



UNIVERSIDAD NACIONAL
"TORIBIO RODRIGUEZ DE MENDOZA"
DE AMAZONAS



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD - ESCUELA PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA

"VIVENCIAS DE LAS PERSONAS ADULTAS Y ADULTAS MAYORES
CON DIÁLISIS PERITONEAL. HOSPITAL II, ES-SALUD-JAÉN 2014"

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO/A EN
ENFERMERÍA

AUTORA:

Br. Enf. Indira Gomelsky Pérez Sanchez

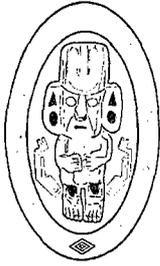
ASESORA:

Lic. Enf. Teresita Damián Cubas



06 AGO 2015. CHACHAPOYAS - AMAZONAS - PERÚ

2015



**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO
RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD – ESCUELA PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**

**“VIVENCIAS DE LAS PERSONAS ADULTAS Y ADULTAS MAYORES
CON DIÁLISIS PERITONEAL. HOSPITAL II, ES-SALUD – JAÉN 2014.”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO/A EN
ENFERMERÍA**

AUTORA : Br. Enf. Indira Gomelsky Pérez Sanchez

ASESORA : Lic. Enf. Teresita Damián Cubas

CHACHAPOYAS – AMAZONAS –PERÚ.

2015



06 AGO 2015

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme seguir respirando y por la fuerza que me brinda todo este tiempo de vida, por no dejar que caiga en la desesperación ni en el fracaso ante las adversidades que se presentaban, a él con todo el amor y agradecimiento.

Con todo el amor y respeto a mis padres Carlota Violeta Sánchez Quiroz y Fidel Pérez Cabrera, cuya comunicación amorosa, constante y ayuda incondicional que me hizo entender que “La perseverancia es favorable”.

A mis hermanos por estar siempre presentes, por brindarme su apoyo y comprensión incondicional en los momentos más difíciles de mi vida y acompañándome siempre para poderme realizar.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi asesora Lic. Enf. Teresita Alida Damián Cubas, por el apoyo incondicional que me brindo para la realización y culminación de mi proyecto e informe de tesis.

Gracias al jurado asignado por la paciencia y el tiempo brindado para la revisión de mi proyecto e informe de tesis.

Gracias a los adultos y adultos mayores del programa de diálisis peritoneal por brindarme su tiempo para realizar las entrevistas y poder realizar el informe de tesis.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Ph D. JORGE LUIS MAICELO QUINTANA
Rector

DR. OSCAR ANDRÉS GAMARRA TORRES
Vicerrector Académico (e)

Ing. PATRICIA ESCOBEDO OCAMPO
Dirección General de Administración (e)

Dr. POLICARPIO CHAUCA VALQUI
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

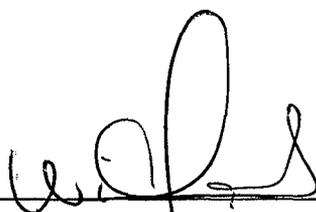
JURADO CALIFICADOR DE TESIS

(RESOLUCIÓN DECANATURAL N° 229-2014-UNTRM-VRAC/E.E.)



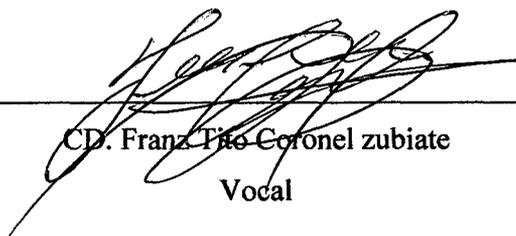
Dr. POLICARPIO CHAUCA VALQUI

Presidente



Lic. Enf. Wilfredo Amaro Cáceres

Secretario



CD. Franz Tito Coronel Zubiarte

Vocal

Mg. Oscar Pizarro Salazar

Accesitario

VISTO BUENO

Yo Lic. Enf. TERESITA ALIDA DAMIÁN CUBAS, identificada con DNI N° 16784081, con domicilio legal en calle Ayacucho N° 426, docente de la Facultad Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.

Doy visto bueno al informe de investigación titulado “VIVENCIAS DE LAS PERSONAS ADULTAS Y ADULTAS MAYORES CON DIÁLISIS PERITONEAL. HOSPITAL II, ES-SALUD – JAÉN. 2014” realizado por la tesista Indira Gomelsky Pérez Sanchez.

Por lo tanto.

Para mayor validez y constancia firmo el presente.

Chachapoyas 13 de febrero del 2015



Lic. Enf. TERESITA ALIDA DAMIÁN CUBAS
DNI N° 16784081

RESÚMEN

El presente trabajo es un estudio de naturaleza cualitativa de abordaje fenomenológico tiene como informantes a los adultos y adultos mayores del Hospital II Es-Salud Jaén. El objetivo de la investigación fue, comprender el fenómeno de las vivencias de las personas adultas y adultas mayores con tratamiento de diálisis peritoneal. Hospital II, Es-Salud – Jaén, 2014, donde la muestra estuvo representada por ocho entre adultos y adultos mayores quienes reunían los requisitos para la recolección de datos haciendo uso de la técnica de saturación por categorías realizando la entrevista con la siguiente pregunta orientadora ¿Qué siente, ser una persona con diálisis peritoneal?, se considera que la entrevista con la pregunta orientadora permitió la expresión de los adultos y adultos mayores develando aspectos y matices sobre su experiencia vivida al realizarse el tratamiento de diálisis peritoneal, a partir de la descripción, reducción y comprensión fenomenológica se obtuvo las siguientes convergencias: desesperación, cansancio, estrés, depresión , rechazo al diagnóstico, miedo a morir, apoyo familiar y cambio de vida; sus divergencias: desesperación vs tranquilidad, negación vs aceptación y angustia vs tranquilidad; y sus idiosincrasias fueron: abandono de Dios y fe en Dios. Concluyendo que los pacientes que experimentan esta enfermedad cuando reciben el apoyo de sus familiares todo les parece posible, aceptan el diagnóstico y ponen su fe en Dios, se reconcilian con Él obteniendo una calidad de vida mucho mejor y saludable, en los ámbitos físicos, psicológicos, emocionales, sociales y familiares.

Palabras Claves: Diálisis peritoneal, vivencias, adulto, adulto mayor.

ABSTRACT

The present work is a study of a qualitative nature of phenomenological approach. Its informants are the adults and older adults at the Es-Salud Hospital II -Jaen. The objective of the investigation was to understand the phenomenon of life experiences of the adults and older adults on peritoneal dialysis treatment. At Es-Salud Hospital II- Jaen, 2014 the sample was represented by eight adults and older adults who meet the requirements for data collection using the category saturation method. The interview utilized the following orientation question, “ How does it feel to be a person on peritoneal dialysis?” It was considered that the interview with the orientation question permitted the adults and older adults to express and reveal aspects and nuances about their experiences lived while being treated with peritoneal dialysis. From the description, reduction and phenomenological understanding the following similarities were obtained: desperation, tiredness, stress, depression, denying the diagnosis, fear of dying, family support and life changes. The differences were: Desperation vs. Peacefulness, denial vs. acceptance, anguish vs. tranquility. The idiosyncrasies were: Abandonment by God and faith in God. Concluding that the patients who experience this illness, who are supported by family, feel that anything is possible, accept their diagnosis and put their faith in God. They reconcile with him and obtain a much healthier and better quality of life, in the physical, psychological, emotional, social and familiar realms.

Key words: Peritoneal dialysis, life experiences, adult, older adult.

ÍNDICE	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
AUTORIDADES UNIVERSITARIAS	iii
JURADO	iv
VISTO BUENO	v
RESÚMEN	vi
ABSTRAC	vii
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
CAPÍTULO III: INTERROGANTE Y OBJETIVO	25
CAPÍTULO IV: TRAYECTORIA METODOLÓGICA	27
A.- Enfoque fenomenológico	28
B.- Momentos de la trayectoria	29
❖ La descripción	29
❖ La reducción fenomenológica	29
❖ La comprensión	30
C.- El rigor y la ética de la investigación	31
D.- La pregunta orientadora	33
CAPÍTULO V: CONSTITUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	35
A. Constitución de la investigación	35
A.1. Técnica	36
B. Momento del análisis	37
B.1. Análisis ideográfico	37
B.2. Análisis nomotético	62
B.3. Cuadro nomotético	75
C. Aproximación del fenómeno develado	77
CAPÍTULO VI: REFLEXIONANDO	78
CAPÍTULO VII: CONSIDERACIONES FINALES	87
CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES	89
CAPÍTULO IX: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
ANEXOS	97

Capítulo I
INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Una vivencia es una experiencia de vida y que de alguna manera entra a formar parte del carácter. Las vivencias surgen en el interior de las personas al margen de distintos hechos acontecidos; para que un hombre experimente interiormente estas vivencias no necesita tomar conciencia de su existencia en la realidad, ni comprender con su inteligencia su específico sentido, tampoco es relevante que estos hechos posean en algunos casos alguna importancia específica; en cambio, en otras personas logra un decaimiento total, buscando distintas formas de actuar, (Díaz R. 2007).

El número de personas que en el mundo rebasa la edad de 60 años, aumentó en el siglo XX de 400 millones en la década del 50, a 700 millones en la década del 90; estimándose que para el año 2025 existirán alrededor de 1 200 millones de ancianos. También se ha incrementado el grupo de los "muy viejos", o sea los mayores de 80 años de edad, que en los próximos 30 años constituirán el 30 % de los adultos mayores en los países desarrollados y el 12 % en los llamados en vías de desarrollo. El reto social que el proceso de transición demográfica representa para las naciones, se debe a las grandes necesidades que genera desde el punto de vista económico, biomédico y social. Su repercusión sobre el sistema de salud radica en que son los ancianos los mayores consumidores (relativos o absolutos) de medicamentos y servicios de salud. A nivel estatal representa un considerable aumento de los gastos para la Seguridad y la Asistencia Social. De la misma manera que el envejecimiento transforma sustancial y progresivamente la situación de salud individual, también influye sobre la estructura y la dinámica de la familia como célula básica de la sociedad, (Alonso P. 2013).

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. El envejecimiento de la población mundial en los países desarrollados y en desarrollo es un indicador de la mejora de la salud en el

mundo. El número de personas con 60 años o más en todo el mundo se ha duplicado desde 1980, y se prevé que alcance los 2000 millones de aquí al 2050, (OMS 2012).

Una visión positiva del envejecimiento de los humanos, es aquella que considera al proceso biológico de envejecimiento como un triunfo. Como la victoria de la resistencia y la voluntad de los seres humanos, ayudados por la ciencia y las nuevas tecnologías. Estos y otros factores generaron mayor bienestar; salvó a los seres humanos de todas las edades de muchas enfermedades y aumentó la esperanza de vida de mujeres y hombres. Sin embargo, el uso indiscriminado y sin control de materias primas por la gran industria contribuyó al deterioro del medio ambiente. Paralelamente con el desarrollo industrial, la población del mundo aumentó, con cambios en la estructura de la población, más evidente a partir de la segunda mitad del siglo XX, cuando se comienza a observar un incremento de los porcentajes de personas de 60 años o más. En 1950 el porcentaje de personas de 60 años o más era de 8%, llegando a 10% en el año 2000, previéndose que llegará a 21% en el 2050. En América Latina el 9% de la población tiene 60 años o más y para el 2050, uno de cada cinco latinoamericanos tendrá esa edad. Venezuela casi sextuplicó su población en los últimos cincuenta años, hasta los actuales 28 millones; cerca del 8% de ellos son mayores de 60 años. Estos cambios demográficos plantean la necesidad de reformas institucionales y la formulación de políticas de salud pública que respondan a las necesidades de esa población, (Osuna J. 2007).

El impacto psicológico que genera una enfermedad crónica en el ciclo vital de los pacientes, y en cierto modo, en el propio curso de la enfermedad, estará relacionado con el tipo de estrategia de afrontamiento frente los miedos, preocupaciones, recursos negativos, pensamientos y las sensaciones ante el tratamiento y en relación al futuro. Los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis sufren cambios psicológicos y sociales, en su estilo de vida y también en su vida espiritual, que no sólo le afecten a él, sino a toda su familia, (Gonzales Y. 2011).

Por lo tanto la pérdida de salud, se constituye como una crisis circunstancial y que no tiene que ver con el proceso natural de maduración de las personas, estas crisis son impredecibles y tienen poca o ninguna relación con la edad, o etapa de desarrollo, en consecuencia, pueden afectar a cualquiera en cualquier momento. Estas personas, en el

curso de la enfermedad, actúan con negación, aislamiento, cólera, regateo, depresión, aceptación; no necesariamente en ese orden, (Ramírez P. 2005).

Las características psicológicas de las personas con Insuficiencia Renal Crónica han resultado intrigantes para los profesionales de la nefrología e incluso para los familiares de los propios enfermos. Con frecuencia se escuchan expresiones con calificaciones negativas de su comportamiento, tales como: "...se comporta como un niño..." "...siempre está exigiendo...", "...piensa que nadie le comprende...", "...parece que solo existe su enfermedad...", o por el contrario expresiones positivas, indicadores de adaptación y ajuste a su situación: "...a pesar de su enfermedad sigue trabajando...", "...no permite que digamos que es un enfermo...", "...da ánimos a los demás...". Sin duda, cada persona responde de un modo diferente ante esta situación, con percepciones muy diferentes a las de los profesionales sanitarias o de los miembros de la familia, (Magas A. 2003).

Ante el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad crónica que modifica los proyectos y la calidad de vida de las personas, como es en el ingreso a diálisis. Habitualmente se pasa por varias etapas que reflejan los mecanismos de adaptación que se desarrollan y que son comunes frente a cualquier enfermedad. Estas dependen de una serie de variables del paciente como su educación, historia personal, creencias, valores, desarrollo espiritual. Todas ellas determinaran el comportamiento y participación en el tratamiento y rehabilitación posible, (Catoni M; et al. 2000).

Algunos al escuchar el diagnóstico tendrán una actitud de rechazo, de no creer y buscarán otras opiniones en la esperanza de que existe un error. La confirmación del diagnóstico y del tratamiento puede generar un periodo de rabia y rebeldía que en ocasiones se traduce en no querer hablar del tema con los familiares y/o amigos, y a veces también en no desear hacerse exámenes o continuar el tratamiento indicado. A esto puede seguir un periodo de desesperanza y depresión en que ya no desean participar en la terapia y tampoco muestran interés por la vida familiar, es como si de pronto se desencantaran de la vida. Finalmente, es posible lograr aceptación de esta nueva condición y asumir una actitud participativa y facilitadora de la terapia. No todos pasan por todas estas fases ni necesariamente en este orden, ya que depende de cada persona pero en algún momento de la evolución puede hacerse presente alguna de ellas, (Catoni M; et al. 2000).

La evolución de la IRA inexorablemente conlleva a insuficiencia renal crónica con deterioro de la función renal, y solo con sustitución de diálisis o trasplante renal, puede el paciente evitar la muerte, no hay más alternativas. El paciente debe comprender cuál es su situación en general. Se puede transmitir la información y pareciera que fuera suficiente. Sin embargo; hay situaciones clínicas en las que no se considera adecuado para un paciente iniciar un tratamiento con diálisis ya que este tratamiento exige mucho sacrificio cuando el beneficio esperable es de una vida corta y de mala calidad. Tradicionalmente, es el personal médico quien decide por el paciente, en su mejor interés sin duda en la mayoría de los casos. Esta actitud no se puede aceptar más aún si el paciente no puede decidir por sí solo, entonces la familia debe tomar la decisión. Para ello, se ha creado el concepto de voluntad anticipada, (Ramírez P. 2005).

La Enfermedad Renal Crónica es considerada como un desafío global que urgía que se fortalezcan las estrategias de prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento. Finalmente, se puede decir que la insuficiencia renal crónica, es siempre una enfermedad progresiva y uno de sus objetivos en su tratamiento es minimizar la velocidad de progresión así como identificar y corregir los factores de riesgo, entre ellos: el control de la presión arterial, niveles de glucosa en sangre, los niveles de lípidos en sangre, y mejorar la calidad de vida de las personas adultas que padecen esta enfermedad, (Gonzales A. 2008).

Con los datos antes mencionados esta patología, representa un impacto similar a una “epidemia” de la insuficiencia renal crónica en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS); en lo respecta al panorama epidemiológico mundial de la situación de la insuficiencia renal crónica, ha declarado que en el mundo hay aproximadamente 50 millones de personas con diabetes las cuales si no reciben un cuidado estricto de su padecimiento serán las que están llenando las unidades nefrológicas, que en el momento actual ya están resultando insuficientes para la atención de los pacientes diabéticos con enfermedad Renal, (Gonzales A. 2008).

En el Perú, la insuficiencia renal es reconocida como un problema de salud pública. Existen centros de salud que cuentan con la infraestructura necesaria para poder atender la creciente demanda de pacientes con insuficiencia renal, vale decir, la hemodiálisis y la diálisis peritoneal no son procedimientos generalizados como terapia de reemplazo renal. Según datos de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión Arterial,

tomados en 1996, en el territorio nacional existen 2,100 pacientes en tratamiento de hemodiálisis extracorpórea, 180 pacientes en diálisis peritoneal continúa ambulatoria (DPAC) y 20 pacientes con diálisis peritoneal intermitente (DPI). El 70% de estos procedimientos se realizan en Lima y el resto en otras ciudades del país. Estas cifras por supuesto, subestiman el número real de pacientes que necesitan de este tratamiento. Así, sólo la seguridad social, que comprende al 20% de la población, tiene cobertura en gran parte del país para hemodiálisis y cubre los costos derivados de ésta, mientras que el 80% restante pertenece al Ministerio de salud, en donde sólo algunos hospitales de Lima tienen infraestructura para diálisis (cuyo costo económico es asumido por el paciente), quedando el resto del país sin este servicio, (Meneses V; et al. 2003).

En la provincia de Jaén, en el hospital II Es Salud, en el año 2012 existieron 9 personas con diálisis peritoneal, en el 2013 fueron 12 personas con este tratamiento, y en la actualidad existen 11 personas que reciben tratamiento de diálisis peritoneal que están aseguradas y son pertenecientes al programa de diálisis peritoneal ambulatoria continua. Estas personas del mencionado programa en compañía de sus familiares, reciben sesiones mensuales por parte del profesional capacitado, orientadas a cómo adaptarse a este nuevo cambio de vida y a la expresión de sus sentimientos.

Bajo el contexto analizado, se hace prioritario conocer las vivencias del adulto y adulto mayor con diálisis peritoneal, frente a su enfermedad, con el objetivo de develar el fenómeno de las vivencias de las personas adultas y adultas mayores con tratamiento de diálisis peritoneal. Se aspira que los hallazgos de este trabajo de investigación, permitan implementar estrategias para brindar mayor calidad de cuidados de las personas adultas que padezcan la enfermedad de insuficiencia renal crónica. Del mismo modo permitirá diseñar un programa adecuado, de promoción de la salud culturalmente aceptable para nuestra realidad, priorizando y focalizando las intervenciones en personas que padezcan esta enfermedad. Este tipo de técnica cualitativa inducirá a la reflexión práctica, y si las enfermeras o enfermeros indagaran la vivencia subjetiva de los pacientes se dejara entender una de las dimensiones más importantes de la práctica, aquella que tiene que ver con las respuestas humanas del sujeto en el proceso salud-enfermedad y que remiten a la dimensión socio cultural de las prácticas de salud.

Capítulo II
MARCO TEÓRICO

BASE TEÓRICA

a) VIVENCIAS.

Es una experiencia que alguien vive y que de alguna manera entra a formar parte de su carácter. Las vivencias surgen en el interior de las personas al margen de distintos hechos acontecidos; para que un hombre experimente interiormente estas vivencias no necesita tomar consciencia de su existencia en la realidad ni comprender con su inteligencia su específico sentido; tampoco es relevante que estos hechos posean en algunos casos alguna importancia específica, en cambio en otras personas logra un decaimiento total, buscando distintas formas de actuar. Desde esta perspectiva, puede decirse entonces que en el interior del hombre tienen lugar tanto vivencias intencionales como vivencias no intencionales según establezca estas relaciones significativas con los objetos de la realidad que lo rodean o no sea así. Son todos los aspectos vividos por las personas adultas mayores que han sido víctimas del abandono por parte de sus familiares; sean éstas positivas y/o negativas que ellos mismos refieren acorde a su situación individual experimentada, (Díaz R. 2007).

a.1 Tipos de vivencias

Vivencias intencionales.- Se suscitan en el hombre por las distintas relaciones significativas conscientes, inteligentes y espirituales, que éste establece con los objetos de la realidad. Se trata de vivencias que de alguna manera exigen, para su surgimiento en el interior del hombre, la presencia intrínsecamente importante de los objetos de la realidad, esto es, de ciertos valores, como la verdad, el bien o la belleza. Ejemplos claros de vivencias intencionales aunque no los únicos, ciertamente son los sentimientos del hombre, como la alegría o la tristeza, por mencionar algunos. Alegría o tristeza son vivencias que surgen en el interior del hombre en razón de la consciencia que se tiene de ciertos hechos reales. Así, obtener una buena calificación en un examen, el nacimiento de un hijo, ganar un premio de la lotería, la titulación profesional de algún amigo, hace surgir en el interior del hombre la alegría. Por su parte, un accidente ocurrido a algún familiar, la pérdida irremediable de un objeto valioso, no haber podido superar el grado académico correspondiente, la muerte trágica de un ser querido, hacen surgir en el interior del hombre la tristeza, estas dos vivencias humanas son intencionales porque no surgen nunca en el interior del hombre sin la relación significativa con

estos hechos; implican, necesariamente, una toma de conciencia de estos hechos con el mismo espíritu y un acto de comprensión de su sentido por parte de la inteligencia. Estos hechos, a su vez, exigen tener como contenido una importancia intrínseca como fundamento de su sentido, en razón del cual no solamente surge la alegría en el interior del hombre sino también se convierte en el motivo razonable por el cual estas vivencias son positivas o negativas en la vida psíquica del hombre, (Díaz R. 2007).

