  29. Hernández R, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación. Quinta edit. Mc Graw Hill, editor. México; 2010. 492-500.
  30. Bailey J. First steps in qualitative data analysis: transcribing. Fam Pract. 2008 Apr;25(2):127–31.

31. Pekelais, C. et all. Hacia una cultura de investigacion cualitativa. Guia Didactica. Ediciones Astra Data Maracaibo.2016 p 67 -110
32. Castillo, E. Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colomb Med. 2003;34(3):

## **CAPITULO 6**

1. Cooffey A, Atkinson P. Encontrar el sentido de los datos cualitativos: estrategias complementarias de investigación. 1 Edición. Medellín. Editorial Universidad de Antioquia. 2003
2. Leal, J. (2015): La Autonomía del Sujeto Investigador y la Metodología de Investigación. [Consulta: 2016, junio 1]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/juancarlosaponterivas9/la-autonoma-del-sujeto-investigador-y-la-metodologa-de-investigacin-pdf>
3. Martínez, M. Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa. México: Editorial Trillas. 2014
4. Díaz, L. Visión del Trabajo de Grado: Una Aproximación desde las Vivencias Personales y Académicas de los Estudiantes de la Maestría en Investigación Educativa”. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Carabobo. Naganagua
5. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 2 edición. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. 2002.
6. Rodríguez C, Pozo T, Gutiérrez J. La triangulación analítica como recurso para la validación de estudios de encuesta recurrentes e investigaciones de réplica en Educación Superior. RELIEVE. Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa [Internet]. 2006; [Consulta: 2016, junio 1]. 12(2):289-305. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91612206>
7. Rodríguez C, Pozo T, Gutiérrez J. La triangulación analítica como recurso para la validación de estudios de encuesta recurrentes e investigaciones de

- réplica en Educación superior. RELIEVE. 2006 12(2): P.P. 289 – 305-  
Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/916/91612206.pdf>
8. Donolo D. Triangulación: procedimiento incorporado a nuevas metodologías de investigación. Revista Digital Universitaria. 2009. 10(8) Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.10/num8/art53/art53.pdf>
  9. Díaz, L. (2014): Visión Investigativa en Ciencias de la Salud (Énfasis en Paradigmas Emergentes). Valencia. IPAPEDI

## Capítulo 7

1. Maquera A. Afrontamiento y adaptación en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal en ENSALUD PUNO 2016. [Monografía] Perú. Universidad Nacional del Altiplano. 2017.[citado 2019 mayo 21]; Disponible en : [http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4793/Maquera\\_Mamani\\_Alicia.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4793/Maquera_Mamani_Alicia.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
2. Roy C, et al. El Modelo de adaptación de Callista Roy.2º Ed. Estados Unidos: Editorial Appleton y Lange;1999. P 32.
3. Fernández M, & Díaz M. relación entre estrategias de afrontamiento, síndromes clínicos y trastornos de personalidad en pacientes esquizofrénicos crónicos. Psicopatología y Psicología Clínica. [revista en la Internet]. 2001 [ Citada en 2017 junio 1]. 6(2) Disponible en: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:Psicopat-2001-302EAC07-68A0-4A20-B85A-E194E0CBE98B&dsID=PDF>
4. Contreras F, Esguerra G, JC E, Gómez V, Mok M, Tam T. Estilos de afrontamiento y calidad de vida de pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis. Scielo [revista en la Internet]. 2007 [ Citada en 2018 mayo 31] 10(2). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-91552007000200016&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-91552007000200016&script=sci_abstract&tlng=pt)
5. Bula J, González. Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación de los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan hipertensión arterial. [Tesis de Maestría] Bogotá. Universidad Nacional de Colombia

2011. [citado 2018 mayo 21]; Disponible en:  
<http://www.bdigital.unal.edu.co/7053/1/539455.2011.pdf>