Vivencias no intencionales.- Por su parte, no surgen en el hombre propiamente por las relaciones significativas que éste establece con los objetos de la realidad, sino que son causadas, provocadas, ocasionadas psíquicamente en él; en primer lugar. Por las distintas relaciones físicas que tienen lugar entre su ser y el ambiente que lo rodea, como los cambios de temperatura, las variaciones de calor o de humedad, la alteración de la luz y la oscuridad, la presencia de agentes irritantes para el hombre como el ruido, la polución o los estímulos visuales;; en segundo lugar, por determinadas circunstancias por las que atraviesa el hombre en algunos momentos de su vida, como el exceso de fatiga, la disminución de los momentos de reposo ya sea en su forma de sueño o de descanso, padecimientos de salud prolongados, comportamiento cada vez más sedentarios, alimentación inadecuada, abuso de agentes estimulantes como el café, el tabaco, el alcohol, las drogas, etc. Estas vivencias humanas son, en sentido estricto, inconscientes, no aplican la capacidad de comprender de la inteligencia y carecen de índole espiritual, pues más bien son de naturaleza psicofísica. No es nada extraño que estas vivencias estén actuando dentro del hombre mucho tiempo atrás al momento en que éste llega a conciencia de ellas como es el cansancio o que no pongan en juego la capacidad de conocer y comprender que tiene el hombre para poder surgir dentro de él como la irritabilidad, el malhumor o la melancolía. Para surgir dentro del hombre basta que cambie su situación corporal o su situación anímica que no descansa, por ejemplo, o no se alimente bien; y lo mismo para dejar de estar en él, (Díaz R. 2007).

b) INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

b.1. Definición:

Insuficiencia Renal Crónica (IRC) como la presencia de daño renal con una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anormalidades estructurales o funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular (TFG) a menos de 60ml/min/1.73m² (K/DOQI, 2002). La IRC es un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente lleva a un estado terminal, en el que el paciente requiere terapia de reemplazo renal (TRR), es decir diálisis o trasplante para poder vivir, (Venado A; et al. 2008).

b.2. Etiología y fisiopatología

Las causas de IRC se pueden agrupar en enfermedades vasculares, enfermedades glomerulares, túbulo intersticiales y uropatías obstructivas. Actualmente en nuestro país la etiología más frecuente es la diabetes mellitus, siendo responsable del 50% de los casos de enfermedad renal seguida por la hipertensión arterial y las glomerulonefritis. La enfermedad renal poliquística es la principal enfermedad congénita que causa IRC, (Venado A; et al. 2008).

b.3. Manifestaciones Clínicas

Un riñón con una Tasa de Filtración Glomerular (TFG) normal filtra una gran cantidad de sodio, el cual es reabsorbido en su mayoría, excretándose en orina menos del 1% de la fracción filtrada. Conforme disminuye la función renal, se presentan alteraciones del balance hidroelectrolítico que se traducen en retención de sal, disminución de la capacidad de concentrar la orina y posteriormente se ve afectada la capacidad de excretar agua en orina, disminuyendo el volumen urinario diario y reteniéndose agua, lo que lleva a edema manifestado por aumento de peso e incluso insuficiencia cardíaca y edema pulmonar, (Venado A; et al. 2008).

La disminución en la síntesis de eritropoyetina ocasiona anemia, que por lo general se observa cuando la Tasa de Filtración Glomerular (TFG) disminuye a menos de 30ml/min/1.73m². La anemia ocasiona un aumento del gasto cardíaco,

hipertrofia y dilatación de las cavidades cardíacas, angina, insuficiencia cardíaca, disminución de la concentración y agilidad mental, alteración del ciclo menstrual y del estado inmunológico, (Venado A; et al. 2008).

La uremia produce disfunción plaquetaria manifestada como diátesis hemorrágica. Los pacientes de IRC también presentan acidosis, hiperglucemia, malnutrición y aumento de la osmolaridad sérica. Otra de las complicaciones de la uremia es una leve intolerancia a carbohidratos. En las mujeres con IRC es común la amenorrea y la incapacidad de llevar un embarazo a término, (Venado A; et al. 2008).

b.4. Evaluación de la Insuficiencia Renal Crónica

La proteinuria es un marcador de la progresión de la enfermedad renal. Un individuo sano normalmente excreta una cantidad de proteínas mínima en orina < 150 mg al día. La pérdida de proteínas en orina es detectable mediante las tiras reactivas cuando es mayor o igual a 300mg/L o 300 mg de albúmina/g creatinina, lo que se conoce como micro albuminuria, la cual ya no es detectable en tiras reactivas. Tanto el micro como macro albuminuria son marcadores de riesgo de progresión de la enfermedad renal, especialmente en diabéticos, e indican un mayor riesgo de muerte cardiovascular, (Venado A; et al. 2008).

La IRC se divide en cinco estadios según la Tasa de Filtración Glomerular (TFG) y la evidencia de daño renal:

- ✓ **El estadio 1.-** Se caracteriza por la presencia de daño renal con TFG normal o aumentada, es decir mayor o igual 90ml/min/1.73m². Por lo general la enfermedad es asintomática.
- ✓ **El estadio 2.-** Se establece por la presencia de daño renal asociada con una ligera disminución de la TFG entre 89 y 60 ml/min/1.73m². Usualmente el paciente no presenta síntomas y el diagnóstico se realiza de manera incidental.
- ✓ **El estadio 3.-** Es una disminución moderada de la TFG entre 30 y 59 ml/min/1.73m². Se ha dividido el estadio 3 en dos etapas.
 - La etapa temprana, estadio 3a: pacientes con TFG entre 59 y 45 ml/min/1.73m².

- La etapa tardía, estadio 3b: con TFG entre 44 y 30 ml/min/1.73m². Al disminuir la función renal, se acumulan sustancias tóxicas en el torrente sanguíneo que ocasionan uremia. Los pacientes comúnmente presentan síntomas y complicaciones típicas de la como hipertensión, anemia y alteraciones del metabolismo óseo. Algunos de los síntomas incluyen fatiga relacionada con la anemia, edema por retención de agua corporal, dificultad para conciliar el sueño debido a prurito y calambres musculares, cambios en la frecuencia urinaria, espuma cuando hay proteinuria y coloración oscura que refleja hematuria. Se aumentan los riesgos de enfermedad cardiovascular.
- ✓ **El estadio 4.-** Se refiere a daño renal avanzado con una disminución grave de la TFG entre 15 y 30 ml/min/1.73m². Los pacientes tienen un alto riesgo de progresión al estadio 5 y de complicaciones cardiovasculares. A los síntomas iniciales del estadio anterior se agregan náusea, sabor metálico, aliento urémico, anorexia, dificultad para concentrarse y alteraciones nerviosas como entumecimiento u hormigueo de las extremidades.
- ✓ **El estadio 5 o insuficiencia renal crónica terminal.-** la TFG cae por debajo de 15 ml/min/1.73m². En este estadio el tratamiento sustitutivo es requerido, (Venado A; et al. 2008).

b.5. TRATAMIENTO

✓ **DIALISIS**

La diálisis peritoneal es un procedimiento que permite retirar del cuerpo el agua y los desechos que se acumulan debido a la enfermedad renal, empleando el peritoneo como membrana de limpieza.

La diálisis se realiza dentro del cuerpo usando la membrana peritoneal. Esta membrana se encuentra dentro de la cavidad abdominal, cubriendo muchos de los órganos alojados allí.

A la mayoría de los pacientes con insuficiencia renal les son igualmente útiles la hemodiálisis y la diálisis peritoneal. Pero hay algunos pacientes que presentan enfermedades o condiciones que hacen más útil alguna de estas terapias, (Ramírez M. 1998).

La hemodiálisis es más útil en:

- Paciente que han sido sometidos a varias cirugías abdominales, pues la membrana peritoneal es menos permeable.
- Pacientes que no desean realizar ellos mismos el procedimiento o depender de un familiar que lo realice.
- Pacientes que no tienen condiciones físicas o psíquicas para realizar ellos mismos el procedimiento, (Ramírez M. 1998).

La diálisis peritoneal es más útil en:

- Pacientes con enfermedad cardíaca avanzada, con accesos vasculares difíciles o que no pueden recibir anticoagulantes.
- Pacientes que viven en zonas apartadas, que deben viajar frecuentemente o que realizan un trabajo con horario y/o localización variable.
- Pacientes que cuentan con las condiciones físicas y psíquicas como para realizar ellos mismos el procedimiento o que cuentan con un familiar que pueda realizarlo, (Ramírez M. 1998).

✓ **DIÁLISIS PERITONEAL**

En la diálisis peritoneal, la superficie del peritoneo, que totaliza unos 22,000 cm² actúa como superficie de difusión. Se introduce un líquido de diálisis estéril apropiado (dializado) en la cavidad peritoneal o intervalos. La urea y la creatinina, que son productos terminales del metabolismo que normalmente excretan los riñones, se extraen (depuran) de la sangre durante la diálisis peritoneal. Con el desarrollo de catéteres de silicona no irritantes y el mejoramiento de las soluciones de diálisis que se expenden en el comercio, la diálisis peritoneal se ha vuelto más simple, puede ser intermitente (varias veces por semana, cada una con duración de 6 a 8 horas) o continua, (Ramírez M. 1998).

• **Procedimiento.**

Para realizar la diálisis peritoneal se inserta por medio de un procedimiento quirúrgico simple un catéter en el abdomen, el que queda fijo a la pared

abdominal. Por el catéter se pasa un líquido (solución dializante) hacia la cavidad abdominal. Los productos de desecho y el agua pasan desde la sangre hacia la solución dializante, a través de la membrana peritoneal. La solución dializante cargada de desechos, es sacada de la cavidad abdominal y reemplazada por solución fresca, normalmente cuatro veces al día. Los cambios de solución dializante los realiza el mismo paciente en su hogar o en el trabajo. Para esto se requiere un período de instrucción previo, (Ramírez M. 1998).

Consiste en 3 etapas:

- ° **Llenar.-** El paciente puede leer o mirar televisión mientras se realiza el proceso de drenar o llenar el peritoneo.
- ° **Permanencia.-** Se pueden llevar a cabo las actividades normales hasta el próximo cambio (4 a 6 horas).
- ° **Drenar.-** El líquido que ha permanecido varias horas en el peritoneo se drena por caída libre.
- ° **Técnica de introducción del catéter rígido de Diálisis Peritoneal.-** El medico suele introducir el catéter con el paciente en la cama, se hace una incisión pequeña o punción en el abdomen inferior, unos tres a cinco centímetros por debajo del ombligo, se emplea un tocar para puncionar el peritoneo.

El catéter se introduce por el tocar hasta su posición, el líquido de diálisis, preparado con anterioridad, se infiltra en la cavidad peritoneal previo desplazamiento del epiplón (repliegue del peritoneo que recubre los órganos abdominales). Se permite que el dializado fluya con libertad hacia la cavidad peritoneal, y el líquido permanece ahí, para que ocurran difusión y osmosis, (Ramírez, M., 1998).

Al término de éste, se interrumpe la oclusión del tubo de drenaje y se drena la cavidad peritoneal por gravedad. El líquido drenado ha de ser incoloro o de color paja; no debe ser turbulento, ni tampoco haber drenaje sanguinolento después de los primeros intercambios, (Ramírez, M., 1998).

- **Principios de la Diálisis Peritoneal.**

Se infunden unos dos litros de solución estéril de diálisis (dializado) en la cavidad abdominal mediante un catéter, donde fluye por gravedad. El líquido entra en contacto con los vasos sanguíneos de la cavidad que sirve como membrana de diálisis. Los desechos tóxicos y el exceso de líquido salen de la sangre por difusión y ósmosis a través de la cavidad peritoneal durante el tiempo de permanencia, o sea el periodo que permanece el líquido en la cavidad abdominal antes de drenarlo. Al término de este lapso, se permite que la solución drene de la cavidad abdominal y se desecha. Acto seguido, se agrega un nuevo recipiente de dializado y se perfunde. El intercambio (perfusión, tiempo de permanencia y drenaje) puede variar desde menos de una hora (tiempo indicado en pacientes graves) hasta muchas horas (por ejemplo de la noche a la mañana o a lo largo del día en la diálisis peritoneal continua ambulatoria o cíclica), (Ramírez, M., 1998).

- **Objetivos e indicaciones de la diálisis peritoneal**

La diálisis emplea en pacientes con insuficiencia renal para eliminar sustancias tóxicas y desechos corporales que excretan los riñones sanos, así como el tratamiento de sujetos con edema rebelde (que no corresponde al tratamiento), coma hepático, hiperpotasemia, hipertensión arterial y uremia. Las indicaciones principales de la diálisis urgente son la hiperpotasemia creciente, sobre carga hídrica (o edema pulmonar inminente), acidosis intensa, pericarditis y confusión mental grave. (Ramírez, M., 1998).

Los objetivos de este método son ayudar en la eliminación de sustancias tóxicas y desecho metabólicos, restablecer el balance hídrico mediante eliminación del exceso de líquido y restaurar el equilibrio electrolítico, (Ramírez, M., 1998).

- **Contraindicaciones**

Entre se incluyen la depuración deficiente de solutos por adherencias resultantes de operaciones previas o enfermedades inflamatorias generales. La dorsalgia crónica, la presencia de colostomía, ileostomía, nefrectomía ya que suelen aumentar el riesgo de peritonitis, (Ramírez, M., 1998).

- **Complicaciones**

La diálisis peritoneal continúa ambulatoria no está exenta de complicaciones. La mayor parte son de importancia secundaria, aunque los hay que, en caso de no ser atendidas, tienen consecuencias graves para el paciente, como: peritonitis, fugas, hemorragia, hernias abdominales, dorsalgia, anorexia, etc, (Ramírez, M., 1998).

c) COMO ABORDAR CON EL PACIENTE LAS INDICACIONES DEL TRATAMIENTO CON DIALISIS

La evolución de la IRC es inexorablemente a insuficiencia renal crónica, llegando a un determinado deterioro de la función renal menos de 15 GFR, solo con sustitución de diálisis o trasplante, puede el paciente evitar la muerte, no hay más alternativas. El paciente debe comprender cuál es su situación en general. Se puede transmitir la información y pareciera que fuera suficiente.

Sin embargo hay situaciones clínicas en las que no se considera adecuado para un paciente iniciar un tratamiento con diálisis ya que este tratamiento exige mucho sacrificio cuando el beneficio esperable es de una vida corta y de mala calidad.

Tradicionalmente la clase médica ha decidido por el paciente, en su mejor interés sin duda en la mayoría de los casos (paternalismo). Esta actitud no se puede aceptar más si el paciente no puede decidir debe ser la familia. Para ello se ha creado el concepto de voluntad anticipada.

Hay que informar ampliamente al paciente o en su caso a la familia con términos que puedan comprender sobre el tratamiento, consecuencias y pronóstico. Para que puedan tomar una decisión sabiendo las implicaciones futuras de esta decisión.

La información con frecuencia es difícil exige mucho tiempo, usualmente varias entrevistas las diferencias culturales se presentan en toda su extensión. El paciente tiene todo el derecho, con o sin explicaciones a cambiar de criterio cuando lo considere oportuno

La mirada del tratamiento debería ser exclusivamente para el bienestar del paciente y aceptando que solo él sabe cuál es su calidad de vida y si quiere seguir viviendo en esas circunstancias.

Con el fin de establecer un futuro objetivo y planear un tratamiento prolongado eficaz es preciso estar atento a una serie de premisas. Adecuadamente establecidas y aceptadas por el paciente. Esto sería un buen comienzo porque en la mayoría de los casos va a ser un tratamiento, de por vida que compartirán, el paciente familiares, y profesionales, (Ramírez P. 2005).

❖ **Siete recomendaciones al personal:**

- ✓ Empezar el tratamiento con pronóstico realista.
- ✓ Establecer expectativas Razonables.
- ✓ Permitir y estimular la colaboración.
- ✓ Trabajar para resolver problemas.
- ✓ Evitar implicaciones personales.
- ✓ Requerir disciplina al paciente.
- ✓ Establecer y mantener reglas, (Ramírez P. 2005).

❖ **Intervención con el paciente en diálisis y su familia:**

La información en sentido integral es un aspecto importante y constituye un elemento fundamental para generar esperanza, realismo y percepción de control. Una visión integral de la información de la enfermedad renal, implica no solo la información acerca del diagnóstico y su tratamiento y pronóstico, si no también información acerca del impacto que la enfermedad puede producir en el paciente y en la familia, (Ramírez P. 2005).

Manejo de emociones, conocer acerca de la enfermedad de sus síntomas como su manejo y su capacitación previsiones sobre el futuro, de la posibilidad de participar en la toma de decisiones, mantener contacto estrecho entre los profesionales de salud, los pacientes, el cuidador principal y familiares. La adquisición de información es un mecanismo importante de afrontamiento del estrés. Esto ayuda a la disminución de la incertidumbre, respecto a la enfermedad y como enfrentarla y la posibilidad de tomar el control de los acontecimientos dar a los enfermos y cuidadores la percepción de control. El control percibido por los cuidadores reduce la respuesta del estrés fundamentalmente por la ganancia de información y la

respuesta anticipatoria a cualquier contratiempo y esto les brinda mayor seguridad, (Ramírez P. 2005).

❖ **Crisis relacionada con alteración en la salud física:**

La pérdida de la salud se constituye como una crisis circunstancial y que no tiene que ver con el proceso natural, de maduración de las persona, estas crisis son impredecibles y tienen poca o ninguna relación con la edad, o etapa de desarrollo en consecuencia pueden afectar a cualquiera en cualquier momento.

- ✓ **Negación y aislamiento.-** La persona niega que lo que está sucediendo es real.
- ✓ **Cólera.-** Se expresa por la impotencia ante la enfermedad, o la muerte próxima esta fase está acompañada de sentimientos de molestia culpa, envidia conductas agresivas.
- ✓ **Regateo.-** Es un intento por posponer la muerte, se hace un trato con DIOS donde hay ofrecimientos y premios de por medio.
- ✓ **Depresión.-** Ocurre cuando la persona enfrenta la pérdida de su salud y lo que ello implica, es decir, su independencia, actividades inconclusas, y por todo lo que conforma, su diario vivir. La depresión es una forma realista de enfrentar la verdad, para unos se expresa en llanto, y desesperación, para otros un dolor callado y sordo.
- ✓ **Aceptación.-** Por lo general en esta fase la persona se encuentra muy cansada y débil se observa en la persona calma física y espiritual, (Ramírez P. 2005).

NO todas las personas que se presentan con procesos de salud experimentan estas fases en su totalidad o en el mismo orden algunas viven en repetidas ocasiones varios estadios o no experimentan alguno. A pesar de que estas fases son descritas solo por las personas que tienen la enfermedad. Los miembros de la familia también experimentan el proceso del duelo y aunque de forma diferente, sufren y comparten el dolor con su ser querido, (Ramírez P. 2005).

Cuando la persona enferma y su familia recibe información cargada de emoción como son las noticias de un diagnóstico, tratamiento o pronóstico, suelen estar muy ansiosos, y por lo tanto menos capaces de tomar decisiones adecuadas y resolver sus problemas con coherencia, (Ramírez P. 2005).

Las personas que experimentan crisis por alteración de salud, así como por el tratamiento específicamente, los que sufren de insuficiencia renal y deben ser sometidos a tratamientos sustitutivos, como el tratamiento de Diálisis o Hemodiálisis ya sea en el hospital o en casa, deben tolerar algunas tensiones psicológicas, como son los conflictos entre las necesidades de dependencia VS independencia, una relación con un objeto inanimado (dializador) ambivalencia entre la vida y la muerte y los conflictos interpersonales relacionados con el personal de la unidad de diálisis, el cónyuge u otros familiares del paciente sin olvidar los problemas económicos, (Ramírez P. 2005).

Para una buena intervención en el proceso de la crisis es útil considerar que la persona es como un sistema conformado de varios subsistemas. Podemos entonces considerar a una persona como un sistema cuyo funcionamiento básico incluye cinco subsistemas.

- ✓ **Conductual:** Patrones de trabajo, juego, ocio, dieta, hábitos de alimentación, conducta sexual, hábitos de sueño, presencia suicidio, conductas agresivas etc.
- ✓ **Afectivo:** Sentimientos sobre cualquiera de las conductas expresadas anteriormente, sentimientos como ansiedad, cólera, depresión, tristeza, confusión, preocupación, miedo, etc. La capacidad para enfrentar las circunstancias de la vida.
- ✓ **Somático:** Funcionamiento general, salud, dolores de cabeza, y cualquier otro malestar somático.
- ✓ **Interpersonal:** Naturaleza de las relaciones familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo frecuencia con las que cultiva sus relaciones.
- ✓ **Cognoscitivo:** Día normal y sueño de noche, imágenes mentales sobre el pasado y el futuro autoimagen, objetivos en la vida y razones para su validez filosofía de vida, delirios, alucinaciones, ideación paranoide, actitudes generales (positivas o negativas) hacia la vida, (Ramírez P. 2005).

d) CUIDADOS PALIATIVOS

Los cuidados paliativos tienen los siguientes objetivos:

- ✓ Reafirmar la importancia de la vida, considerar a la muerte como un proceso normal.
- ✓ Establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la prorrogue.
- ✓ Proporcionar alivio al dolor y de otros síntomas molestos.
- ✓ Integrar los aspectos psicológicos y espirituales del enfermo.
- ✓ Ofrecer un sistema de apoyo a los enfermos y a su familia para que puedan tener una vida lo más activa posible hasta que sobrevenga la muerte. Ofrecer un sistema de apoyo a la familia para que puedan enfrentar la enfermedad y sobrellevar el duelo trabajando siempre en esta triada (familia, paciente y equipo de salud), (Ramírez P. 2005).

❖ Los cuidados paliativos :

Suponen un redescubrimiento de viejas verdades, una profundización en el imprescindible componente humanístico de la medicina.

La combinación de sensibilidad, compasión, motivación y actitud. Existen dos momentos de alto estrés emocional en los enfermos de IRC, el momento del diagnóstico, el tratamiento, y el segundo en la fase terminal de la enfermedad.

Mientras persista el sufrimiento de miles de seres humanos moribundos. Podemos hacernos esta pregunta ¿es posible un auténtico progreso sin cuidados paliativos?, lejos de la creencia tan común todavía en los medios profesionales del sector salud, de que en la proximidad de la muerte no se puede hacer nada es preciso tomar conciencia de que el deber profesional va más allá de intentar una curación, por lo cual cuando esto no sea posible se deberá enfatizar todos los aspectos de cuidar tanto a nivel de los síntomas físicos como todas aquellas otras situaciones que afectan al enfermo y su familia, (Ramírez P. 2005).

❖ **Intervención:**

El modo de intervención de un equipo depende de su estructura. La mayoría de los equipos evoluciona hacia un patrón de intervención flexible relacionado con la complejidad de los enfermos, con una intervención puntual de la evaluación de necesidades asumiendo la responsabilidad de la atención continuada del enfermo de una manera integral e integrada de la atención en la que no solo se realiza un diagnóstico y una prescripción, si no que incluye una evaluación interdisciplinaria de necesidades generales una propuesta terapéutica global (Fármacos, + medidas generales+ apoyo emocional +social y de la familia) compromiso de seguimiento y atención continuada. Los cuidados paliativos se conocen también como cuidados intensivos de confort, por que procuran facilitar todo lo que sea capaz el reducir o evitar el sufrimiento a través de medios preventivos, curativos o rehabilitadores todo esto buscando el mayor bienestar para el paciente el compromiso del equipo con el paciente y la familia se sustenta en el no abandono del caso bajo ninguna circunstancia y en su disponibilidad permanentemente, (Ramírez P. 2005).

❖ **Principios esenciales de los cuidados paliativos:**

- ✓ Dar atención global al paciente a través, de un equipo interdisciplinar, con una actitud activa y positiva, de los cuidados.
- ✓ Dar mucha importancia a la comunicación y al soporte emocional en las diversas etapas de adaptación a la enfermedad terminal.
- ✓ Controlar los síntomas comunes de la enfermedad, especialmente el dolor, si es posible con tratamientos curativos de apoyo y prevención.
- ✓ Reconocer al paciente y a la familia como una unidad.
- ✓ Respetar los valores, preferencias, y elecciones del paciente.
- ✓ Considerar siempre las necesidades globales del enfermo y aliviar su aislamiento, a través de ofrecerle seguridad de no abandono y mantenerlo informado
- ✓ Proporcionar acceso a cualquier tratamiento que de forma realista se espere que mejore la calidad de vida del paciente, incluidos los tratamientos alternativos, o no tradicionales

- ✓ Proporcionar acceso a los cuidados paliativos y a unidades de enfermos terminales
- ✓ Respetar el derecho a negarse a recibir tratamiento.
- ✓ Respetar la responsabilidad, profesional del médico, para interrumpir algún tratamiento cuando proceda, teniendo en cuenta las preferencias del paciente y de la familia.
- ✓ Reconocer las preocupaciones del cuidador y apoyarle en sus necesidades mediante diversos servicios de soporte.
- ✓ Ayudar a implementar el cuidado domiciliario.
- ✓ Promover acciones para que el enfermo muera en paz.
- ✓ Dar apoyo a la familia después de la muerte del paciente, (Ramírez P. 2005).

❖ **Las necesidades de los enfermos:**

- ✓ **Fisiológicas.**- Buen control sintomático.
- ✓ **Pertenencia.**- Estar en manos seguras, sentirse útil, no experimentar ser una carga.
- ✓ **Amor.**- Poder expresar afecto y recibirlo.
- ✓ **Comprensión.**- Explicación de los síntomas y la enfermedad, oportunidad de discutir el proceso de fallecer.
- ✓ **Aceptación.**- Cualquiera que sea su ánimo y sociabilidad.
- ✓ **Autoestima.**- Participar en la toma de decisiones sobre todo, cuando aumente su dependencia de otros, oportunidad de dar y recibir.
- ✓ **Espirituales.**- Búsqueda del significado y propósito de la vida deseo de reconciliación, perdón y afirmación de valores particulares y comunes.

Existen tres factores para atender con éxito las necesidades del enfermo.

- Explorar como percibe el paciente su enfermedad sus ideas y sentimientos sobre los problemas que tiene y sus expectativas.
- Procurar entender a la persona globalmente en el contexto que le rodea y el grado de soporte familiar con que cuenta.

- Encontrar juntos a través de una buena comunicación, cuáles son sus deseos, prioridades y objetivos del tratamiento y su posible participación, (Ramírez P. 2005).

Las complejas necesidades del enfermo y de su familia tienden a resolverse mejor por el trabajo en equipo Interdisciplinar. Es importante que entre todos ellos se hable un lenguaje común y que no exista una conspiración del silencio entre el paciente y la familia, (Ramírez P. 2005).

❖ **Comunicación:**

La enfermedad tiende a dejar sin protección al enfermo y a revelar más fácilmente sus puntos fuertes y débiles por lo que es primordial desarrollar una buena comunicación que permita saber más de sus síntomas y percibir sus preocupaciones, ya sea del diagnóstico del proceso de la enfermedad y sobre su tratamiento, (Ramírez P. 2005).

La falta de información es una fuente de ansiedad y estrés que altera al paciente, sobre el proceso del cuidado y evolución de la enfermedad, mientras que informarle adecuadamente mejorara el manejo psicológico y su calidad de vida. Para ello un acercamiento centrado en el paciente y basado en la escucha activa, la empatía, y la aceptación, con una respuesta apropiada a sus problemática, le permitirá al paciente tomar decisiones conjuntas, (Ramírez P. 2005).

Una buena comunicación refuerza el principio de autonomía, la autoestima, la seguridad, la búsqueda de ayuda realista la movilización de recursos y facilita la adaptación y colaboración del paciente disminuye la ansiedad en la familia y en el enfermo. Por esta razón es necesario que los profesionales no solo sean competentes para el diagnóstico y el tratamiento si no que aprendan a dar y a obtener información objetiva y que respete los valores de los pacientes y que les permita afrontar situaciones adversas, saber persuadir y negociar ante conflictos, y actuar como se debe ante los sentimientos de pérdida a los que se enfrenta por su enfermedad, (Ramírez P. 2005).



❖ **Que puede impedir la adaptación a la enfermedad:**

- ✓ La incertidumbre por falta de información o la conspiración del silencio entre el paciente, familiares y médico.
- ✓ Decirle que no hay nada más que pueda hacerse.
- ✓ Si el dolor y otros síntomas son olvidados.
- ✓ Si el paciente se siente solo y olvidado.
- ✓ Fomentar la sensación de pérdida de autonomía y de impotencia ante los hechos.
- ✓ Persistencia de sentimientos negativos, tales como ansiedad, el medio, depresión.
- ✓ Amenaza a la autoestima, procedente de los cambios corporales que se van produciendo por la enfermedad, (Ramírez P. 2005).

❖ **Como ayudar al enfermo en la adaptación de su enfermedad:**

- ✓ Conocer sus expectativas ante la vida y entender los valores y motivaciones que le pueden dar sentido en su vida.
- ✓ Tratar la depresión que es un problema grave en esta etapa.
- ✓ Averiguar qué es lo esencial para el paciente a fin de establecer objetivos, con metas realistas, combinadas con el interés y el apoyo del equipo de atención, pueden dar alivio hasta un 90% al paciente.
- ✓ Enfatizar y apoyar las oportunidades para el control personal, buscar su autonomía en la medida que le sea posible.
- ✓ La utilidad de la red de apoyo es evidente para el paciente, familia y cuidadores, incluso para el equipo.
- ✓ La percepción o no de este apoyo lleva por sí solo a un patrón de acompañamiento que disminuye o aumenta, el riesgo de empeorar y aceptar su tratamiento.
- ✓ Comunicarle esperanza.
- ✓ Permitir que el enfermo exprese sus sentimientos sean agradables o desagradables.
- ✓ Mantener una escucha empática.
- ✓ Reafirmar sus valores y experiencias.
- ✓ Exploras sus miedos y fantasías.

- ✓ No abandonarlo.
- ✓ No mentir ni hacer promesas que no se puedan cumplir.
- ✓ El control de sus síntomas físicos y psicológicos, solo cuando ellos son atendidos y controlados el propio ser humano puede enfrentar su propia experiencia de morir.
- ✓ Establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la prorrogue.
- ✓ Proporcionar alivio al dolor y de otros síntomas molestos.
- ✓ Integrar los aspectos psicológicos y espirituales del enfermo. (Ramírez P. 2005)

e) IMPORTANCIA DE UNA ADECUADA ALIMENTACIÓN EN LA ENFERMEDAD RENAL.

Los riñones son los encargados de eliminar las sustancias de desecho de la sangre y de regular los líquidos en nuestro organismo. En las enfermedades renales graves los riñones dejan de hacer estas funciones con normalidad, por lo que debemos controlar la ingestión de líquidos y de algunos alimentos. Modificar a alimentación, no solo es una recomendación saludable sino que junto con los medicamentos y la diálisis, es parte fundamental del tratamiento. La alimentación es vital para una correcta evolución de la enfermedad y para prevenir la aparición de otras enfermedades asociadas como la diabetes, la hipertensión, o la obesidad, (Patiño B. 2004).

La dieta para personas con IRC debe ser:

- ✓ Variada: que incluya alimentos de distintas clase con el fin de obtener todos los nutrientes necesarios para evitar la monotonía y el aburrimiento a la hora de comer.
- ✓ Equilibrada: que aporte una cantidad adecuada de cada uno de los nutrientes que forman los alimentos.
- ✓ Adecuada en energía: suficientes para cubrir las necesidades según sexo, edad, peso y actividad física.
- ✓ Ordenada: realizando cuatro a cinco comidas al día, sin saltarse ninguna, y no picando entre horas. no debemos estar muchas horas sin comer, (Patiño B. 2004).

Se debe poner atención en:

- ✓ Controlar la cantidad de proteínas: porque someter al riñón a excesivo trabajo, pero son necesarias para estar bien nutridos.
- ✓ Reducir el potasio: ya que si se acumula en la sangre se eleva el riesgo de presentar alteraciones del corazón.
- ✓ Reducir el fosforo: porque u nivel alto en la sangre a largo plazo afecta de forma importante a los huesos.
- ✓ Asegurarse el consumo de calcio y vitamina D: porque son indispensables para proteger los huesos.
- ✓ Controlar el aporte de sodio (sal) y líquidos: el sodio favorece la retención de líquidos que el riñón no puede eliminar, (Patiño B. 2004).

f) ADULTO.

En la mayoría de las culturas se considera como adulto a toda aquella persona que tiene más de 18 años. Aunque después de los 60 años de edad se les llame adultos mayores, senectud, ancianos o miembros de la Tercera Edad, y siguen siendo adultos, existen diferencias entre quienes son mayores de 18 y menores – promedios ambos – de 60. Como se sabe, la adultez no inicia ni termina exactamente en éstos límites cronológicos. Aportaciones de algunos estudiosos en el campo del Desarrollo Humano coinciden en afirmar que la edad adulta tiene sub etapas, como:

- ✓ Edad Adulto joven (entre los 20 y 35 años)
- ✓ Edad Adulto maduro (de los 35 a los 65 años)
- ✓ Edad Adulto mayor (después de los 65 años de edad), (Fernández N. 2001).

Adulto: El término hace referencia a un organismo a partir de la edad que alcanza la capacidad de reproducirse. El ser humano se dice que es adulto cuando ya ha dejado la infancia y la adolescencia para alcanzar su completo desarrollo físico, es una etapa de estabilidad relativa y de vigor físico. En gran parte del mundo una persona se considera mayor de edad y por lo tanto plenamente adulta a partir de los 20 y 40 años. Sus características manifiestan; descenso de habilidades sensoriales y capacidad física, periodo fructífero del trabajo profesional y creativo, tensiones del trabajo afectan bienestar físico y emocional. Se da una relativa estabilidad a nivel material y en el

campo de las relaciones sociales. Con la experiencia se logra una mayor integración del conocimiento. La eficiencia se relaciona con la experiencia. En la integración de la personalidad es menos vulnerable a las presiones externas, se saben manejar mejor. Después de los 30 empieza un ligero declive de las funciones físicas. Se mantienen en esta etapa los roles sociales y profesionales. Es un período especialmente propenso para echar la vista atrás y ver que ha sido de los sueños, ilusiones y proyectos anteriores. Se trata también de una etapa de gran productividad, especialmente en la esfera intelectual y artística, y es definitivo el periodo en el que se consigue la plena autorrealización, (Fernández N. 2001).

Adulto Mayor:

Se las llaman así a aquellas personas que alcanzan una edad en la que deben abandonar formalmente el trabajo, esto hace referencia a aquella parte de la población que ha dedicado su vida a trabajar y al cabo de un tiempo debe jubilarse (40 a 65 años). Los principales cambios físicos en esta Etapa son: La disminución en las habilidades sensoriales y la disminución en la psicomotricidad. Ha pasado a ser de un día a otro una persona improductiva. Hay que tener en cuenta también la evolución cultural y las nuevas ocupaciones de ocio, relación con los demás. La dependencia de la familia por carencia de ingresos económicos. Hoy entre los Adultos Mayores existen varios sin ingreso alguno y entre un 7 y un 8 por ciento de la población de Adultos Mayores está percibiendo el fondo de asistencia social. La jubilación no afecta igual al hombre que a la mujer; el hombre deja su actividad laboral y se convierte, de ordinario, en improductivo, inactivo: por el contrario la mujer sigue desarrollando sus actividades hasta que sus fuerzas físicas o su actividad mental se lo impidan, (Silva C. 1995).

■ Crecimiento y desarrollo físico:

Es una etapa donde se evidencia con claridad el proceso de envejecimiento. Proceso complejo, probablemente definido por una serie de sucesos que aún no han sido totalmente explicados, dentro de los que se describen errores o daños fortuitos del vivir o de sucesos de desarrollo programado y ordenado genéticamente. Sin embargo no podemos olvidar que todo este proceso este influido por el estilo de vida presente y pasado. Esto se manifiesta de diversas formas en la edad madura, por ejemplo:

Desgaste de los tejidos, dolor y molestias, baja necesidad de ingesta calórica, disminución de la fuerza, la rapidez de reacción y tiempo con que funcionaban habitualmente los músculos. Hay cambios en el sistema Tegumentario, la piel se hace más fina, pierde turgencia y elasticidad. Disminuye la velocidad de crecimiento del pelo, se puede adelgazar, aparecen canas, pierde brillo y firmeza. Aparecen unas pocas arrugas en la cara; las líneas de la risa surcan los extremos de los ojos. En el sistema óseo, comienzan a evidenciarse descalcificaciones. Se pierde progresivamente espacios ínter vertebral, observándose por ello una disminución en la estatura. En la mujer se presenta la menopausia y el climaterio en donde hay transformaciones biopsicosociales. Tal como el adulto joven, el medio, posee un pensamiento formal (Piaget). Sin embargo éste tiene una particularidad que determinaría cierto grado de rigidez haciéndole difícil enfrentar el cambio y la novedad de las diversas situaciones que vive. Es indudable que el Adulto Mayor busca refugio en la familia ante la disminución psíquica, orgánica y laboral que sufre, pero también es cierto que la ligazón afectiva que ha existido por nuestros mayores, la veneración de "los nietos por los abuelos" se va debilitando. Antes, la vida se desarrollaba en la casa paterna, y el padre era el jefe de la familia hasta su muerte; hoy el concepto de unidad familiar va desapareciendo, llegándose a la llamada separación de la generación, (Silva C. 1995).

▪ **Desarrollo afectivo:**

En esta etapa de la vida el adulto se replantea frente a lo vivido. Los posibles cambios que debe de enfrentar pueden afectar el matrimonio y la estructura familiar. Es una etapa importante en la que la relación con los hijos, los padres y de pareja deben de considerarse. Los hijos tratan de diferenciarse de los padres, comienzan a polarizarse y eso será difícil cuando el rol parental es rígido y no evoluciona. La madre debe aceptar el desarrollo de sus hijos hacia la individualidad y establecer una relación más distante y apoyadora. Esta relación se dificulta cuando la mujer ha formado su propia identidad en términos de su rol maternal, la mujer debe de redefinir su autoestima en función de los logros que los hijos alcanzan en esta etapa, (Silva C. 1995).

▪ **Desarrollo psicosocial:**

Según Erickson en la adultez media se presenta la generatividad v/s el estancamiento. La generatividad es posible cuando la persona logra darle un espacio a la generación que sigue, transformándose en un adulto medio que es capaz y sabe guiar al adolescente y adulto joven, así gana en virtud al preocuparse por otros y sentirse feliz por ello, si esto no ocurriese se produce el estancamiento y se da paso a la segunda adolescencia en donde se vuelve al egocentrismo y hedonismo e intenta vivir así todos los momentos que no realizó durante su adolescencia, (Silva C. 1995).

▪ **Desarrollo moral:**

El desarrollo moral del adulto se basa en las experiencias, lo que le permite por medio de las emociones evaluar y definir lo que es correcto y justo. Estas experiencias hacen que pueda ver mejor, moral y socialmente el punto de vista de los demás. Existen aspectos que facilitan el desarrollo moral, por ejemplo el confrontar valores en conflicto fuera del hogar (universidad y trabajo) y en el hogar respondiendo al bienestar de las personas a su cuidado, (Silva C. 1995).

g) TEORÍA Y/O MODELOS.

Teoría del autocuidado: Dorothea Orem

Orem desarrolla su teoría a partir de los 4 elementos paradigmáticos de la enfermería: Persona, entorno, salud, enfermería. La teoría general de Orem del déficit de autocuidado se configura a través de la suma de tres sub-teorías consideradas en conjunto y son: teoría del autocuidado, teoría del déficit del autocuidado y teoría de los sistemas. Es una acción adquirida, es decir; que es aprendido por una persona en su contexto sociocultural, la persona inicia una acción de manera voluntaria deliberadamente con el objetivo de mantener su vida, salud y el bienestar tanto suyo como de las personas que están bajo su responsabilidad, esta acción emana de una exigencia que es sentida por la persona u observada por otra, siendo necesario su compromiso, (Marriner A; et al. 1994).

Orem etiqueta su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el

cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría del déficit de autocuidado, qué explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que para que mantener para que se produzca la enfermería, (Marriner A; et al. 1994).

❖ **Teoría del autocuidado:**

El autocuidado es una necesidad humana que constituye toda acción que el ser humano realiza a través de sus valores, creencias, etc. con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar. Son acciones deliberadas que requieren de aprendizaje. Cuando la persona no puede por sí misma llevar a cabo estas acciones bien por limitación o por incapacidad se produce una situación de dependencia de los autocuidados, (Marriner A; et al. 1994).

❖ **Teoría del déficit de autocuidado:**

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativas a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completamente o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o desarrollo o del de las personas dependientes de ellos, (Marriner A; et al. 1994).

El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado; es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudaran a comprender el papel del paciente en el autocuidado, (Marriner A; et al. 1994).

El ser humano es un organismo biológico, psicológico, y en interacción con su medio, al que está sometido. Tiene la capacidad de crear, comunicar y realizar actividades beneficiosas para sí y para los demás. Así mismo esta teoría se asimila

mucho a la investigación donde explica el concepto de autocuidado como contribución constante del individuo a su propia existencia, "El autocuidado es una actividad aprendida por situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar", ya que se pudo evidenciar que el familiar cuidador principal, realiza su trabajo de manera voluntaria, buscando mejorar los estilos de vida, salud y el bienestar de la persona diabética, ya que muchas veces no cuentan con un servicio oportuno y eficiente para el fortalecimiento de la habilidad de cuidado en casa y el reconocimiento de la labor, (Marriner A; et al. 1994).

Capítulo III
INTERROGANTE Y OBJETIVO

LA INTERROGANTE

Con el fin de develar y generar aportes reales y efectivos sobre las vivencias de las personas adultas y adultas mayores con diálisis, se les preguntó: ¿Qué siente, ser una persona con diálisis peritoneal?

OBJETIVO

Develar el fenómeno de las vivencias de las personas adultas y adultas mayores con tratamiento de diálisis peritoneal. Hospital II, Es-Salud - Jaén, 2014.