6. Marriner A, Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. Madrid: Elsevier Science;2007. P.343.
7. López B. Moreno N. El coraje: Un sentimiento que surge también en el cuidado. Desarrollo Cientif Enferm. 2012- 20 (9) Disponible en:  
<https://studylib.es/doc/5180796/el-coraje--un-sentimiento-que-surge-tambi%C3%A9n-en-el-cuidado>
8. Trueba C. La teoría aristotélica de las emociones. Signos filosóficos. 2009 11(22), 147-170. Recuperado en  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-13242009000200007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-13242009000200007&lng=es&tlng=es).
9. Gil Blasco M. La teoría de las emociones de Martha Nussbaum: el papel de las emociones en la vida pública. [Tesis Doctoral]. Valencia. Universitato De Valencia 2014. [citado 2017 oct 21]; Disponible en :  
<https://core.ac.uk/download/pdf/71032359.pdf>
10. Rebollo A, Morales A, Pons M., Mansilla F. Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. Nefrología. [ Revista de Internet]. 2015 [citado 2019 Jul 06]; 35(1): 92-109. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-69952015000100012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952015000100012&lng=es).  
<http://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Jul.12133>
11. Muñoz M, Martínez S, Izasa D. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria: Eje cafetero colombiano 2015. Revista electrónica Enfermería actual en Costa Rica. [ Revista de Internet]. 2017. [citado 2019 Jul 06]; 32 Disponible en:  
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/25740/27350>

12. Sánchez L. La relación entre el “conocimiento de si” y el “cuidado de si” en el Alcibíades de Platón. Literatura teoría, historia, crítica. [ Revista de Internet]. 2009. [citado en 2019 29 de abril]; 11: 183 -203. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/lthc/article/view/11539>
  
13. Jiménez M. Disciplina y cuidado de si mismo: una aproximación a los confines de la subjetividad y la educación. Ideas CONCYTEG. [ Revista de Internet].2009. [citado en 2019 29 de abril] 4 (45): 476 – 494. Disponible en: <https://docplayer.es/49461358-Disciplina-y-cuidado-de-si-mismo-una-aproximacion-a-los-confines-de-la-subjetividad-y-la-educacion.html>
  
14. Bonilla F. Educación Sanitaria al paciente con enfermedad renal crónica avanzada. ¿Existe evidencia de su utilidad? Enferm Nefrol. [revista en la Internet]. 2014. [ Citada en 2018 mayo 31]17(2):120 -131. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v17n2/06\\_revision.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v17n2/06_revision.pdf)
  
15. Choi ES, Lee J. Effects of a face-to-face self-management program on knowledge, self-care practice and kidney function in patients with chronic kidney disease before the renal replacement therapy. J Korean Acad Nurs. [revista en la Internet]. 2012. [ Citada en 2018 mayo 31] 42 (7): 1070-1078. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23377603>
  
16. Yang L, Han T, Lin P, Sun C, Chou Y, Chang C, et al. Health knowledge and effectiveness of behavior improvement due to the intervention of healthcare programs for early stages of chronic kidney diseases. World Journal of Medicine and Medical Science [ Revista de Internet]. 2013 [citado en 2018 29 de abril]; 1 (7): 136 - 152. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Health-Knowledge-and-Effectiveness-of-Behavior-due-Yang-Han/ce980d7a555951957e5baf000650719643ad07c9>
  
17. Araujo M, Souza G, Regina E, Bucuvic. La experiencia vivida por pacientes en diálisis peritoneal domiciliaria: un abordaje fenomenológico. Rev. Latino – Am. Enfermagem. [ Revista de Internet]. 2012. 2013 [citado en 2019 29 de abril]; 20(1) Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es\\_10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es_10.pdf)
  
18. Carrillo A, Laza C, Molina J. Self-care: day by day in patients with chronic kidney disease: Documentary studies 2006-2013. Enferm Nefrol [Internet]. 2013 Sep [citado 2019 Jul 22] ; 16( 3 ): 185-192. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842013000300007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842013000300007&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842013000300007>.