Capítulo IV
TRAYECTORIA METODOLÒGICA

TRAYECTORIA METODOLÓGICA

A. ENFOQUE FENOMENOLÓGICO.

1. FENOMENOLOGÍA.

Las raíces de la fenomenología están situadas en la escuela de pensamiento filosófico creada por Husserl (1859- 1938) en los primeros años del siglo XX. Según Husserl, la tarea de la filosofía fenomenológica es constituir a la filosofía como una ciencia rigurosa, de acuerdo con el modelo de las ciencias físico-naturales del siglo XIX, pero diferenciándose de ésta por su carácter puramente contemplativo. Como diferencia fundamental de la investigación fenomenológica, frente a otras corrientes de investigación cualitativas, destaca el énfasis sobre lo individual y sobre la experiencia subjetiva: "La fenomenología es la investigación sistemática de la subjetividad", (Husserl, E. 1997).

El término fenomenológico proviene de la palabra griega "FAINOMENON", que deriva del verbo "FAINESTAI", que quiere decir "mostrarse a sí mismo". La fenomenología se ocupa de la conciencia con todas las formas de vivencias, actos y correlatos de los mismos, es una ciencia de esencias que pretende llegar a conocimientos esenciales sobre los hechos acontecidos. Edmund Husserl (1859-1938), como fundador de la escuela fenomenológica, se dio a la tarea de describir el método fenomenológico, donde busca descubrir el significado de los fenómenos humanamente vividos, a través del análisis de la descripción de los sujetos. El método fenomenológico explícitamente tiene en cuenta la participación del ser humano en una situación, para usar sus descripciones tanto escritas como orales como datos ingenuos. Es a través del análisis de las descripciones que se revela la naturaleza de un fenómeno y el significado de la experiencia aprendida por el sujeto, (Husserl, E. 1997).

2. MOMENTOS DE LA FENOMENOLOGÍA:

La trayectoria fenomenológica consiste en tres momentos.

Descripción Fenomenológica: Es el primer momento de la trayectoria fenomenológica, propuesto por Merleau-Ponty, constituye el resultado de una relación dialógica que se da en un sujeto con otro a través del discurso de los

participantes que representan las percepciones de la persona que definen la vivencia del fenómeno. El discurso representa la posibilidad de comprender lo aprendido a través de la intersubjetividad del sujeto. Son descripciones ingenuas, espontáneas, asimismo las instrucciones dadas a los sujetos al ser entrevistado sobre el fenómeno no pueden sugerir o indicar lo que se está indagando, pues no debe ser influenciado por sugerencias o indicaciones, (Husserl, E. 1997).

La reducción fenomenológica: Tiene por objetivo identificar los significados que le permiten comprender lo esencial del fenómeno en estudio a partir de los discursos de los sujetos.

Una técnica para la realización de la reducción fenomenológica es la llamada imaginativa, ésta solo se da cuando el investigador se coloca en el lugar del sujeto, consiste en rescatar la esencia de las afirmaciones espontáneas sin cambiar el sentido de lo expresado referente al fenómeno interrogado para lograr comprenderlo. El investigador procura colocarse en el lugar del sujeto y vivir la experiencia por él vivida, imaginando cada parte como si estuviera presente o ausente de ella, (Husserl, E. 1997).

Comprensión Fenomenológica: Consiste en interpretar lo expresado en los discursos, es develar los significados psicológicos presentes en las descripciones ingenuas, naturales y espontáneas de los participantes, se consigue a través del:

- ✓ **Análisis idiográfico:** o análisis psicológico individual. Este análisis se refiere al empleo de ideogramas o representaciones de ideas por medios de símbolos, los ideogramas expresan ideas, la finalidad de esta fase es la inteligibilidad que envuelve a la articulación y la expresión de las unidades estructurales de cada caso y las interrelaciones de los sujetos entre sí, (Husserl, E. 1997).
- ✓ **Análisis nomotético:** o análisis psicológico general. El término nomotético se deriva de “nomos” que significa uso de leyes, por lo tanto normatividad o generalidad, asumiendo un carácter de principio o de ley. Indica un movimiento de pasaje del nivel individual al general, es decir se mueve del aspecto psicológico individual hacia el psicológico general de manifestaciones del fenómeno, (Husserl, E. 1997).

B. RIGOR Y ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.

Según Noreña, A. et, al. (2011) para el rigor de la investigación se debe tener en cuenta:

- **La fiabilidad.-** son cualidades esenciales que deben tener las pruebas o los instrumentos de carácter científico para la recogida de datos, debido a que garantizan que los resultados que se presentan son merecedores de crédito y confianza. La fiabilidad se refiere a la posibilidad de replicar estudios, esto es, que un investigador emplee los mismos métodos o estrategias de recolección de datos que otro, y obtenga resultados similares. Este criterio asegura que los resultados representan algo verdadero e inequívoco, y que las respuestas que dan los participantes son independientes de las circunstancias de la investigación. En un estudio cualitativo la fiabilidad es un asunto complejo tanto por la naturaleza de los datos, del propio proceso de investigación y de la presentación de los resultados.
- **Validez.-** La validez concierne a la interpretación correcta de los resultados y se convierte en un soporte fundamental de las investigaciones cualitativas. El modo de recoger los datos, de llegar a captar los sucesos y las experiencias desde distintos puntos de vista, el poder analizar e interpretar la realidad a partir de un bagaje teórico y experiencial, el ser cuidadoso en revisar permanentemente los hallazgos, ofrece al investigador un rigor y una seguridad en sus resultados. La validez da cuenta del grado de fidelidad con que se muestra el fenómeno investigado y puede obtenerse a través de diferentes métodos, entre los más usuales se encuentran: la triangulación, la saturación y el contraste con otros investigadores. se dice que existe validez cuando hay un cuidado exhaustivo del proceso metodológico, de modo que la investigación se hace creíble.
- **Credibilidad o valor de la verdad.-** El criterio de credibilidad o valor de la verdad, también denominado como autenticidad, es un requisito importante debido a que permite evidenciar los fenómenos y las experiencias humanas, tal y como son percibidos por los sujetos. Se refiere a la aproximación que los resultados de una investigación deben tener en relación con el fenómeno observado, así el investigador evita realizar conjeturas a priori sobre la realidad estudiada. Este criterio se logra cuando los hallazgos son reconocidos como "reales" o "verdaderos" por las personas que participaron en el estudio. Una de las amenazas que puede afectar la credibilidad

del estudio cualitativo podría ser la cercana relación entre el investigador y el sujeto investigado, o incluso que el investigador llegue a convertirse en un nativo. Por tanto, una estrategia para afianzar la credibilidad es que el investigador describa e intérprete su propio comportamiento y experiencia en relación con los comportamientos y las experiencias de los sujetos que investiga.

- **Transferibilidad o aplicabilidad.-** La transferibilidad o aplicabilidad consiste en poder transferir los resultados de la investigación a otros contextos. Si se habla de transferibilidad se tiene en cuenta que los fenómenos estudiados están íntimamente vinculados a los momentos, a las situaciones del contexto y a los sujetos participantes de la investigación. La manera de lograr este criterio es a través de una descripción exhaustiva de las características del contexto en que se realiza la investigación y de los sujetos participantes. Dicha descripción servirá para realizar comparaciones y descubrir lo común y lo específico con otros estudios. De ahí se deriva la importancia de la aplicación del muestreo teórico o intencional que permite maximizar los objetos conceptuales que emergen del estudio e identificar factores comparables con otros contextos.
- **Dependencia o Consistencia.-** Conocido a su vez como replicabilidad, este criterio hace referencia a la estabilidad de los datos. En la investigación cualitativa, por su complejidad, la estabilidad de los datos no está asegurada, como tampoco es posible la replicabilidad exacta de un estudio realizado bajo este paradigma debido a la amplia diversidad de situaciones o realidades analizadas por el investigador. Sin embargo, a pesar de la variabilidad de los datos, el investigador debe procurar una relativa estabilidad en la información que recoge y analiza sin perder de vista que por la naturaleza de la investigación cualitativa siempre tendrá un cierto grado de inestabilidad. Para lograr la consistencia de los datos se emplean procedimientos específicos tales como: la triangulación de investigadores, de métodos y de resultados; el empleo de un evaluador externo, y la descripción detallada del proceso de recogida, análisis e interpretación de los datos; además, la estrategia de comparación constante que permite revisar y comparar los resultados emergentes con teorías previamente formuladas
- **Confirmabilidad o reflexividad.-** Denominado también neutralidad u objetividad, bajo este criterio los resultados de la investigación deben garantizar la

veracidad de las descripciones realizadas por los participantes. La confirmabilidad permite conocer el papel del investigador durante el trabajo de campo e identificar sus alcances y limitaciones para controlar los posibles juicios o críticas que suscita el fenómeno o los sujetos participantes. El investigador cualitativo tiene el compromiso ético de informar a los responsables de los sitios donde realizará su trabajo de campo y dentro del protocolo presentado al comité de investigación, qué actuaciones profesionales mantendrá durante la investigación. Así deja claro el papel que desempeñará durante las observaciones y en las interacciones con los participantes del estudio.

- **Relevancia.-** La relevancia permite evaluar el logro de los objetivos planteados en el proyecto y da cuenta de si finalmente se obtuvo un mejor conocimiento del fenómeno o hubo alguna repercusión positiva en el contexto estudiando, por ejemplo, un cambio en la actividad desarrollada o en las actuaciones de los sujetos participantes.

➤ **PRINCIPIOS BIOÉTICOS.**

Según Díaz, M., et, al. (2010)

El Principio de Autonomía, junto con los Principios de Beneficencia, no maleficencia y Justicia han ser los principios éticos en los que en la actualidad debe basarse toda relación asistencial. Estos Principios son los que deben utilizarse para discutir cuestiones bioéticas fundamentales.

- ✓ **El Principio de Autonomía:** hace referencia a la posibilidad del enfermo, si así lo desea, de tomar libremente decisiones referidas a su salud y posibles tratamientos. La relación actual ya no se basa en actitudes "paternalistas" donde se hacía lo mejor para el enfermo, pero solo desde la perspectiva del médico, sin tener en cuenta la opinión del enfermo o incluso contra su voluntad.

En la actualidad pretende marcar la relación asistencial entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Respetar la autonomía del paciente requiere de los profesionales una información clara, verídica y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente sobre su enfermedad, su evolución y el tratamiento que van a realizarle. El enfermo ha de argumentar su decisión de forma lógica y

continua en el tiempo. Ha de haber proporcionalidad entre su decisión y las consecuencias que de ella se derivan.

La expresión del Principio de Autonomía de los pacientes en las decisiones referidas a su tratamiento se plasma en:

- ✓ **El Consentimiento Informado (CI):** Es un proceso verbal por el que el paciente, una vez ha sido convenientemente informado por el médico responsable, accede a realizarse la intervención que éste le propone. Puede acompañarse de un documento que sirve de garantía de que el paciente ha recibido la información pertinente. Este documento nunca ha de sustituir la información verbal.

C. LA PREGUNTA ORIENTADORA.

Esta interrogante, expresa la inquietud por develar las vivencias de las personas adultas y adultas mayores con diálisis peritoneal del hospital II- Es Salud - Jaén, por lo que se le hizo la siguiente pregunta ¿Qué siente, ser una persona con diálisis peritoneal?

Se realizó la entrevista a diez personas adultas y adultas mayores, entre ellas mujeres y varones, que previamente habían aceptado participar en la investigación, al llegar a la octava entrevista se evidenció que empezaba a repetirse el contenido de los discursos, en ese momento la indagación del fenómeno en estudio había concluido por lo que se tomó la decisión de dar por terminada la recolección de datos; la entrevista se llevó a cabo en sus casas, para tener la seguridad de vivenciar sus sentimientos y pensamiento. Las descripciones obtenidas reflejan su mundo, su vida misma, los sentimientos mismos que estaban sin poder ser expresados.

Capítulo V

CONSTITUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

A. CONSTITUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

▪ Técnica.

La técnica empleada en la recolección de datos fue la entrevista a profundidad; siendo esta técnica apropiada e indicada cuando de respuestas individuales se trata, usándose para evaluar la comprensión, sentimientos, emociones, actitudes, prejuicios, expectativas, que no pueden ser obtenidos en las entrevistas estructuradas. Esta técnica consistió en realizar la pregunta orientadora que ayude a profundizar la respuesta, (Hernández, S. 2010).

Este estudio tuvo como sujetos a personas que se encuentran con tratamiento de diálisis peritoneal, primero se hizo una visita al seguro, al programa de diálisis peritoneal donde acuden estas personas, esto sirvió para conocer a estas personas y tener un vínculo de amistad y confianza; luego de conocer a estas personas se informó el propósito de la visita y cuál es el objetivo de la investigación, quedando en mutuo acuerdo con las personas participantes en realizar la entrevista en sus hogares. Al inicio del contacto se mantuvo una conversación previa explicando más detalladamente lo que se va ser, explicándole su derecho a participar o no, en forma voluntaria, luego se solicitó que lean el consentimiento informado y que lo firmen como muestra de su aprobación. Se solicitó el permiso para grabar los diálogos. Las entrevistas, conducidas según el abordaje fenomenológico, tuvieron como centro la siguiente cuestión orientadora ¿Qué siente, ser una persona con diálisis peritoneal? La entrevista no tuvo tiempo límite; este tiempo fue relacionado a la disposición de las personas para que describiesen su vivencia, desde una perspectiva fenomenológica.

Fueron realizadas diez entrevistas a personas de ambos sexos, al llegar a la octava entrevista empezaban a repetirse en contenido y es cuando se decidió que la indagación del fenómeno en estudio había concluido. La entrevista fenomenológica busca un lenguaje que sea un “dialogo original”; que sea un diálogo que posibilite la mediación con el otro y la comunicación con el mundo, yendo más allá de la suma de pensamientos e ideas, donde la actitud fundamental es la de “escuchar”. Los elementos para el análisis fueron emergiendo de los audios obtenidos en las entrevistas, procediéndose a la vista preliminar, con intención de tomar cada relato

familiar. Aquí, se consideran los aspectos de la comunicación no verbal, que son los elementos constituyentes del fenómeno estudiado, tales como postura, gestos, tono de voz, expresión facial y silencio.

DISCURSO I

¿Qué siente, ser una persona con diálisis peritoneal?

Bueno señorita, al inicio no sabía qué hacer⁽¹⁾, al enterarme de mi problema mi vida cambio totalmente⁽²⁾... no me sentía muy bien⁽³⁾, se me vino a la mente mi familia, mis hijos, el cómo tomarían este problema, si decidirían apoyarme o no, es por eso que en un principio no dije nada para evitar ser una carga para ellos⁽⁴⁾... con el tiempo mi familia se dio cuenta que no estaba bien, ya que iba solo a las sesiones de diálisis, se enojaron conmigo dijeron que soy un inconsciente, que como pude esconderles el problema de mi salud. Llore, no me sentía muy bien con lo que hice⁽⁵⁾, pero al final sentí todo el apoyo de parte de ellos⁽⁶⁾...Mmmm al principio no me sentía muy bien⁽⁷⁾, porque usted sabe que cuando alguna parte del cuerpo se enferma ya nada es igual, todo es difícil, tenemos que estar cuidándonos de todo, mi vida cambio⁽⁸⁾. Bueno a mí me diagnosticaron que estaba mal de mis riñones aquí en el seguro, y es aquí donde recibo el tratamiento, hay días que todo esto cansa⁽⁹⁾, siento que quiero renunciar y dejar todo⁽¹⁰⁾, el estrés se siente constantemente⁽¹¹⁾, y esto también afectaba a mis familiares.

¿Qué más?

Bueno yo soy de las personas que no me gusta estar mucho en el seguro⁽¹²⁾ y pasar horas allí esperando que terminen de dializarme es muy cansado y desesperante⁽¹³⁾, no veo la hora de salir e ir a mi casa... yyyyy jajaja creo que envés de curarme salía más enfermo, salía cansado, de mal humor, sin ganas de nada⁽¹⁴⁾. Hasta creo que mi mal humor era contagiosos porque mis hijo también estaban coléricos, todo les parecía mal, bueno pero había días que trataba de controlar mi enojo por estar enfermo para que mi familia no se estrese, claro que sentía impotencia de no poder hacer nada⁽¹⁵⁾ para que mi familia fuera la misma de antes...

¿Qué más?

Mmmmmm bueno tras iba pasando el tiempo ya me fui acostumbrando a ir a las sesiones de diálisis poco a poco acepte mi situación⁽¹⁶⁾ y la afronte con buena cara para bien de mi familia y la mía, cuando íbamos con mi familia a las reuniones en el seguro eso del programa de diálisis peritoneal al principio nos parecía una pérdida de tiempo pero esas charlas esos consejos que nos daban las enfermeras nos ayudó mucho para aceptar y

afrontar positivamente esta enfermedad, es así que ahora ya me siento más tranquilo ⁽¹⁷⁾, sobre todo con ganas de seguir adelante por mí y mi familia...

¿Qué más?

Bueno ahora solo me queda esperar la voluntad del señor ⁽¹⁸⁾ pero antes de su voluntad seguiré viviendo con ganas y disfrutando de mi familia...

¿Qué más?

Mmmmmm eso es todo señorita no sé qué más decir.

CUADRO DE ANÁLISIS IDIOGRÁFICO I

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
1. Al Inicio no sabía qué hacer. ⁽¹⁾	1. No sabía que hacer al inicio.
2. Mi vida cambio totalmente. ⁽²⁾	2. Su vida cambio totalmente.
3. No me sentía muy bien. ⁽³⁾	3. No se sentía muy bien.
4. No dije nada para evitar ser una carga para ellos. ⁽⁴⁾	4. No dijo nada para evitar ser una carga para ellos.
5. Llore, no me sentía muy bien con lo que hice. ⁽⁵⁾	5. Lloro y no se sintió muy bien con lo que hizo.
6. Al final sentí todo el apoyo de parte de ellos. ⁽⁶⁾	6. Sintió todo el apoyo de parte de ellos.
7. No me sentía muy bien. ⁽⁷⁾	7. No se sentía bien.
8. Mi vida cambio. ⁽⁸⁾	8. Su vida cambio.
9. Hay días que todo esto cansa ⁽⁹⁾	9. Hay días que todo le cansa.
10. Siento que quiero renunciar y dejar todo ⁽¹⁰⁾	10. Siente que quiere renunciar y dejarlo todo.
11. El estrés se siente constantemente ⁽¹¹⁾	11. Siente estrés constantemente.
12. No me gusta estar mucho en el seguro. ⁽¹²⁾	12. No le gusta estar mucho en el seguro.
13. Pasar horas allí esperando que terminen de dializarme es muy cansado y desesperante. ⁽¹³⁾	13. Pasaba horas allí esperando que terminen de dializarle le era muy cansado y desesperante.
14. Salía cansado, de mal humor, sin ganas de nada. ⁽¹⁴⁾	14. Salía cansado, de mal humor, sin ganas de nada.
15. Claro que sentía impotencia de no poder hacer nada. ⁽¹⁵⁾	15. Sentía impotencia de no poder hacer nada.
16. Poco a poco acepte mi situación. ⁽¹⁶⁾	16. Poco a poco acepto su situación.
17. Ahora ya me siento más tranquilo. ⁽¹⁷⁾	17. Ahora se siente más tranquilo.
18. Solo me queda esperar la voluntad del señor. ⁽¹⁸⁾	18. Solo le queda esperar la voluntad del señor.

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO I

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
a. No sabía que hacer al inicio ⁽¹⁾ .	a. No sabía que hacer al inicio.
b. Su vida cambio totalmente ⁽²⁾ . Su vida cambio ⁽⁸⁾ .	b. Su vida cambio totalmente.
c. No se sentía muy bien ⁽³⁾ . Lloro y no se sentía bien con lo que hizo ⁽⁵⁾ . No se sentía bien ⁽⁷⁾ .	c. No se sentía bien y lloro por lo que hizo.
d. No dijo nada para no ser una carga para ellos ⁽⁴⁾ .	d. No dijo nada para no ser una carga para ellos.
e. Sintió todo el apoyo de parte de ellos ⁽⁶⁾ .	e. Sintió todo el apoyo de parte de ellos.
f. Hay días que todo le cansa ⁽⁹⁾ . No le gusta estar mucho en el seguro ⁽¹²⁾ . Pasaba horas allí esperando que terminen de dializarle le era muy cansado y desesperante. ⁽¹³⁾ . Salía cansado, de mal humor, sin ganas de nada ⁽¹⁴⁾ .	f. No le gusta estar en el seguro, esperar horas para el tratamiento le cansa y desespera, salía cansado sin ganas de nada.
g. Siente que quiere renunciar y dejarlo todo. ⁽¹⁰⁾ .	g. Quiere renunciar y dejarlo todo.
h. Siente estrés constantemente ⁽¹¹⁾ .	h. Siente estrés constantemente.
i. Sentía impotencia de no poder hacer nada ⁽¹⁵⁾ .	i. Sentía impotencia de no poder hacer nada.
j. Poco a poco acepto su situación. ⁽¹⁶⁾ . Ahora se siente más tranquilo ⁽¹⁷⁾ .	j. Acepto su situación y ahora se siente tranquilo.
k. Le queda esperar la voluntad del señor ⁽¹⁸⁾ .	k. Le queda esperar la voluntad del señor.

ANÁLISIS IDIOGRÁFICO I

El discurso develó que la persona con diálisis peritoneal, no sabía que hacer al inicio y no dijo nada para no ser una carga para su familia, sintió que su vida cambió totalmente y no se sentía bien y lloró por lo que hizo; siente estrés, impotencia de no poder hacer nada porque no le gusta estar en el seguro, esperar horas para el tratamiento le cansa y desespera, salía cansado sin ganas de nada, queriendo renunciar y dejarlo todo, pero recibió todo el apoyo de parte de su familia y aceptó su situación, ahora se siente tranquilo, y solo espera la voluntad del señor.

DISCURSO II

¿Qué siente, ser una persona con diálisis peritoneal?

Bueno señorita le diré que yo era una persona muy sociable, alegre, me gustaba hacer bromas con mi familia y amigos. Bueno como toda persona adulta sufre de dolencias, no tome mucha importancia cuando recién estaba empezando con la enfermedad, así deje pasar los días pero cuando ya me dieron el diagnóstico y me explicaron cuál sería el tratamiento yo me derrumbe ⁽¹⁾, no sabía que decir ni que hacer ⁽²⁾, rechazaba todo ⁽³⁾, me sentía desahuciado ⁽⁴⁾, mi vida cambio totalmente, no volví a ser el mismo ⁽⁵⁾ desde aquel día, ya no reía mucho, no hacía mis bromas ⁽⁶⁾, mi vida dio un giro totalmente ⁽⁷⁾ ...para que decir que acepte todo así de fácil ... nada, tuvo que pasar tiempo y gracias a la insistencia de mi familia para iniciar el tratamiento lo acepte ⁽⁸⁾ sino hasta ahorita seguiría muy mal o peor aún ya hubiese muerto.....como ya te dije desde que el doctor me dijo que tengo ese problema, no lo acepte ⁽⁹⁾ y no hice caso a las indicaciones del doctor... jajajaja pero cuando vi la cosa seria, sentí mucho miedo ⁽¹⁰⁾ y fui a ver al doctor, y él me dijo que iniciara lo antes posible con la diálisis, me sentí horrible ⁽¹¹⁾, la primera vez que me dializaron me asuste ⁽¹²⁾, salí del seguro totalmente estresado ⁽¹³⁾, preocupado ⁽¹⁴⁾, y sin ganas de volver ⁽¹⁵⁾... jajajaja... parecía que hubiese estado en la casa del terror jajajaja... pero si, mi vida cambio totalmente ⁽¹⁶⁾...bueno al inicio es desesperante ⁽¹⁷⁾ pero ya tomas conciencia de que es para bien de uno mismo, piensas en tu familia, en los días que tienes por disfrutar bueno y esa aceptación es gracias a las charlas que recibimos en el seguro, al programa de diálisis peritoneal ahí nos hablan del cómo debemos cuidarnos uno mismo, de que el hecho que estemos enfermos no quiere decir que nuestros familiares lleven toda la carga, con esas charlas me sentí mucho mejor ⁽¹⁸⁾, volví como era antes no totalmente pero si como para reír a y hacer mis bromas... claro que no todos los días eran iguales porque también había días que no tenía ganas de hacer nada, salía cansado ⁽¹⁹⁾, y, me deprimía al imaginar que me faltan pocos días ⁽²⁰⁾.

¿Qué más?

...y así pues había momentos que ya no aguantaba, el solo acercarme al seguro y acordarme que me tenían que introducir una manguera y pasarme un líquido para poder vivir me ponía mal ⁽²¹⁾, de mal humor ⁽²²⁾, irritado ⁽²³⁾, hasta llegue al punto de discutir

con mi familia, era un ambiente de estrés, llegaba a casa, entraba en mi cuarto y me encerraba y solo dormía, no tenía ganas de hacer nada ⁽²⁴⁾, dormía y ya me pasaba la cólera y pensaba que soy un inconsciente... que mi familia me estaba apoyando muchísimo para salir adelante... creo que ya estaban acostumbrados que esté cambiando de humor rápidamente...

¿Qué más?

Al fin y al cabo si sentía que mi familia es mi apoyo, mis ganas de vivir ⁽²⁵⁾, y les agradezco mucho que soporten mis berrinches y es gracias a ellos que hoy me siento mejor ⁽²⁶⁾ y les agradezco todo su apoyo y gracias también a las enfermeras que asieron que acepte el diagnóstico y comprenda la importancia del tratamiento más que todo nos tienen paciencia.

¿Qué más?

... Mmmmm creo que eso es todo ya no sé qué más decirle...

CUADRO DE ANÁLISIS IDIOGRÁFICO II

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
1. Me dieron el diagnóstico y me explicaron cuál sería el tratamiento yo me derrumbe ⁽¹⁾	1. Le dieron el diagnóstico y le explicaron cuál sería el tratamiento y se derrumbó.
2. No sabía que decir ni que hacer ⁽²⁾	2. No sabía que decir ni que hacer.
3. Rechazaba todo ⁽³⁾	3. Rechazaba todo.
4. Me sentía desahuciado ⁽⁴⁾	4. Se sentía desahuciado
5. Mi vida cambio totalmente no volví a ser el mismo ⁽⁵⁾	5. Su vida cambio totalmente no volvió a ser el mismo.
6. Ya no reía mucho, no hacia mis bromas ⁽⁶⁾	6. No reía mucho, y ya no hacia sus bromas.
7. Mi vida dio un giro totalmente ⁽⁷⁾	7. Su vida dio un giro totalmente.

8. Gracias a la insistencia de mi familia para iniciar el tratamiento lo acepte ⁽⁸⁾	8. Gracias a la insistencia de su familia para iniciar el tratamiento, lo acepto.
9. Desde que el doctor me dijo que tengo ese problema, no lo acepte ⁽⁹⁾	9. Desde que el doctor le dijo que tiene ese problema, no lo acepto.
10. Sentí mucho miedo ⁽¹⁰⁾	10. Sentía mucho miedo.
11. Me sentí horrible ⁽¹¹⁾	11. Sentía horrible.
12. La primera vez que me dializaron me asuste ⁽¹²⁾	12. La primera vez que le dializaron se asustó.
13. Salí del seguro totalmente estresado ⁽¹³⁾	13. Salió del seguro totalmente estresado.
14. Preocupado ⁽¹⁴⁾	14. Se siente preocupado.
15. Sin ganas de volver ⁽¹⁵⁾	15. No siente ganas de volver.
16. Mi vida cambio totalmente ⁽¹⁶⁾	16. Su vida cambio totalmente.
17. Bueno al inicio es desesperante ⁽¹⁷⁾	17. Se sintió desesperado al inicio.
18. Con esas charlas me sentí mucho mejor ⁽¹⁸⁾	18. Se siente mucho mejor con las charlas.
19. También había días que no tenía ganas de hacer nada, salía cansado ⁽¹⁹⁾	19. Había días que no tenía ganas de hacer nada, salía cansado.
20. Me deprimía al imaginar que me faltan pocos días ⁽²⁰⁾	20. Se deprimió al imaginar, que le faltaban pocos días.
21. El solo acercarme al seguro y acordarme que me tenían que introducir una manguera y pasarme un líquido para poder vivir me ponía mal ⁽²¹⁾	21. Le ponía mal, el solo acercarse al seguro y acordarse que le tenían que introducir una manguera y pasarle un líquido para poder vivir.
22. De mal humor ⁽²²⁾	22. Se siente de mal humor.
23. Irritado ⁽²³⁾	23. Se siente irritado.

24. No tenía ganas de hacer nada ⁽²⁴⁾	24. No tiene ganas de hacer nada.
25. Sentía que mi familia es mi apoyo, mis ganas de vivir ⁽²⁵⁾	25. Siente que su familia es su apoyo, sus ganas de vivir.
26. Hoy me siento mejor ⁽²⁶⁾	26. Hoy se siente mejor.

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO II

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
a. Él se derrumbó, cuando le dieron el diagnóstico y le explicaron cuál sería su tratamiento ⁽¹⁾	a. Él se derrumbó, cuando le dieron el diagnóstico y le explicaron cuál sería su tratamiento
b. Su vida cambio totalmente no volvió a ser el mismo ⁽⁵⁾ . No reía mucho, y ya no hacia sus bromas ⁽⁶⁾ . Su vida dio un giro totalmente ⁽⁷⁾ . Su vida cambio totalmente ⁽¹⁶⁾	b. Su vida cambio totalmente, no volvió a ser el mismo, ya no ríe mucho y no hace sus bromas.
c. No sabía que decir ni que hacer. ⁽²⁾	d. No sabía que decir ni que hacer.
d. Rechazaba todo ⁽³⁾ . Desde que el doctor le dijo que tiene ese problema, no lo acepto ⁽⁹⁾ .	e. Desde que el Doctor le dijo que tiene ese problema no lo acepto, rechazaba todo.
e. Se sentía desahuciado ⁽⁴⁾ .	f. Se sentía desahuciado.
f. Gracias a la insistencia de su familia para iniciar el tratamiento, lo acepto ⁽⁸⁾ . Siente que su familia es su apoyo, sus ganas de vivir ⁽²⁴⁾ .	g. Siente que su familia es su apoyo y sus ganas de vivir y gracias a la insistencia de su familia acepto e inicio su tratamiento.
g. Siente mucho miedo ⁽¹⁰⁾ . La primera vez que le dializaron se asustó ⁽¹²⁾ .	h. Sentía mucho miedo, y se asustó la primera vez que le dializaron.

h. Se siente horrible ⁽¹¹⁾	i. Se sentía horrible.
i. Salió del seguro totalmente estresado ⁽¹³⁾ .	J. Salió del seguro totalmente estresado.
j. Se siente preocupado ⁽¹⁴⁾ .	k. Se siente preocupado.
k. No siente ganas de volver ⁽¹⁵⁾ .	l. No siente ganas de volver.
l. Se sintió desesperado al inicio ⁽¹⁷⁾ .	m. Se sintió desesperado al inicio.
m. Se sentía mucho mejor con las charlas ⁽¹⁸⁾ .	n. Se sentía mucho mejor con las charlas.
n. Había días que no tenía ganas de hacer nada, salía cansado ⁽¹⁹⁾ . No tiene ganas de hacer nada ⁽²⁴⁾ .	o. Había días que no tenía ganas de hacer nada, salía cansado, no tiene ganas de hacer nada.
o. Se deprimió al imaginar, que le faltaban pocos días ⁽²⁰⁾ .	p. Se deprimió al imaginar, que le faltaban pocos días.
p. Le ponía mal, el solo acercarse al seguro y acordarse que le tenían que introducir una manguera y pasarle un líquido para poder vivir ⁽²¹⁾ . Se siente de mal humor ⁽²²⁾ .	q. Se ponía de mal humor, el solo acercarse al seguro y acordarse que le tenían que introducir una manguera y pasarle un líquido para poder vivir.
q. Se sentía irritado ⁽²³⁾ .	r. Se sentía irritado.
r. Se sentía mejor ⁽²⁶⁾ .	s. Se sentía mejor.

ANÁLISIS IDIOGRÁFICO II

El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, se sentía desahuciado, derrumbado el solo pensar que le faltaban pocos días, cuando le dieron el diagnóstico y le explicaron cuál sería su tratamiento, siente que su vida cambio totalmente, no volvió a ser el mismo, ya no ríe y no hace sus bromas, Había días que no tenía ganas de hacer nada, salía cansado, no sabía que hacer no acepto su enfermedad lo rechazaba, sentía desesperación, miedo la primera vez que le dializaron, salió del seguro estresado, preocupado, sin ganas de volver, se ponía de mal humor, el solo acercarse al seguro y acordarse que le tenían que introducir una manguera y pasarle un líquido para poder vivir. Siente que su familia es sus ganas de vivir y gracias a la insistencia de su familia y el apoyo de las charla, acepto e inicio su tratamiento.

DISCURSO III

¿Qué siente, ser una persona con diálisis peritoneal?

Yo desde joven no lleva una vida saludable, siempre comía mal, tomaba, no hacía ejercicio como ahora nos recomienda el doctor, siempre sufría de dolor de cintura, me decían que era mis riñones pero no hacía caso, no iba al hospital, solo tomaba algo para el dolor y me calmaba, hasta que un día ya no aguantaba el dolor que mis hijos tuvieron que llevarme al seguro de emergencia, estuve ahí hasta que me saquen todos mis exámenes y me diga el doctor que tengo, yo me sentía muy mal ⁽¹⁾, sentía que ya no iba a salir vivo del seguro ⁽²⁾, sentía arrepentimiento de no haber llevado una vida sana, tranquila ⁽³⁾, mis hijos me miraban me decían papa vas a estar bien, pero sentía que les e defraudado, me sentía inútil ⁽⁴⁾, y sentí mucho más estrés cuando el doctor me dijo que cosa tengo ⁽⁵⁾... luego y me dijo que mis riñones están muy mal que ya no funcionan como debían, y que para que me recupere tenía que iniciar con un tratamiento que se llama diálisis peritoneal... la enfermera me explicó que debía hacer, bueno les explicó a mis hijos porque yo no quería saber nada ⁽⁶⁾, no podía creer que dependía de un tratamiento de no sé qué cosa, un tubo, no sé qué decía la enfermera, que también debería asistir al programa de diálisis peritoneal, que había en el seguro, dijo que ahí me ayudarían a superar el problema, en ese momento no quería saber de nada ⁽⁷⁾ sentía que mi vida acabo ⁽⁸⁾, sentía cólera ⁽⁹⁾, frustración ⁽¹⁰⁾, dolor ⁽¹¹⁾, angustia ⁽¹²⁾, hasta miedo de morir ⁽¹³⁾... me volví un gruñón, no salía de la casa para nada, me encerraba, me sentía inútil ⁽¹⁴⁾ no quería que mi familia me viera como un inútil... pero entendí que los lastimaba, yo mismo me lastimaba, así que decidí que empezaría con el tratamiento...

¿Qué más?

... al principio me fue difícil adaptarme, me sentía frustrado ⁽¹⁵⁾, es como estuvieras discapacitado, como si alguna parte de tu cuerpo faltara, pero gracias al apoyo del personal de salud entendí que no hay problema que no pueda solucionar... y gracias también a mi familia después de eso mis días fueron mejorando, accepte mi enfermedad ⁽¹⁶⁾ y creo que fue lo mejor porque me sentía más tranquilo, relajado ⁽¹⁷⁾, no sentía mucho estrés ⁽¹⁸⁾, la convivencia con mi familia era mejor...

¿Qué más?

... gracias al apoyo de mi familia y de las enfermeras mi vida tuvo sentido, me sentía apoyado ⁽¹⁹⁾, mi familia me consentía mucho, les agradezco a ellos por todo lo que hacen por mí, tener una familia así es bendición de Dios.

¿Qué más?

...Mmmmm nada más señorita más bien agradecer porque se preocupa por el sentimiento de estos pobres viejos... y cuando quiera estamos para servirle...

CUADRO DE ANÁLISIS IDIOGRÁFICO III

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
1. Yo me sentía muy mal ⁽¹⁾ .	1. Se siente muy mal.
2. Sentía que ya no iba a salir vivo del seguro ⁽²⁾ .	2. Él sentía que ya no iba a salir vivo del seguro.
3. Sentía arrepentimiento de no haber llevado una vida sana, tranquila ⁽³⁾ .	3. Siente arrepentimiento por no haber llevado una vida sana, tranquila.
4. Me sentía inútil ⁽⁴⁾ .	4. Se sentía inútil.
5. Sentí mucho más estrés cuando el doctor me dijo que cosa tengo ⁽⁵⁾ .	5. Sintió mucho más estrés cuando el doctor le dijo que cosa tenía.
6. No quería saber nada ⁽⁶⁾ .	6. Sentía que no quería saber nada.
7. No quería saber de nada ⁽⁷⁾ .	7. Sentía que no quería saber de nada.
8. Sentía que mi vida acabo ⁽⁸⁾ .	8. Siente que su vida acabó.
9. Sentía cólera ⁽⁹⁾ .	9. Siente cólera.
10. Frustración ⁽¹⁰⁾ .	10. Siente frustración.
11. Dolor ⁽¹¹⁾ .	11. Siente dolor.
12. Angustia ⁽¹²⁾ .	12. Siente angustia.

13. Hasta miedo de morir ⁽¹³⁾ .	13. Siente miedo de morir.
14. Me sentía inútil ⁽¹⁴⁾ .	14. Se siente inútil.
15. Me sentía frustrado ⁽¹⁵⁾	15. Se siente frustrado.
16. Acepte mi enfermedad ⁽¹⁶⁾ .	16. Acepto su enfermedad.
17. Me sentía más tranquilo, relajado ⁽¹⁷⁾ .	17. Se siente más tranquilo, relajado.
18. No sentía mucho estrés ⁽¹⁸⁾ .	18. No siente estrés.
19. Me sentía apoyado ⁽¹⁹⁾ .	19. Se siente apoyado.

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO III

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
a. Se siente muy mal ⁽¹⁾ .	a. Se siente muy mal.
b. Sintió que ya no iba a salir vivo del seguro ⁽²⁾ .	b. Sentía que ya no iba a salir vivo del seguro.
c. Sentía arrepentimiento de no haber llevado una vida sana, tranquila ⁽³⁾ .	c. Sentía arrepentimiento de no haber llevado una vida sana, tranquila.
d. Se siente inútil ⁽⁴⁾ . Se siente inútil ⁽¹⁴⁾ .	d. Se siente inútil.
e. Sintió estrés cuando el doctor le dijo lo que tenía ⁽⁵⁾ .	e. Sintió estrés cuando el doctor le dijo lo que tenía
f. Sentía que no quería saber nada ⁽⁶⁾ . Sentía que no quería saber de nada ⁽⁷⁾ .	f. Sentía que no quería saber nada
g. Siente que su vida acabo ⁽⁸⁾ .	g. Siente que su vida acabo
h. Siente cólera ⁽⁹⁾ .	h. Siente cólera
i. Siente frustración ⁽¹⁰⁾ . Se siente frustrado ⁽¹⁵⁾ .	i. Se siente frustrado
j. Siente dolor ⁽¹¹⁾ .	j. Siente dolor.

k. Siente angustia ⁽¹²⁾ .	k. Siente angustia.
l. Siente miedo de morir ⁽¹³⁾ .	l. Siente miedo de morir.
m. Se siente inútil ⁽¹⁴⁾ .	m. Se siente inútil
n. Acepto su enfermedad ⁽¹⁶⁾ .	n. Acepto su enfermedad
o. Se siente más tranquilo, relajado ⁽¹⁷⁾ .	o. Se siente más tranquilo, relajado
p. No siente estrés ⁽¹⁸⁾ .	p. No siente estrés.
q. Se siente apoyado ⁽¹⁹⁾ .	q. Se siente apoyado.

ANÁLISIS IDIOGRÁFICO III

El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, sintió estrés cuando el doctor le dijo lo que tenía, tuvo miedo de morir, sintió que su vida acaba, se arrepentimiento de no haber llevado una vida sana, tranquila. Sentía que ya no iba a salir vivo del seguro, no quería saber nada, se siente muy mal, inútil, tiene cólera, frustración, dolor, angustia. Pero sintiendo el apoyo familiar acepto su enfermedad y ahora se siente más tranquilo, relajado, no tiene mucho estrés.

DISCURSO IV

¿Qué siente, ser una persona con diálisis peritoneal?

Mire señorita, yo al principio no acepte lo que me dijo el doctor ⁽¹⁾, me puse llorar, no sabía qué hacer ⁽²⁾, no le dije a nadie de mi familia de mi enfermedad, no quería ser una carga para ellos por eso calle, pero luego me di cuenta que yo sola no podía con todo esto y decidí contarles a mi familia, primero le dije a mi hermana ya que ua ves me encontré triste, pensativo, se me fue difícil decirle pero perdí el miedo y le conté todo, de cómo me sentía ella me apoyo hasta me acompañó al seguro para mi tratamiento y también fuimos a las charlas que brindaba el programa de diálisis peritoneal... y ya pues luego toda mi familia se enteró e igual me apoyaron, al principio sentía miedo ⁽³⁾, me imaginaba que no me iba a recuperar, pero mis hijos y nietos con ayuda del internet me explicaron que no debía de preocuparme que todo iba a estar bien...

¿Qué más?

El estar en el seguro muchas horas me estresaba ⁽⁴⁾, salía de un humor de perros jajaja, que ni yo mismo me aguantaba todo era malo para mí, que había veces que hasta mi familia se estresaba y hasta llegue a pensar que se hartaron de mí, el pensar eso me hacía sentir una carga para ellos ⁽⁵⁾, sentía que tenía que irme de mi casa, una vez estaba por hacerlo pero mi hermana me hizo ver la realidad y que así como ellos me entendían yo también tenía que entenderlos...

¿Qué más?

Bueno esta enfermedad me estresa ⁽⁶⁾, me deprime ⁽⁷⁾, mi vida cambio totalmente ⁽⁸⁾, ya no soy el mismo con mi familia, con mis amigos pero poco a poco te vas acostumbrando y dejas los prejuicios de lado, es así como empezamos a llevar la fiesta en paz con mi familia.

CUADRO DE ANÁLISIS IDIOGRÁFICO IV

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
1. No acepte lo que me dijo el doctor. ⁽¹⁾	1. No acepto lo que le dijo el doctor.
2. No sabía qué hacer. ⁽²⁾	2. Sentía que no sabía qué hacer.
3. Al principio sentía miedo. ⁽³⁾	3. Sentía miedo al principio.
4. El estar en el seguro muchas horas me estresaba. ⁽⁴⁾	4. El estar en el seguro muchas horas le estresaba.
5. Me hacía sentir una carga para ellos. ⁽⁵⁾	5. Siente que es una carga para su familia.
6. Bueno esta enfermedad me estresa. ⁽⁶⁾	6. Siente que esta enfermedad le estresa.
7. Me deprime. ⁽⁷⁾	7. Se siente deprimido.
8. Mi vida cambio totalmente. ⁽⁸⁾	8. Siente que su vida cambio totalmente.