19. Medina OM, García MA, Martínez MD, Alonso MM. Significado cultural de vivir con diálisis peritoneal ambulatoria. *Desarrollo Científ Enferm*. [revista en la Internet] 2009. [citado 2017 oct 22]; 17(8):85-100. Disponible en: [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=significado+cultural+de+vivir+con+dialisis+&btnG](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=significado+cultural+de+vivir+con+dialisis+&btnG)
20. Almeida A, Rosa D. Existencialismo de Viktor Frankl para comprensión de cuidar de sí de la Persona en hemodialisis. *Cuid salud*. [revista en la Internet] ene-jun 2015. [citado 2017 oct 22]; 2(1):164-170. Disponible en: <http://eeplt.edu.pe/revista/index.php/salud/article/view/39/0>
21. Benente, M. Crítica, Cuidado de sí y empresario de sí. Resistencia y gobierno en Michel Foucault. *Rev. Co- herencia*. [revista en la Internet] 2017. [citado 2017 oct 29] (26), 151 – 176. Disponible en: <http://publicaciones.eafit.edu.co/index.php/co-herencia/article/view/3511>

## Capítulo 8.

1. Vignale, Silvana. Cuidado de sí y cuidado del otro. Aportes desde Michael Foucault para pensar relaciones entre la subjetividad y la educación. *Contrastes* [revista en la Internet] 2012. [citado 2018 mayo31]. XXVII. Disponible en: <https://www.uma.es/contrastes/pdfs/017/Contrastes-XVII-17.pdf>
2. Garduño, C. Del orden del discurso del cuidado de sí mismo poder y cultura en Michael Foucault. Estudio sobre las culturas contemporáneas. [revista en la Internet] 2015. [citado 2018 abril 1]; XXI (42): 85-108. Colima, México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo02?id=31642649005>.
3. Waldow, Vera Regina. Cuidado integral: Cuidando de sí, del otro, del todo. *Rev Paraninfo Digital* [revista en la Internet] 2012; [citado 2018 abril 1]; 15. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/002po.php>.

4. Molina M, Rodríguez N. Estrategias de afrontamiento: Un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja. Rev costarricense de Psicología [revista en la Internet] 2011; [citado 2018 abril 1]; 30 (45) p 17 – 53. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/48366523>
  
5. Romero E, Martínez B, Makaiza E, Guarín A, Pérez J. Afrontamiento y adaptación de pacientes en hemodiálisis y diálisis, Cartagena. Av. enferm. [revista en la Internet] 2013. [citado 2018 mayo31]; 31(1) : p. 32-41, Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/42172/43872>.
  
6. Díaz de Flores, Leticia et al. Análisis de los conceptos del modelo de Adaptación de Callista Roy. Rev. Aquichan [revista en la Internet] 2002 [citado 2018 mayo31]; 2(1): 19-23. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1657-59972002000100004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-59972002000100004) G
  
7. Gutiérrez, María del Carmen. Proceso de Afrontamiento y Adaptación En: Adaptación y cuidado en el Ser Humano una Visión de Enfermería. Editorial Manual Moderno 2007 p 14- 24

### **BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA**

- ❖ Gámez A. Enfermedad Renal Crónica En El Adulto Mayor, Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandantes Faustino Pérez Hernández, Matanzas, 2013.
  
- ❖ Arrollo M. Medición Del Compromiso Con El Tratamiento De Pacientes Adultos Con Insuficiencia Renal Crónica En Hemodiálisis, Universidad El Bosque, Bogotá, 2013.



- ❖ Rodríguez A. Características De Los Pacientes Con Enfermedad Renal crónica Estadios I, II, III, IV, Punto De Salud De Itagüí, octubre de 2007. [Monografía de grado]. Medellín. Instituto de Ciencias de la Salud. 2008. [citado 2017 oct 21] Disponible en: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/962/1/CARACTERISTICAS\\_PACIENTES\\_ENFERMEDAD\\_RENAL.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/962/1/CARACTERISTICAS_PACIENTES_ENFERMEDAD_RENAL.pdf)
  
- ❖ Mera M. Calidad De Vida De Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica Terminal En Tratamiento Sustitutivo Con Hemodiálisis. Centro Médico Dial-Sur. Osorno. [Monografía de grado]. Chile. Universidad Austral de Chile. 2007. [citado 2017 oct 21] Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmm552c/doc/fmm552c.pdf>
  
- ❖ Seguí A, Amador P, Ramos A. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [Internet]. 2010 [citado 2018 mayo 26] ; 13( 3 ): 155-160. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-13752010000300002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752010000300002&lng=es).
  