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO IV

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
a. No acepto lo que le dijo el doctor ⁽¹⁾ .	a. No acepto lo que le dijo el doctor.
b. Sentía que no sabía qué hacer ⁽²⁾ .	b. Sentía que no sabía qué hacer.
c. Sentía que tenía miedo ⁽³⁾ .	c. Sentía que tenía miedo.
d. El estar en el seguro muchas horas le estresaba ⁽⁴⁾ . Siente que esta enfermedad le estresa ⁽⁶⁾ .	d. Siente que la enfermedad lo estresa.
e. Siente que es una carga para su familia ⁽⁵⁾ .	e. Siente que es una carga para su familia.

f. Se siente deprimido ⁽⁷⁾ .	f. Se siente deprimido.
g. Siente que su vida cambio totalmente ⁽⁸⁾ .	g. Siente que su vida cambio totalmente.

ANÁLISIS IDIOGRÁFICO IV

El discurso develó que la persona con diálisis peritoneal, siente miedo, no acepto lo que le dijo el doctor, no sabe qué hacer; siente que su vida cambio, que es una carga para su familia., siente que la enfermedad lo estresa y lo deprime.

DISCURSO V

¿Qué siente, ser una persona con diálisis peritoneal?

Bueno la diálisis peritoneal para mí fue una experiencia bastante fea ⁽¹⁾, al principio pensé que no era grave me confié e iba al hospital cuando me acordaba, no le daba tanta importancia, cuando un día fui al hospital me encontré con otra persona que tenía la misma enfermedad que yo, y me conto que llevaba tiempos con ese tratamiento, que lo tomara en serio el tratamiento que luego me voy a empeorar y va a ser más peor, me puse a pensar que me iba a quedar sin riñones jajaja y me asuste ⁽²⁾ y empecé a ir al hospital con más frecuencia...

¿Qué más?

Tanto ir al hospital ya me creía un doctor jajaja, pero entendí que si tomas las cosas con calma y entiendes que todo está en tus manos todo depende de ti para salir adelante, y solucionar lo que te pasa, la ayuda de tu familia quieras o no quieras te ayuda mucho, sentir el apoyo de ellos te hace sentir que eres importante para ellos ⁽³⁾, sientes que puedes con todo... ⁽⁴⁾

¿Qué más?

... mmm bueno al principio te parece que todo se acaba, el enfrentar algo así me deprime totalmente ⁽⁵⁾, me siento cansado ⁽⁶⁾, sin gana de nada ⁽⁷⁾, lo que es más cansado y estresante es el tratamiento ⁽⁸⁾, esperar horas para que me dialicen me irrita, es molesto ⁽⁹⁾, me quitan las ganas de volver al seguro para mi tratamiento.

CUADRO DE ANÁLISIS IDIOGRÁFICO V

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
1. La diálisis peritoneal para mí fue una experiencia bastante fea. ⁽¹⁾	1. La diálisis peritoneal para él fue una experiencia bastante fea.
2. Me puse a pensar que me iba a quedar sin riñones jaajaja y me asuste. ⁽²⁾	2. Se asustó al imaginar que se iba a quedar sin riñones.
3. Sentir el apoyo de ellos te hace sentir que eres importante para ellos. ⁽³⁾	3. Sentir el apoyo de su familia le hace sentir que es importante.
4. Sientes que puedes con todo. ⁽⁴⁾	4. Siente que puede con todo.
5. El enfrentar algo así me deprime totalmente. ⁽⁵⁾	5. El enfrentar algo así le deprime totalmente.
6. Me siento cansado. ⁽⁶⁾	6. Se siente cansado.
7. Sin ganas de nada. ⁽⁷⁾	7. Se siente sin ganas de nada.
8. Lo que es más cansado y estresante es el tratamiento. ⁽⁸⁾	8. Se siente cansando y estresado con el tratamiento.
9. Esperar horas para que me dialicen me irrita, es molesto. ⁽⁹⁾	9. Esperar horas para que le dialicen le irrita, y se siente molesto.

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO V

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
a. La diálisis peritoneal para él fue una experiencia bastante fea.	a. La diálisis peritoneal para él fue una experiencia bastante fea.
b. Se asustó al imaginar que se iba a quedar sin riñones.	b. Se asustó al imaginar que se iba a quedar sin riñones.
c. Sentir el apoyo de su familia le hace sentir que es importante.	c. Sentir el apoyo de su familia le hace sentir que es importante.
d. Siente que puede con todo.	d. Siente que puede con todo.
e. El enfrentar algo así le deprime totalmente.	e. Siente que se deprime al enfrentar algo así.
f. Se siente cansado.	f. Se siente cansado.
g. Se siente sin ganas de nada.	g. Siente que no tiene ganas de nada.
h. Se siente cansando y estresado con el tratamiento.	h. Se siente cansando y estresado con el tratamiento.
i. Esperar horas para que le dialicen le irrita, y se siente molesto.	i. Esperar horas para que le dialicen le irrita, y se siente molesto.

ANÁLISIS IDIOGRÁFICO V

El discurso develó que la persona con diálisis peritoneal, se siente cansado, irritado, molesto, estresado, con la mala experiencia de recibir una diálisis peritoneal, no tiene ganas de hacer nada, se siente deprimido, asustado al imaginar que se iba a quedar sin riñones. Se siente importante con el apoyo de su familia.

DISCURSO VI

¿Qué siente, ser una persona con diálisis peritoneal?

Bueno en mí caso el apoyo de mi familia me ayudó mucho, no sabía cómo reaccionar ni que hacer ⁽¹⁾, pero mi familia me llevo a un especialista para que me trataran, tenía miedo pero entendí que si no pongo de mi parte no me iba a recuperar ⁽²⁾ y hubiera dejado solos a mis hijos y a mi esposo, tenía miedo de morir ⁽³⁾, y que mis niños no vieran más a su madre...

¿Qué más?

El pensar que mis hijos iban a sufrir me dio fuerzas para soportar el tratamiento, y es así que poco a poco me fui adaptando al estar horas en el hospital, mis hijos me daban la fuerza que me hacía falta, claro que había momentos que me desesperaba y quería dejarlo todo ⁽⁴⁾, es cansado ⁽⁵⁾, desesperante ⁽⁶⁾, sin querer te irritas ⁽⁷⁾, discutes por todo. Mi esposo fue también de gran ayuda para mí, su apoyo incondicional, él estaba ahí conmigo, si yo renegaba él tenía paciencia y solo decía tranquila amor ya va a pasar este mal rato que estamos pasando, eso sin duda me hacía sentir con fuerzas y con valor para seguir adelante ⁽⁸⁾.

¿Qué más?

... Mmmmm cuando uno siente el apoyo de seres querido, siente que todo es posible..yyyyy Nada más, solo eso señorita.

CUADRO DE ANÁLISIS IDIOGRÁFICO VI

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
1. No sabía cómo reaccionar ni que hacer. (1)	1. Siente que no sabía cómo reaccionar ni que hacer.
2. Tenía miedo pero entendí que si no pongo de mi parte no me iba a recuperar. (2)	2. Siente miedo, pero entendió que si no pone de su parte no se iba a recuperar.
3. Tenía miedo de morir. (3)	3. Siente miedo de morir.
4. Había momentos que me desesperaba y quería dejarlo todo. (4)	4. Había momentos que se desesperaba y quería dejarlo todo.
5. Es cansado. (5)	5. Se siente cansada.
6. Desesperante. (6)	6. Se siente desesperada.
7. Sin querer te irritas. (7)	7. Sin querer se siente irritada.
8. Me hacía sentir con fuerzas y con valor para seguir adelante. (8)	8. Siente fuerzas y valor para seguir adelante.

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO VI

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
a. Siente que no sabía cómo reaccionar ni que hacer.	a. Siente que no sabía cómo reaccionar ni que hacer.
b. Siente miedo, pero entendió que si no pone de su parte no se iba recuperar.	b. Siente miedo, pero entendió que si no pone de su parte no se iba recuperar.
c. Siente miedo de morir.	c. Siente miedo de morir.
d. Había momentos que se desesperaba y quería dejarlo todo.	d. Se sentía desesperada y quería dejarlo todo
e. Se siente cansada.	e. Se siente cansada.
f. Se siente desesperada.	f. Se siente desesperada.
g. Sin querer se siente irritada.	g. Se siente irritada.
h. Siente fuerzas y valor para seguir adelante.	h. Siente fuerzas y valor para seguir adelante

ANÁLISIS IDIOGRÁFICO VI

El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, sentía miedo de morir, no sabía cómo reaccionar ni que hacer, se siente cansada, irritada, desesperada; con miedo, pero entendió que si no pone de su parte no se iba recuperar, ahora pone fuerzas y valor para seguir adelante.

DISCURSO VII

¿Qué siente, ser una persona con diálisis peritoneal?

¡Que siento!... mmm bueno ahora ya estoy más tranquilo pero cuando me entere de mi problema lo que hice fue decir que no es cierto, no acepte nada de lo que me dijo el doctor ⁽¹⁾, me resentí con la vida ⁽²⁾, hasta llego el momento que tuve cólera con Dios ⁽³⁾, muchas veces le reprimía porque a mí, ya no creía ni en dios ni en la vida ⁽⁴⁾, hubo un tiempo que vivía solo por vivir... mi familia al principio dijo que si yo no me preocupara por mi salud ellos mucho menos lo van a ser, y eso me hacía sentir solo y que no les importo ⁽⁵⁾, sentía que estaba solo en esto ⁽⁶⁾, me deprimí ⁽⁷⁾, no tenía ganas de comer... mi familia al ver esto ya se preocupó más, me hablaron y me asieron entrar en razón para aceptar el diagnóstico del médico y que iniciara con el tratamiento.

¿Qué más?

... Fui al seguro hable con el médico y me dijo que tenía que hacer donde y quien me va a ayudar con el tratamiento, al principio era fastidioso, sentía miedo ⁽⁸⁾, sentía ganas de salir corriendo ⁽⁹⁾ pero decidí cambiar de actitud y lo ice, poco a poco acepte lo que me estaba pasando, aprendí que dejarse llevar por la cólera y alejarse de la familia no hacia bien, y también mi familia aprendió que el apoyo en los momentos difíciles ayuda mucho...

¿Qué más?

....Y así ya todo iba mejorando, ya me sentía mejor, más tranquilo ⁽¹⁰⁾, accepte las cosas tal como Dios me las puso ⁽¹¹⁾, pedí perdón a dios por renegar con él, y creo que si me perdono porque me fue bien en el tratamiento, me está yendo bien.

CUADRO DE ANÁLISIS IDIOGRÁFICO VII

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
1. No acepte nada de lo que me dijo el doctor. ⁽¹⁾	1. No aceptó nada de lo que le dijo el doctor.
2. Me resentí con la vida. ⁽²⁾	2. Se resintió con la vida.
3. Tuve cólera con Dios. ⁽³⁾	3. Siente cólera con Dios.
4. Ya no creía ni en Dios ni en la vida. ⁽⁴⁾	4. No creía en Dios, ni en la vida
5. Mi familia al principio dijo que si yo no me preocupara por mi salud ellos mucho menos lo van a ser, y eso me hacía sentir solo y que no les importo. ⁽⁵⁾	5. Su familia al principio dijo que si Él no se preocupara por su salud ellos mucho menos lo van a ser, y eso le hacía sentir solo y que no les importo.
6. Sentía que estaba solo en esto. ⁽⁶⁾	6. Siente que está solo en esto.
7. Me deprimí. ⁽⁷⁾	7. Se siente deprimido.
8. Sentía miedo. ⁽⁸⁾	8. Siente miedo.
9. Sentía ganas de salir corriendo. ⁽⁹⁾	9. Siente ganas de salir corriendo.
10. Ya me sentía mejor, más tranquilo. ⁽¹⁰⁾	10. Se siente mejor y más tranquilo.
11. Acepte las cosas tal como Dios me las puso. ⁽¹¹⁾	11. Acepto las cosas tal como Dios le puso.

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO VII

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
a. No aceptó nada de lo que le dijo el doctor.	a. No aceptó nada de lo que le dijo el doctor.
b. Se resintió con la vida ⁽²⁾ . Siente cólera con Dios ⁽³⁾ . No creía en Dios, ni en la vida ⁽⁴⁾ .	b. Siente cólera hacia Dios y la vida.
c. Su familia al principio dijo que si Él no se preocupaba por su salud ellos mucho menos lo van a ser, y eso le hacía sentir solo y que no les importo ⁽⁴⁾ . Siente que está solo en esto ⁽⁶⁾ .	c. Se sentía solo y que no le importaba a nadie lo que a él le pudiera pasar.
d. Se siente deprimido.	d. Se siente deprimido.
e. Siente miedo.	e. Siente miedo.
f. Siente ganas de salir corriendo.	f. Siente ganas de salir corriendo.
g. Se siente mejor y más tranquilo.	g. Se siente mejor y más tranquilo.
h. Acepto las cosas tal como Dios le puso.	h. Acepto las cosas tal como Dios le puso.

ANÁLISIS IDIOGRÁFICO VII

El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, siente que no acepta lo que le dijo el doctor, se deprime, tiene miedo, con ganas de salir corriendo, se siente resentido con la vida, solo, y que no le importa a nadie lo que a él le pase, tuvo cólera con Dios, y no creía ni en él ni en la vida. Acepto las cosas tal como Dios le designo, ahora se siente mejor, tranquilo.

DISCURSO VIII

¿Qué siente, ser una persona con diálisis peritoneal?

Bueno señorita usted como enfermera, ya habrá visto diferentes situaciones en las que los enfermos estamos, pero lo más triste es que nos digan que ya no tenemos curación, que lo único que me queda es un trasplante de riñones, eso me derrumbo ⁽¹⁾, me sentí morir ⁽²⁾, por ninguna razón quería aceptar lo que me estaba pasando ⁽³⁾, cuándo iba a conseguir un donador de riñones, esa esperanza que me dan es inútil, es como me dijeran solo espera a que te mueras, y pensar eso, me sentí morir en vida ⁽⁴⁾, sentí que mi vida se acabó ⁽⁵⁾, sentí que dios me avía abandonado ⁽⁶⁾, ya no creía en Dios... mi familia sufre mucho por mi resentimiento con Dios, me hablan que Dios es bueno, que no me resienta con él, pero nada me hacía cambiar de idea...

¿Qué más?

...(Después de un largo silencio) tanto era mi coraje que no quería nada ⁽⁷⁾, pero no me daba cuenta que mi familia sufría más, sentía que era injusta con ellos ⁽⁸⁾, que ellos no tienen la culpa, que mi mal humor no llevaría a nada, así que pedí perdón a mi familia y sobre todo a Dios... ahora ya entendí que dios sabe porque hace las cosas, decidí comportarme como la persona adulta que soy, empecé ir al seguro para iniciar el tratamiento, y solo dios sabe si me recuperaré, o aparecerá un donador, pero eso si la fe siempre...

¿Qué más?

... Ahora ya estoy más tranquilo ⁽⁹⁾, pero claro siempre hay momentos que siento que ya no puedo más ⁽¹⁰⁾, me siento cansado, molesto ⁽¹¹⁾, siento que ya no tengo fuerzas ⁽¹²⁾... es ahí donde me fortalezco con Dios, me pongo a orar y pido fuerza ⁽¹³⁾...

¿Qué más?

... Creo que eso es todo señorita... mmmm sí, eso es todo, espero le sea útil mi experiencia con esto que estoy pasando.

CUADRO DE ANÁLISIS IDIOGRÁFICO VIII

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
1. Lo único que me queda es un trasplante de riñones, eso me derrumbo. ⁽¹⁾	1. Lo único que le queda es un trasplante de riñones, eso le derrumbo.
2. Me sentí morir. ⁽²⁾	2. Se siente morir.
3. Por ninguna razón quería aceptar lo que me estaba pasando. ⁽³⁾	3. Por ninguna razón quería aceptar lo que le estaba pasando.
4. Me sentí morir en vida. ⁽⁴⁾	4. Se sintió morir en vida.
5. Sentí que mi vida se acabó. ⁽⁵⁾	5. Siente que su vida acabó.
6. Sentí que Dios me había abandonado. ⁽⁶⁾	6. Siente que Dios le había abandonado.
7. Tanto era mi coraje que no quería nada. ⁽⁷⁾	7. Tanto era su coraje que no quería nada.
8. Mi familia sufría más, sentía que era injusta con ellos. ⁽⁸⁾	8. Su familia sufría más, sentía que era injusta con ellos.
9. Ahora ya estoy más tranquilo. ⁽⁹⁾	9. Ahora se siente más tranquilo.
10. Siempre hay momentos que siento que ya no puedo más. ⁽¹⁰⁾	10. Hay momentos que siente que ya no puede más.
11. Me siento cansado, molesto. ⁽¹¹⁾	11. Se siente cansado, molesto.
12. Siento que ya no tengo fuerzas. ⁽¹²⁾	12. Siente que ya no tiene fuerzas.
13. Me fortalezco con Dios, me pongo a orar y pido fuerza. ⁽¹³⁾	13. Se fortalece con Dios y se pone a orar, le pide fuerza.

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO VIII

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
a. Lo único que le queda es un trasplante de riñones, eso le derrumbo.	a. Se derrumbó cuando le dijeron que lo único que le quedaba era un trasplante de riñones.
b. Se siente morir ⁽²⁾ . Se sintió morir en vida ⁽⁴⁾ . Siente que su vida acabó. ⁽⁵⁾ .	b. Se siente morir, que su vida acabo.
c. Por ninguna razón quería aceptar lo que le estaba pasando.	c. No acepto lo que le estaba pasando.
d. Siente que Dios le había abandonado.	d. Siente que Dios le había abandonado.
e. Tanto era su coraje que no quería nada.	e. Tanto era su coraje que no quería nada.
f. Su familia sufría más, sentía que era injusta con ellos.	f. Siente que era injusto con su familia.
g. Ahora se siente más tranquilo.	g. Se siente más tranquilo.
h. Hay momentos que siente que ya no puede más ⁽¹⁰⁾ . Se siente cansado, molesto ⁽¹¹⁾ . Siente que ya no tiene fuerzas ⁽¹²⁾ .	h. Siente que ya no puede más, se siente sin fuerzas, cansado y molesto.
i. Se fortalece con Dios y se pone a orar, le pide fuerza.	i. Se fortalece con Dios y se pone a orar, le pide fuerza.

ANÁLISIS IDIOGRÁFICO VIII

El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, no acepto lo que le estaba pasando, se derrumbó al imaginar un trasplante de riñones, sintió que iba a morir, que ya no puede más, se siente sin fuerzas, cansado, molesto, no quería nada, siente que es injusto con su familia; porque piensa que Dios le había abandonado, se pone a orar y pide fuerzas a Dios y se siente más tranquilo.

ANÁLISIS NOMOTÉTICO

DISCURSO	CONVERGENCIAS
<p><u>DISCURSO I:</u> El discurso develó que la persona con diálisis peritoneal, no sabía que hacer al inicio y no dijo nada para no ser una carga para su familia, sintió que su vida cambio totalmente y no se sentía bien y lloro por lo que hizo; siente estrés, impotencia de no poder hacer nada porque no le gusta estar en el seguro, esperar horas para el tratamiento le cansa y desespera, salía cansado sin ganas de nada, queriendo renunciar y dejarlo todo, pero recibió todo el apoyo de parte de su familia y acepto su situación, ahora se siente tranquilo, y solo espera la voluntad del señor.</p> <p><u>DISCURSO II:</u> El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, se sentía desahuciado, derrumbado el solo pensar que le faltaban pocos días, cuando le dieron el diagnóstico y le explicaron cuál sería su tratamiento, siente que su vida cambio totalmente, no volvió a ser el mismo, ya no ríe y no hace sus bromas, Había días que no tenía ganas de</p>	<p align="center"><u>DESESPERACIÓN</u></p> <p><u>DISCURSOS: I, II, VI.</u></p> <p><u>DISCURSO I:</u> El discurso develó que la persona con diálisis peritoneal, no sabía que hacer al inicio y no dijo nada para no ser una carga para su familia, sintió que su vida cambio totalmente y no se sentía bien y lloro por lo que hizo; siente estrés, impotencia de no poder hacer nada porque no le gusta estar en el seguro, esperar horas para el tratamiento le cansa y desespera, salía cansado sin ganas de nada, queriendo renunciar y dejarlo todo, pero recibió todo el apoyo de parte de su familia y acepto su situación, ahora se siente tranquilo, y solo espera la voluntad del señor.</p> <p><u>DISCURSO II:</u> El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, se sentía desahuciado, derrumbado el solo pensar que le faltaban pocos días, cuando le dieron el diagnóstico y le explicaron cuál sería su tratamiento, siente que su vida cambio totalmente, no volvió a ser el mismo, ya no ríe y no hace sus bromas, Había días que no tenía ganas de hacer no acepto su enfermedad lo rechazaba, sentía desesperación, miedo la primera vez que le dializaron, salió del seguro estresado, preocupado, sin ganas de volver, se ponía de mal</p>

hacer nada, salía cansado, no sabía que hacer no acepto su enfermedad lo rechazaba, sentía desesperación, miedo la primera vez que le dializaron, salió del seguro estresado, preocupado, sin ganas de volver, se ponía de mal humor, el solo acercarse al seguro y acordarse que le tenían que introducir una manguera y pasarle un líquido para poder vivir. Siente que su familia es sus ganas de vivir y gracias a la insistencia de su familia y el apoyo de las charla, acepto e inicio su tratamiento.

DISCURSO III:

El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, sintió estrés cuando el doctor le dijo lo que tenía, tuvo miedo de morir, sintió que su vida acabo, se arrepentimiento de no haber llevado una vida sana, tranquila. Sentía que ya no iba a salir vivo del seguro, no quería saber nada, se siente muy mal, inútil, tiene cólera, frustración, dolor, angustia. Pero sintiendo el apoyo familiar acepto su enfermedad y ahora se siente más tranquilo, relajado, no tiene mucho estrés.

humor, el solo acercarse al seguro y acordarse que le tenían que introducir una manguera y pasarle un líquido para poder vivir. Siente que su familia es sus ganas de vivir y gracias a la insistencia de su familia y el apoyo de las charla, acepto e inicio su tratamiento.