- ❖ Cantú G, Rodríguez G, Luque M, Romero B, Valverde S, Vargas S. et al. Análisis de Las Características Sociodemográficas De Los Pacientes Con Enfermedad Renal Crónica Terminal: Diferencias En Un Período De 6 Años. Bol Med Hospital Infantil De México, [revista en la Internet]. 2012 [citado 2018 mayo 26] ; 69( 4 ): 290-294. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462012000400006&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462012000400006&lng=es).
  
- ❖ Rodríguez, R. Rodríguez, A. Insuficiencia renal crónica en pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 en un área de salud. MEDISAN 2009; vol. 13, N°6. Disponible en [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_6\\_09/san08609.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san08609.pdf)
  
- ❖ Zúñiga, C. Müller, H. López, M. Prevalencia de enfermedad renal crónica en centros urbanos de atención primaria. Revista médica de Chile. [revista en la Internet] 2011. [citado 2018 mayo31] 9 (139): p 1178. Disponible en

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872011000900010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872011000900010&script=sci_arttext).

- ❖ Lou, L. Campos, B. Cuberes, M. Gracia, o. Turón, J. Bielsa, S. Gimeno, J. Bonet, B. San Juan, A. Prevalencia de enfermedad renal crónica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en atención primaria. Revista nefrología. [revista en la Internet] 2010. [citado 2018 mayo31]. 30 (5) : p: 554. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v30n5/original7.pdf>
- ❖ Ávila, M. conchillos, G. Rojas, I. Ordoñez, A. Ramírez, H. Enfermedad renal crónica: causa y prevalencia en la población del Hospital General La Perla. [revista en la Internet] 2013. [citado 2018 mayo31]. 29 (5) : pág. 473. Disponible en [http://cmim.org/boletin/pdf2013/MedIntContenido05\\_05.pdf](http://cmim.org/boletin/pdf2013/MedIntContenido05_05.pdf)
- ❖ Mur, T. Villaró, M. Porta, N. Jaén, A. Prevalencia de enfermedad renal crónica en pacientes con diabetes tipo 2 mediante determinación del filtrado glomerular y su relación con el riesgo cardiovascular. [revista en la Internet] 2013. [citado 2018 mayo31]; 140 (09) . Disponible en <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/prevalencia-enfermedad-renal-cronica-pacientes-diabetes-tipo-90198563-originales-2013>.
- ❖ Cuba, M. Díaz, C. Prevalencia de hipertensión arterial en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento hemodialítico. Estudio multicéntrico. [revista en la Internet] 2009. [citado 2018 mayo31] 1(1): pag.3. Disponible en <http://www.cocmed.sld.cu/no131/pdf/n131ori3.pdf>
- ❖ Sacrona, E. Díaz, Evaluación de la función renal en pacientes hipertensos: su diagnóstico de la enfermedad renal. Revista argentina de cardiología. [revista en la Internet] 2005. [citado 2018 mayo31]. 73 (5) .Disponible en : [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1850-37482005000500004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1850-37482005000500004&script=sci_arttext)
- ❖ Mezanno A, Sergio y AROS E, Claudio. Enfermedad renal crónica: clasificación, mecanismos de progresión y estrategias de Reno protección. Revista médica Chile [revista en la Internet] 2009. [citado 2018 mayo31]. 133

(3):                   pág.                   338-348.                   Disponible                   en:  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872005000300011](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000300011)

- ❖ Coresh, J.; E. Selvin, L. A. Stevens, J. Manzi, J. W. Kusek, P. Eggers, L. F. Van y A. S. Levey. Prevalence of chronic kidney disease in the United States. *Nefrologia*. [revista en la Internet] 2009. [citado 2018 mayo31]. 28: pag.14-5. Disponible en PMID 17986697. <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/298/17/2038>.
  
- ❖ Torralba M, Perez I. La calidad de vida del paciente nefrológico desde la perspectiva bioética *Enferm Glob*. [revista en la Internet] 2011. [citado 2018 mayo31]. 10 (24). Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412011000400018&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400018&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400018>.
  
- ❖ Ribeiro R, Mendonça H. et al. Characterization and etiology of the chronic renal failure in a country side nephrology unit of São Paulo State. *Acta paul. enferm*. [revista en la Internet] 2008. [citado 2018 mayo31]. 21 ( 5 ) :pág. 207-211. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000500013&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000500013&script=sci_abstract)
  
- ❖ «Dieta para personas con enfermedad renal crónica» (en español). *Enciclopedia médica en español*. Consultado el 25 de junio de 2009.
  
- ❖ Ruggenti P, Perna A, Gherardi G, Gaspari F, Benini R, Remuzzi G. Renal function and requirement for dialysis in chronic nephropathy patient son long-term ramipril: REIN follow-up trial. Gruppo Italiano di Studi Epidemiologici in Nefrologia (GISEN). Ramipril Efficacy in Nephropathy. *Lancet*. [revista en la Internet] 1998. . [citado 2018 mayo31]. 352(9136):1252-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9788454>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el Doctorado en Enfermería, de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Carabobo, se está realizando la investigación titulada

### Datos del representante

Yo \_\_\_\_\_ CI \_\_\_\_\_  
Nacionalidad \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

En pleno uso de mis facultades mentales y sin que medie coacción ni violencia alguna en completo conocimiento de la naturaleza, forma, duración, propósito, inconvenientes y riesgos relacionados con el estudio que más abajo indico, declaro mediante la presente:

1.-Haber sido informado de manera objetiva, clara y sencilla, por parte de la Investigadora de la Universidad del Magdalena Profesora Haidy Oviedo Cordoba de todos los aspectos relacionados con la investigación titulada: Significado del cuidar de si en pacientes con diálisis peritoneal.

2.-Tener conocimiento claro de que el objetivo fundamental del trabajo antes señalado

es el: Generar una construcción teórica de naturaleza ontológica, axiológica y epistemológica acerca del cuidar de si en las las personas con diálisis peritoneal, derivadas de los significados que éstas le asignan.

3.-Que la información que suministre al equipo de investigadoras será utilizada única

y exclusivamente con fines académicos.

4.-Que la investigadora me ha garantizado confidencialidad relacionada tanto a mi identidad como de cualquier información relativa a mi persona a la que tengan acceso

por concepto de mi participación en la investigación antes mencionado.

5.-Que estoy de acuerdo en el uso, para fines académicos, de los resultados obtenidos

en el presente estudio.

6.-Que mi participación en dicho estudio no implica riesgo ni inconveniente alguno

para mi salud, imagen personal o profesional.

7.-Que cualquier pregunta que yo tenga en relación con este estudio, me será respondida oportunamente por parte del equipo de investigadores antes mencionado a

quienes puedo contactar en el programa de Enfermería

8.-Que bajo ningún concepto se me ha ofrecido ni pretendo recibir algún beneficio de tipo económico producto de los hallazgos que puedan producirse en el referido proyecto de investigación.

### **DECLARACIÓN DEL VOLUNTARIO**

Luego de haber leído, comprendido y recibido las respuestas a mis preguntas con respecto a este formato de consentimiento y por cuanto mi participación en este estudio es totalmente voluntaria acuerdo:

a.-Aceptar las condiciones estipuladas en el mismo y a la vez autorizar a la Profesora Haidy Oviedo Cordoba a darle el cuestionario a mi representado con la finalidad de realizar el referido estudio.

b.-Reservarme el derecho de revocar esta autorización, así como mi participación en el proyecto, en cualquier momento, sin que ello conlleve algún tipo de consecuencia negativa para mi persona.

Nombre  
Apellidos \_\_\_\_\_ CC \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Investigadora:**

Nombre  
Apellidos \_\_\_\_\_ CC \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### **DECLARACIÓN DEL INVESTIGADOR**

Luego de haber explicado detalladamente al voluntario la naturaleza de la investigación mencionada, certifico mediante la presente que, a mi leal saber, el sujeto que firma este formulario de consentimiento comprende la naturaleza requerimientos, riesgos y beneficios de la participación en esta investigación. Ningún problema de índole médica, de idioma o de instrucción ha impedido al sujeto tener una clara comprensión de su compromiso con este estudio.