DISCURSO VI:

El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, sentía miedo de morir, no sabía cómo reaccionar ni que hacer, se siente cansada, irritada, **desesperada**; con miedo, pero entendió que si no pone de su parte no se iba recuperar, ahora pone fuerzas y valor para seguir adelante.

CANSANCIO

DISCURSOS: I, II, V, VI

DISCURSO I:

El discurso develó que la persona con diálisis peritoneal, no sabía que hacer al inicio y no dijo nada para no ser una carga para su familia, sintió que su vida cambio totalmente y no se sentía bien y lloro por lo que hizo; siente estrés, impotencia de no poder hacer nada porque no le gusta estar en el seguro, **esperar horas para el tratamiento le cansa** y desespera, salía cansado sin ganas de nada, queriendo renunciar y dejarlo todo, pero recibió todo el apoyo de parte de su familia y acepto su situación, ahora se siente tranquilo, y solo espera la voluntad del señor.

DISCURSO IV:

El discurso develó que la persona con diálisis peritoneal, siente miedo, no acepto lo que le dijo el doctor, no sabe qué hacer; siente que su vida cambio, que es una carga para su familia., siente que la enfermedad lo estresa y lo deprime.

DISCURSO V:

El discurso develó que la persona con diálisis peritoneal, se siente cansado, irritado, molesto, estresado, con la mala experiencia de recibir una diálisis peritoneal, no tiene ganas de hacer nada, se siente deprimido, asustado al imaginar que se iba a quedar sin riñones. Se siente importante con el apoyo de su familia.

DISCURSO VI:

El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, sentía miedo de morir, no sabía cómo reaccionar ni que hacer, se siente cansada, irritada, desesperada; con miedo, pero entendió que si no pone de su parte no se iba recuperar, ahora pone fuerzas y valor para seguir adelante.

DISCURSO II:

El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, se sentía desahuciado, derrumbado el solo pensar que le faltaban pocos días, cuando le dieron el diagnóstico y le explicaron cuál sería su tratamiento, siente que su vida cambio totalmente, no volvió a ser el mismo, ya no ríe y no hace sus bromas, Había días que no tenía ganas de hacer nada, **salía cansado**, no sabía que hacer no acepto su enfermedad lo rechazaba, sentía desesperación, miedo la primera vez que le dializaron, salió del seguro estresado, preocupado, sin ganas de volver, se ponía de mal humor, el solo acercarse al seguro y acordarse que le tenían que introducir una manguera y pasarle un líquido para poder vivir. Siente que su familia es sus ganas de vivir y gracias a la insistencia de su familia y el apoyo de las charla, acepto e inicio su tratamiento.

DISCURSO V:

El discurso develó que la persona con diálisis peritoneal, **se siente cansado**, irritado, molesto, estresado, con la mala experiencia de recibir una diálisis peritoneal, no tiene ganas de hacer nada, se siente deprimido, asustado al imaginar que se iba a quedar sin riñones. Se siente importante con el apoyo de su familia.

DISCURSO VI:

El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, sentía miedo de morir, no sabía cómo reaccionar ni que hacer, **se siente cansada**,

DISCURSO VII:

El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, siente que no acepta lo que le dijo el doctor, se deprime, tiene miedo, con ganas de salir corriendo, se siente resentido con la vida, solo, y que no le importa a nadie lo que a él le pase, tuvo cólera con Dios, y no creía ni en él ni en la vida. Acepto las cosas tal como Dios le designo, ahora se siente mejor, tranquilo.

DISCURSO VIII:

El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, no acepto lo que le estaba pasando, se derrumbó al imaginar un trasplante de riñones, sintió que iba a morir, que ya no puede más, se siente sin fuerzas, cansado, molesto, no quería nada, siente que es injusto con su familia; porque piensa que Dios le había abandonado, se pone a orar y pide fuerzas a Dios y se siente más tranquilo.

irritada, desesperada; con miedo, pero entendió que si no pone de su parte no se iba recuperar, ahora pone fuerzas y valor para seguir adelante.

ESTRÉS

DISCURSOS: I, II, IV, V

DISCURSO I:

El discurso develó que la persona con diálisis peritoneal, no sabía que hacer al inicio y no dijo nada para no ser una carga para su familia, sintió que su vida cambio totalmente y no se sentía bien y lloro por lo que hizo; **siente estrés**, impotencia de no poder hacer nada porque no le gusta estar en el seguro, esperar horas para el tratamiento le cansa y desespera, salía cansado sin ganas de nada, queriendo renunciar y dejarlo todo, pero recibió todo el apoyo de parte de su familia y acepto su situación, ahora se siente tranquilo, y solo espera la voluntad del señor.

DISCURSO II:

El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, se sentía desahuciado, derrumbado el solo pensar que le faltaban pocos días, cuando le dieron el diagnóstico y le explicaron cuál sería su tratamiento, siente que su vida cambio totalmente, no volvió a ser el mismo, ya no ríe y no hace sus bromas, Había días que no tenía ganas de hacer nada, salía cansado, no sabía que hacer no acepto su enfermedad lo rechazaba, sentía desesperación, miedo la primera vez que le dializaron, **salió del seguro estresado**, preocupado, sin ganas de volver, se ponía de mal

humor, el solo acercarse al seguro y acordarse que le tenían que introducir una manguera y pasarle un líquido para poder vivir. Siente que su familia es sus ganas de vivir y gracias a la insistencia de su familia y el apoyo de las charla, acepto e inicio su tratamiento.

DISCURSO IV:

El discurso develó que la persona con diálisis peritoneal, siente miedo, no acepto lo que le dijo el doctor, no sabe qué hacer; siente que su vida cambio, que es una carga para su familia., **siente que la enfermedad lo estresa y lo deprime.**

DISCURSO V:

El discurso develó que la persona con diálisis peritoneal, se siente cansado, irritado, molesto, **estresado**, con la mala experiencia de recibir una diálisis peritoneal, no tiene ganas de hacer nada, se siente deprimido, asustado al imaginar que se iba a quedar sin riñones. Se siente importante con el apoyo de su familia.

DEPRESIÓN

DISCURSOS : IV, V, VII

DISCURSO IV:

El discurso develó que la persona con diálisis peritoneal, siente miedo, no acepto lo que le dijo el doctor, no sabe qué hacer; siente que su vida cambio, que es una carga para su familia., **siente que la enfermedad lo estresa y lo deprime.**

DISCURSO V:

El discurso develó que la persona con diálisis peritoneal, se siente cansado, irritado, molesto, estresado, con la mala experiencia de recibir una diálisis peritoneal, no tiene ganas de hacer nada, **se siente deprimido**, asustado al imaginar que se iba a quedar sin riñones. Se siente importante con el apoyo de su familia.

DISCURSO VII:

El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, siente que no acepta lo que le dijo el doctor, **se deprime**, tiene miedo, con ganas de salir corriendo, se siente resentido con la vida, solo, y que no le importa a nadie lo que a él le pase, tuvo cólera con Dios, y no creía ni en él ni en la vida. Acepto las cosas tal como Dios le designo, ahora se siente mejor, tranquilo.

RECHAZO AL DIAGNÓSTICO.

DISCURSOS: II, III, IV, VII, VIII.

DISCURSO II:

El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, se sentía desahuciado, derrumbado el solo pensar que le faltaban pocos días, cuando le dieron el diagnóstico y le explicaron cuál sería su tratamiento, siente que su vida cambio totalmente, no volvió a ser el mismo, ya no ríe y no hace sus bromas, Había días que no tenía ganas de hacer nada, salía cansado, no sabía que hacer **no acepto su enfermedad lo rechazaba**, sentía desesperación, miedo la primera vez que le

dializaron, salió del seguro estresado, preocupado, sin ganas de volver, se ponía de mal humor, el solo acercarse al seguro y acordarse que le tenían que introducir una manguera y pasarle un líquido para poder vivir. Siente que su familia es sus ganas de vivir y gracias a la insistencia de su familia y el apoyo de las charla, acepto e inicio su tratamiento.

DISCURSO III:

El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, sintió estrés cuando el doctor le dijo lo que tenía, tuvo miedo de morir, sintió que su vida acabo, se arrepentimiento de no haber llevado una vida sana, tranquila. Sentía que ya no iba a salir vivo del seguro, **no quería saber nada**, se siente muy mal, inútil, tiene cólera, frustración, dolor, angustia. Pero sintiendo el apoyo familiar acepto su enfermedad y ahora se siente más tranquilo, relajado, no tiene mucho estrés.

DISCURSO IV:

El discurso develó que la persona con diálisis peritoneal, siente miedo, **no acepto lo que le dijo el doctor**, no sabe qué hacer; siente que su vida cambio, que es una carga para su familia., siente que la enfermedad lo estresa y lo deprime.

DISCURSO VII:

El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, **siente que no acepta** lo que le dijo el doctor, se deprime, tiene miedo, con ganas de salir corriendo, se siente resentido con la vida,

solo, y que no le importa a nadie lo que a él le pase, tuvo cólera con Dios, y no creía ni en él ni en la vida. Acepto las cosas tal como Dios le designo, ahora se siente mejor, tranquilo.

DISCURSO VIII:

El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, **no acepto lo que le estaba pasando**, se derrumbó al imaginar un trasplante de riñones, sintió que iba a morir, que ya no puede más, se siente sin fuerzas, cansado, molesto, no quería nada, siente que es injusto con su familia; porque piensa que Dios le había abandonado, se pone a orar y pide fuerzas a Dios y se siente más tranquilo.

MIEDO A MORIR

DISCURSOS: II, III, VI, VIII.

DISCURSO II:

El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, **se sentía desahuciado**, derrumbado el solo pensar que le faltaban pocos días, cuando le dieron el diagnóstico y le explicaron cuál sería su tratamiento, siente que su vida cambio totalmente, no volvió a ser el mismo, ya no ríe y no hace sus bromas, Había días que no tenía ganas de hacer nada, salía cansado, no sabía que hacer no acepto su enfermedad lo rechazaba, sentía desesperación, miedo la primera vez que le dializaron, salió del seguro estresado, preocupado, sin ganas de volver, se ponía de mal humor, el solo acercarse al seguro y acordarse que le tenían que introducir una manguera y

pasarle un líquido para poder vivir. Siente que su familia es sus ganas de vivir y gracias a la insistencia de su familia y el apoyo de las charla, acepto e inicio su tratamiento.

DISCURSO III:

El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, sintió estrés cuando el doctor le dijo lo que tenía, **tuvo miedo de morir, sintió que su vida acabo**, se arrepentimiento de no haber llevado una vida sana, tranquila. Sentía que ya no iba a salir vivo del seguro, no quería saber nada, se siente muy mal, inútil, tiene cólera, frustración, dolor, angustia. Pero sintiendo el apoyo familiar acepto su enfermedad y ahora se siente más tranquilo, relajado, no tiene mucho estrés.

DISCURSO VI:

El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, **sentía miedo de morir**, no sabía cómo reaccionar ni que hacer, se siente cansada, irritada, desesperada; con miedo, pero entendió que si no pone de su parte no se iba recuperar, ahora pone fuerzas y valor para seguir adelante.

DISCURSO VIII:

El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, no acepto lo que le estaba pasando, se derrumbó al imaginar un trasplante de riñones, **sintió que iba a morir**, que ya no puede más, se siente sin fuerzas, cansado, molesto, no quería nada, siente que es injusto con su familia; porque piensa que Dios le había abandonado, se pone a

orar y pide fuerzas a Dios y se siente más tranquilo.

APOYO FAMILIAR

DISCURSOS: I, II, III, V

DISCURSO I:

El discurso develó que la persona con diálisis peritoneal, no sabía que hacer al inicio y no dijo nada para no ser una carga para su familia, sintió que su vida cambio totalmente y no se sentía bien y lloro por lo que hizo; siente estrés, impotencia de no poder hacer nada porque no le gusta estar en el seguro, esperar horas para el tratamiento le cansa y desespera, salía cansado sin ganas de nada, queriendo renunciar y dejarlo todo, pero **recibió todo el apoyo de parte de su familia** y acepto su situación, ahora se siente tranquilo, y solo espera la voluntad del señor.

. DISCURSO II:

El discurso de vela que la persona con diálisis peritoneal, se sentía desahuciado, derrumbado el solo pensar que le faltaban pocos días, cuando le dieron el diagnóstico y le explicaron cuál sería su tratamiento, siente que su vida cambio totalmente, no volvió a ser el mismo, ya no ríe y no hace sus bromas, Había días que no tenía ganas de hacer nada, salía cansado, no sabía que hacer no acepto su enfermedad lo rechazaba, sentía desesperación, miedo la primera vez que le dializaron, salió del seguro estresado, preocupado, sin ganas de volver, se ponía de mal humor, el solo acercarse al seguro y acordarse que le tenían que introducir una manguera y

pasarle un líquido para poder vivir. **Siente que su familia es sus ganas de vivir** y gracias a la insistencia de su familia y el apoyo de las charla, acepto e inicio su tratamiento.

DISCURSO III:

El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, sintió estrés cuando el doctor le dijo lo que tenía, tuvo miedo de morir, sintió que su vida acabo, se arrepentimiento de no haber llevado una vida sana, tranquila. Sentía que ya no iba a salir vivo del seguro, no quería saber nada, se siente muy mal, inútil, tiene cólera, frustración, dolor, angustia. Pero **sintiendo el apoyo familiar** acepto su enfermedad y ahora se siente más tranquilo, relajado, no tiene mucho estrés.

DISCURSO V:

El discurso develó que la persona con diálisis peritoneal, se siente cansado, irritado, molesto, estresado, con la mala experiencia de recibir una diálisis peritoneal, no tiene ganas de hacer nada, se siente deprimido, asustado al imaginar que se iba a quedar sin riñones. **Se siente importante con el apoyo de su familia.**

CAMBO DE VIDA

DISCURSOS: I, II, IV.

DISCURSO I:

El discurso develó que la persona con diálisis peritoneal, no sabía que hacer al inicio y no dijo nada para no ser una carga para su familia, **sintió**

que su vida cambio totalmente y no se sentía bien y lloro por lo que hizo; siente estrés, impotencia de no poder hacer nada porque no le gusta estar en el seguro, esperar horas para el tratamiento le cansa y desespera, salía cansado sin ganas de nada, queriendo renunciar y dejarlo todo, pero recibió todo el apoyo de parte de su familia y acepto su situación, ahora se siente tranquilo, y solo espera la voluntad del señor.

DISCURSO II:

El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, se sentía desahuciado, derrumbado el solo pensar que le faltaban pocos días, cuando le dieron el diagnóstico y le explicaron cuál sería su tratamiento, **siente que su vida cambio totalmente**, no volvió a ser el mismo, ya no ríe y no hace sus bromas, Había días que no tenía ganas de hacer nada, salía cansado, no sabía que hacer no acepto su enfermedad lo rechazaba, sentía desesperación, miedo la primera vez que le dializaron, salió del seguro estresado, preocupado, sin ganas de volver, se ponía de mal humor, el solo acercarse al seguro y acordarse que le tenían que introducir una manguera y pasarle un líquido para poder vivir. Siente que su familia es sus ganas de vivir y gracias a la insistencia de su familia y el apoyo de las charla, acepto e inicio su tratamiento.

DISCURSO IV:

El discurso develó que la persona con diálisis peritoneal, siente miedo, no acepto lo que le dijo

	<p>el doctor, no sabe qué hacer; siente que su vida cambio, que es una carga para su familia., siente que la enfermedad lo estresa y lo deprime.</p>
	<p>DIVERGENCIAS</p>
	<p style="text-align: center;"><u>DESESPERACIÓN VS TRANQUILIDAD.</u></p> <p><u>DISCURSO I:</u></p> <p>El discurso develó que la persona con diálisis peritoneal, no sabía que hacer al inicio y no dijo nada para no ser una carga para su familia, sintió que su vida cambio totalmente y no se sentía bien y lloro por lo que hizo; siente estrés, impotencia de no poder hacer nada porque no le gusta estar en el seguro, esperar horas para el tratamiento le cansa y desespera, salía cansado sin ganas de nada, queriendo renunciar y dejarlo todo, pero recibió todo el apoyo de parte de su familia y acepto su situación, ahora se siente tranquilo, y solo espera la voluntad del señor.</p> <p style="text-align: center;"><u>NEGACIÓN VS ACEPTACIÓN.</u></p> <p><u>DISCURSO II:</u></p> <p>El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, se sentía desahuciado, derrumbado el solo pensar que le faltaban pocos días, cuando le dieron el diagnóstico y le explicaron cuál sería su tratamiento, siente que su vida cambio totalmente, no volvió a ser el mismo, ya no ríe y no hace sus bromas, Había días que no tenía ganas de hacer nada, salía cansado, no sabía que hacer no acepto su enfermedad lo rechazaba, sentía desesperación, miedo la primera vez que le</p>

dializaron, salió del seguro estresado, preocupado, sin ganas de volver, se ponía de mal humor, el solo acercarse al seguro y acordarse que le tenían que introducir una manguera y pasarle un líquido para poder vivir. Siente que su familia es sus ganas de vivir y gracias a la insistencia de su familia y el apoyo de las charla, **acepto** e inicio su tratamiento.

ANGUSTIA VS TRANQUILIDAD.

DISCURSO III:

El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, sintió estrés cuando el doctor le dijo lo que tenía, tuvo miedo de morir, sintió que su vida acabo, se arrepentimiento de no haber llevado una vida sana, tranquila. Sentía que ya no iba a salir vivo del seguro, no quería saber nada, se siente muy mal, inútil, tiene cólera, frustración, dolor, **angustia**. Pero sintiendo el apoyo familiar **acepto** su enfermedad y ahora se siente más **tranquilo**, relajado, no tiene mucho estrés.

IDIOSINCRACIAS

ABANDONO DE DIOS.

DISCURSOS: VII, VIII.

Análisis Ideográfico VII: En el discurso se develó que la persona con diálisis peritoneal vivenciaba que al enterarse de su problema sintió resentimiento con la vida, **sintió el abandono de Dios, dejo de creer en él**, sintió cólera con él, se

siente solo y que a nadie le importa lo que le suceda, eso le hacía sentir miedo y deprimido. Luego medito de sus acciones y acepto las cosas que dios le designo y ya se siente más tranquilo.

Análisis Ideográfico VIII: En el discurso se develó que la persona con diálisis peritoneal vivenciaba que no aceptaba lo que le estaba pasando, se sentía sin ganas de realizar sus cosas, **sentía que dios le había abandonado.** Hay momentos que siente que ya no puede más, se siente sin fuerzas, cansado, molesto, al imaginar un trasplante renal sentía que iba a morir. Su familia le apoyaba incondicionalmente y eso le hacía sentir injusto con ella, porque se portaba mal. Ahora ya se siente más tranquilo con lo que le pasa, porque acepto su realidad.

FÉ EN DIOS

DISCURSOS: I, VII, VIII.

DISCURSO I:

El discurso develó que la persona con diálisis peritoneal, no sabía que hacer al inicio y no dijo nada para no ser una carga para su familia, sintió que su vida cambio totalmente y no se sentía bien y lloro por lo que hizo; siente estrés, impotencia de no poder hacer nada porque no le gusta estar en el seguro, esperar horas para el tratamiento le cansa y desespera, salía cansado sin ganas de nada, queriendo renunciar y dejarlo todo, pero recibió todo el apoyo de parte de su familia y acepto su situación, ahora se siente tranquilo, y

solo **espera la voluntad del señor**

DISCURSO VII:

El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, siente que no acepta lo que le dijo el doctor, se deprime, tiene miedo, con ganas de salir corriendo, se siente resentido con la vida, solo, y que no le importa a nadie lo que a él le pase, tuvo cólera con Dios, y no creía ni en él ni en la vida. **Acepto las cosas tal como Dios le designo**, ahora se siente mejor, tranquilo.

DISCURSO VIII:

El discurso devela que la persona con diálisis peritoneal, no acepto lo que le estaba pasando, se derrumbó al imaginar un trasplante de riñones, sintió que iba a morir, que ya no puede más, se siente sin fuerzas, cansado, molesto, no quería nada, siente que es injusto con su familia; porque piensa que Dios le había abandonado, se pone a **orar y pide fuerzas a Dios** y se siente más tranquilo.

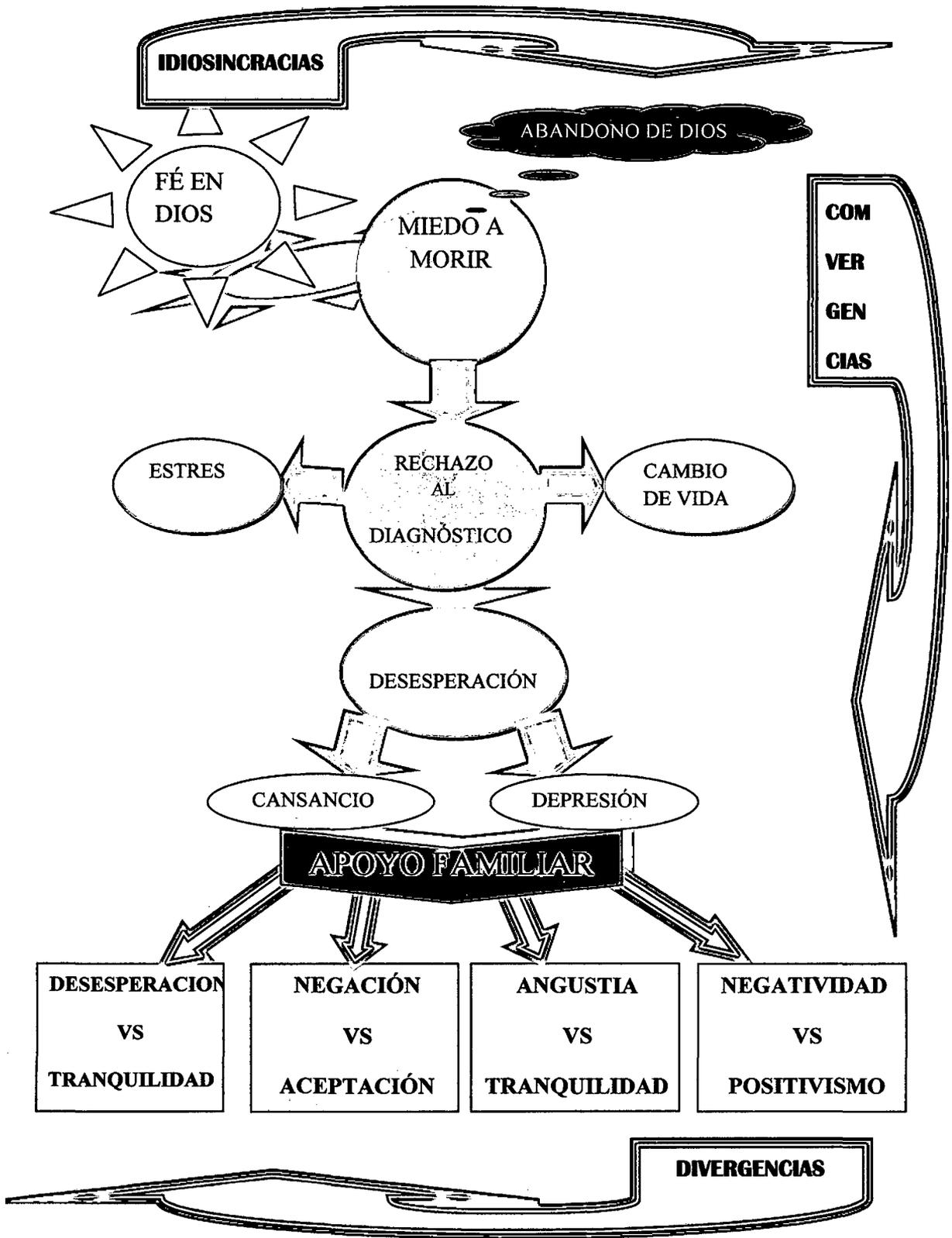
CUADRO NOMOTÉTICO

	UNIDADES DE SIGNIFICADO	Discurso N° I	Discurso N° II	Discurso N° III	Discurso N° IV	Discurso N° V	Discurso N° VI	Discurso N° VII	Discurso N° VIII
C O N V E R G E N C I A S	Desesperación	El tratamiento le desespera.	Sentía desesperación		Desesperada				
	Cansancio	Esperar horas para el tratamiento le cansa	Salía cansado			Se siente cansado		Se siente cansada	
	Estrés	Siente estrés	Salió del seguro estresado		Siente que la enfermedad lo estresa	Estresado			

Depresión				Lo deprime.	Se siente deprimido		Se deprime	
Rechazo al diagnóstico		No acepto su enfermedad lo rechazaba	No quería saber nada	No acepto lo que le dijo el doctor			Siente que no acepta	No acepto lo que le estaba pasando
Miedo a morir		Se sentía desahuciado	Tuvo miedo de morir, sintió que su vida acaba			Sentía miedo de morir		Sintió que iba a morir
Apoyo familiar	Recibió todo el apoyo de parte de su familia	Siente que su familia es sus ganas de vivir	Sintiendo el apoyo familiar		Se siente importante con el apoyo de su familia			
Cambo de vida	Sintió que su vida	Siente que su vida		Siente que su vida				

		cambio totalmente	cambio totalmente		cambio				
D I V E R G E N C I A S	Desesperación vs Tranquilidad.	Desespera. Siente tranquilo							
	Negación vs Aceptación		No acepto. Acepto.						
	Angustia vs Tranquilidad.			Angustia Tranquilo					
I D I O S I N C R A C I A	Abandono de Dios.		Sintió el abandono de Dios, dejó de creer en él						Sentía que dios le había abandonado
	Fé en Dios	Espera la voluntad del señor						Acepto las cosas tal como Dios le designo	Orar y pide fuerzas a Dios

APROXIMACIÓN DEL FENÓMENO



CAPÍTULO V
REFLEXIONANDO.

REFLEXIONANDO

DESESPERACIÓN

Se llama desesperación a la pérdida total de la esperanza, a la cólera, despecho o enojo. Las personas desesperadas pueden llegar a perder el control de sí mismas e incluso pueden llegar a dañarse, tirándose de los pelos o dándose cabezazos, y en casos extremos hay serio peligro de suicidio. Ante la desesperación, las personas tienden a mostrarse ansiosas, furiosas y angustiadas. Poseen la sensación de haber caído en un pozo muy profundo, donde todo es oscuridad, no consiguen ver el camino que les saque de esa situación. Sin embargo, por muy justificada que esté esa sensación hay que saber actuar, saber que a pesar de todos los problemas no podemos quedarnos quietos cautivos de la tristeza y del dolor. Quienes se sienten desesperadas sienten verdadero dolor, podríamos llamarlo dolor del alma, sufren y no saben cómo afrontar esa situación que tanto dolor les está causando.

De las ocho personas entrevistadas, tres de ellos, en los discursos N° I, II, VI, develaron que las personas con diálisis peritoneal evidencian que al momento de estar en el hospital esperando horas a que terminen de dializarles les era cansado, estresante, tanto así que regresaban a sus hogares con mal humor, sin ganas de nada, la cual esto provocaría el rechazo y el incumplimiento del tratamiento para su recuperación.

Según Araujo, M; et, al. (2011); las personas viven esta experiencia con angustia, desesperación y dolor físico acompañado de importantes limitaciones personales, impuestas por el tratamiento lo que les provoca angustia y desesperación. Estas develaciones coinciden con éste trabajo de investigación, lo que indica que estas personas sometidas a diálisis peritoneal manifiestan en su mayoría desesperación, pierden la esperanza en la vida, el control de sí mismas y que lo demuestra con cólera, enojo; sin embargo, por muy justificada que esté esa sensación, hay personas que saben afrontarla y no se quedan en la nada, quietos prisioneros de la tristeza y el dolor; pues lo contrario salen adelante, dejando de lado la desesperación, la angustia y asumen con responsabilidad ese trágico cambio de sus vidas.

CANSANCIO

El cansancio es la falta de fuerzas después de realizar un esfuerzo físico, intelectual o emocional, o por la falta de descanso. Pero puede ser síntoma de una enfermedad, si no hay una actividad previa que lo justifique, en los adultos y adultos mayores el cansancio es producto de la misma edad, y agregándole a ello el proceso de la enfermedad y el mismo tratamiento que reciben a diario el cansancio es más evidente e inevitable.

De las ocho personas entrevistadas, cuatro de ellos en los discursos N° I, II, V, VII, develaron que se sienten cansados; manifiestan que el proceso del tratamiento y su duración hace que su mejoría les parezca cansado, refieren que esperar horas en el seguro les ponía de mal humor acompañado de cansancio, es por eso que algunos participantes manifiestan que dejan el tratamiento por un periodo de tiempo.

Este sentimiento develado en este trabajo no se asemeja a ningún otro trabajo de investigación.

ESTRÉS

Es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante. Llevar una vida de estrés tiene implicaciones variadas. Por un lado están todas las alteraciones fisiológicas, y por otro están las complicaciones de orden emocional. El estrés es un elemento que aumenta la sensación de agravio en las relaciones sociales, familiares y laborales, al mismo tiempo en que figura como herramienta de distorsión de la realidad. Vivir bajo estrés implica, entonces, no solamente un deterioro físico, sino también psicológico y relacional.

De las ocho personas entrevistadas, cuatro de ellos en los discursos N° I, II, IV, V, develaron que se sienten estrés; estas personas al enterarse de su diagnóstico y de cómo es el proceso de recuperación sintieron estrés, y a ello se suma el cambio de vida repentino que tienen, su trabajo, su vida social, su familia, al pensar en todo eso les producía estrés. Éste estrés es como un mecanismo de defensa para afrontar una realidad que es percibida como peligro o amenaza para la vida, el no saber cómo actuar o que hacer para eliminar esa amenaza y mantenernos a salvo.

Después de reflexionar sobre éste tema se llegó a la conclusión, que no hay divergencia con los resultados de ningún trabajo de investigación plasmados en el proyecto de investigación.

DEPRESIÓN.

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión.

De las ocho personas entrevistadas, cuatro de ellos II, IV, V, VII develaron que cuando el doctor les confirmo el diagnostico se derrumbaron, entraron en depresión, todo su mundo cambio, manifiestan que cuando reciben el tratamiento de diálisis se cansan, todo ese proceso les deprime, les hace sentir mal, es como si en vida dejaran de ser útiles para su familia y para la sociedad. La depresión se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa; estas personas en su mayoría se deprimen el saber que el tratamiento que reciben es solo para mantenerlos con vida, el saber que la única solución es un trasplante de riñones, es esta situación que les hace sentirse desganados, con falta de interés por la vida, por la familia. Pero si no se da solución a esta depresión las complicaciones suelen ser graves, es por eso que la familia, amigos y el interés propio de salir adelante es una estrategia para mejorar la calidad de vida de estas personas.

RECHAZO AL DIAGNÓSTICO.

Rechazo es el proceso y la consecuencia de rechazar (resistir, negar o refutar). Al manifestar o concretar el rechazo hacia algo, la persona deja en evidencia que no lo acepta o tolera. Estas personas al saber de su diagnóstico médico entran en un proceso de negación a su estado para luego entrar en un proceso de negociación para finalmente aceptar su realidad.

De las ocho personas entrevistadas, dos de ellos (discursos N° II, VIII) develaron que de las personas con diálisis peritoneal evidencian que al enterarse del diagnóstico médico no lo aceptaron, rechazaban la idea de tener que vivir con esa enfermedad, la idea de tener que

asistir al hospital para que sean dializados, rechazaban totalmente al cumplimiento del tratamiento.

Paredes, R.; demuestra que las personas tienen diferentes estilos de afrontamiento y a las estrategias de reinterpretación positiva, negación, aceptación, postergación del afrontamiento. Esto implica y nos da a recalcar que las personas que reciben el tratamiento de diálisis peritoneal al inicio tienen un rechazo hacia el diagnóstico, temen afrontar al cambio de vida y a un tratamiento totalmente desconocido para ellos. El rechazo es la negación a lo sucedido, esta negación es normal en las personas, el no aceptar el estar enfermos, para luego entrara la etapa del cólera; que se expresa por la impotencia ante la enfermedad, o la muerte próxima, luego el regateo; que es un intento por posponer la muerte, se hace un trato con DIOS, depresión; ocurre cuando la persona enfrenta la pérdida de su salud y lo que ello implica, es decir, su independencia, actividades inconclusas, y por todo lo que conforma, su diario vivir y finalmente la aceptación; por lo general en esta fase la persona se encuentra muy cansada y débil se observa en la persona calma física y espiritual.

MIEDO A MORIR.

El miedo es una respuesta natural ante el peligro; una sensación desagradable que atraviesa el cuerpo, la mente y el alma. Se puede deber a algo que pasó, que está sucediendo o que podría pasar. Es difícil de controlar y puede provocar todo tipo de reacciones, tales como parálisis o ataques de ansiedad. En su versión más extrema, lo que se padece es el terror.

La muerte es una realidad angustiante, ya que la gente es consciente de que existe y de que llegará pero, la mayoría de las veces, se vive con la incertidumbre de cuándo será el día en que realmente pase. Es precisamente por esa razón que a lo largo de la vida, la muerte es percibida con una sensación muy angustiante.

De las ocho personas entrevistadas, tres de ellos discursos N° II, III, VIII develaron que recibir la noticia no aceptaron lo que les estaba pasando, se sentían que iban a morir, sentían que sus vidas acabo, tenían miedo de morir; el temor a morir es un sentimiento que las personas experimentan cuando sienten que ya no pueden más con la enfermedad que les aqueja, cuando no se sienten capaz de soportar el tratamiento y se quieren dejar vencer por la misma enfermedad.

Araujo, M; Et, al.; revela la percepción de los participantes sobre el significado de la enfermedad en sus vidas y las drásticas transformaciones personales sufridas en ese proceso, acompañados por importantes limitaciones personales y sociales, impuestas por el tratamiento. Evidenciando que las personas con diagnóstico terminal manifiestan en su mayoría este miedo; el miedo a morir que es un sentimiento de inquietud causado por un peligro real o imaginario, el miedo de morir es un sentimiento normal de estas personas, el miedo de dejar de existir, de no volver a ver a sus seres queridos, causando en ellos desesperación.

APOYO FAMILIAR

Es evidente que el apoyo familiar repercute en la manera en que los enfermos acepten la enfermedad y se adaptan a ella, tanto las personas enfermas como sus familiares le dan gran importancia al apoyo familiar, lo refieren como la disponibilidad de la familia para escuchar a los enfermos, tenerles paciencia, atender sus demandas, y refieren algunos de los beneficios que brinda el apoyo familiar como son el proporcionar seguridad, consuelo, tranquilidad y disponibilidad para cuando se requiere ayuda. Particularmente los familiares reconocen la importancia de mantener el equilibrio emocional en sus familiares y reconocen que el que un enfermo cuente con una red social como la familia, les favorece el apego a la terapéutica y por consiguiente favorece el control de su enfermedad.

De las ocho personas entrevistadas, cinco de ellos, de los discurso I, II, III, V, VIII develaron que al sentir el apoyo incondicional de su familia les hacía sentir con mejor ánimo, los malos pensamientos cambiaron, la tristeza, el mal humor, la depresión se hacen nada con el amor que sus seres queridos les emiten. Claro que hay días que ese amor no es suficiente pero se calman y contribuyen a ese apoyo que les brindan.

Céspedes, M; et, al. Da a conocer que las personas con diálisis peritoneal buscan un sistema de apoyo para afrontar la enfermedad, en este caso el sistema de apoyo se refiere a la familia de estas personas, la familia es la unidad básica de una sociedad, es el principal apoyo de toda persona, es por eso que estas personas buscan este apoyo, este refugio, y es gracias a eso que las personas con diálisis peritoneal encuentran la solución, aceptando y teniendo las ganas de salir adelante.

Estas vivencias coinciden con la investigación de Céspedes, M; et, al. El sistema de apoyo para afrontar la enfermedad y según Paredes, R. la búsqueda del soporte social; ambos enfocan a que una persona enferma con apoyo familiar mejora el ánimo es más fácil la resignación y el afrontamiento a su enfermedad porque se siente con fuerzas, esas fuerzas que le son emitidas por sus familiares y amigos. Ya que estas personas son incapaces de autocuidarse, la teoría de Dorothea Orem nos dice que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativas a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud, incluyéndose también en el cuidar a sus familiares.

CAMBIO DE VIDA

De las ocho personas entrevistadas, cinco de ellos, de los discurso I, II, IV, develaron que al enterarse de su diagnóstico, de la enfermedad que tenían sintieron que su vida cambio totalmente, dejaron de ser esas personas independientes, alegres, sociables, con aspiraciones y planes para la vida; todo esto se derrumbó, es como si volvieran a empezar de nuevo, a adaptarse con personas y situaciones distintas a las que estaban acostumbrados.

Céspedes, M; et, al. En una de sus categorías; continuar mi proyecto de vida, hace referencia a que estas personas ante la situación que están atravesando deciden continuar con su proyecto de vida, no se dejan vencer ante las circunstancias. En el presente trabajo en su mayoría se evidencio lo contrario, las personas develaron que esta enfermedad le dio un giro a su vida, todos esos planes de vivir se derrumbaron, se estancaron, sentían que vivir y no tiene sentido, pero no en todos los discursos evidenciamos esta realidad, claro que en un principio todos evidenciaron que su vida cambio, pero algunas personas aceptaron y decidieron continuar con su vida.

Araujo, M; et, al. En una de sus categorías revelaron: la percepción de los participantes sobre el significado de la enfermedad en sus vidas y las drásticas transformaciones personales sufridas en ese proceso. Ante la situación de enterarse que tenemos una enfermedad crónica terminal y que solo dependemos de un tratamiento cansado y estresante para poder alargar los días de vida, sin duda que cambia la vida de cualquier ser humano, todos los sueños, las esperanzas, todo se derrumba y termina en abrir y cerrar de ojos.

DESESPERACIÓN VS TRANQUILIDAD

Se llama desesperación a la pérdida total de la esperanza, a la cólera, despecho o enojo. Las personas desesperadas pueden llegar a perder el control de sí mismas e incluso pueden llegar a dañarse, tirándose de los pelos o dándose cabezazos, y en casos extremos hay serio peligro de suicidio. Ante la desesperación, las personas tienden a mostrarse ansiosas, furiosas y angustiadas. Poseen la sensación de haber caído en un pozo muy profundo, donde todo es oscuridad, no consiguen ver el camino que les saque de esa situación. Sin embargo, por muy justificada que esté esa sensación hay que saber actuar, saber que a pesar de todos los problemas no podemos quedarnos quietos cautivos de la tristeza y del dolor. Quienes se sienten desesperadas sienten verdadero dolor, podríamos llamarlo dolor del alma, sufren y no saben cómo afrontar esa situación que tanto dolor les está causando.

La tranquilidad es el estado de calma, serenidad o paz, que experimenta una determinada persona o individuo, o la ausencia de angustia, miedo, culpa o dolor. Al sentir tranquilidad, la persona se siente alegre con el momento que está experimentando, y siente que su vida está en equilibrio al igual que todo su interior y todo lo que lo rodea.

De las ocho personas entrevistadas, una de ellas, en el discurso I develó que se desespera, pero a la vez se siente tranquilo porque recibió todo el apoyo de parte de su familia y acepto su situación.

Según Araujo, M; et, al. (2011), manifiesta que las personas viven esta experiencia con angustia, desesperación. Los resultados de esta investigación tienen similitud en que las personas con esta enfermedad tienden a desesperarse ante la confirmación del diagnóstico y más incidente en el proceso del tratamiento; pero solo en esta investigación se logró develar que las personas que se desesperan logran aceptar su realidad para tranquilizarse y tratar de llevar la misma vida que tenían.

NEGACIÓN VS ACEPTACIÓN

La negación es un mecanismo de defensa que consiste en enfrentarse a los conflictos negando su existencia o su relación o relevancia con el sujeto.

Aceptar lo que no puedes cambiar es de vital importancia para que puedas seguir adelante y transformar tu vida si quieres seguir adelante tienes que aceptar la realidad o sufrirás más

de lo necesario. Luchar en contra de una realidad inamovible, será un gasto de energía inútil y dañina. Sólo desde la aceptación podrás seguir adelante sin estancarte.

De las ocho personas entrevistadas, una de ellas, en el discurso II, develó que no aceptaba su enfermedad, pero luego con el apoyo e insistencia de su familia aceptó el inicio del tratamiento y mejorar su calidad de vida.

Según el modelo de Kübler-Ross (1969), la negación es considerada una de las fases que pasan los pacientes a quienes se les ha diagnosticado una enfermedad terminal, aplicables a cualquier catástrofe personal.

Paredes, R.; En una de sus categorías: la negación, afrontamiento activo, aceptación, postergación del afrontamiento. La pérdida de la salud se constituye como una crisis circunstancial y que no tiene que ver con el proceso natural, de maduración de las persona, estas crisis son impredecibles y tienen poca o ninguna relación con la edad, o etapa de desarrollo en consecuencia pueden afectar a cualquiera en cualquier momento. Las personas ante una noticia negativa reaccionan con negación y aislamiento; la persona niega que lo que está sucediendo es real, luego tendrá cólera, regateara, se deprimirá, para finalmente llegar a aceptar su situación.

ANGUSTIA VS TRANQUILIDAD

La angustia es el sentimiento que experimentamos cuando sin motivo nos preocupamos en exceso por la posibilidad de que en el futuro nos ocurra algo temido sobre lo que no tenemos control y que, en caso de que sucediera consideraríamos "terrible" o haría que nos consideráramos personas totalmente inútiles. También se puede definir la angustia como un sentimiento de amenaza cuya causa es por el momento desconocida pero que puede aparecer en el momento en que menos lo esperamos y revelar a todos sin excepción que somos unos incompetentes o personas totalmente ridículas.

La tranquilidad es el estado de calma, serenidad o paz, que experimenta una determinada persona o individuo, o la ausencia de angustia, miedo, culpa o dolor. Al sentir tranquilidad, la persona se siente alegre con el momento que está experimentando, y siente que su vida está en equilibrio al igual que todo su interior y todo lo que lo rodea.

De las ocho personas entrevistadas, una de ellas, en el discurso III, develó que se sentía angustiado por el proceso del tratamiento, la angustia llega con la negación, el miedo de no saber qué va a suceder pero cuando al recibir el apoyo de sus familias estas personas sienten tranquilidad y nada de preocupaciones, por el mismo hecho de que ya aceptaron su estado de salud, se sienten apoyados.

Esta divergencia develada no se relaciona en ningún otro trabajo de investigación; por lo tanto es en este trabajo que se identificó que las personas con diálisis pasan por un periodo de angustia para luego darse cuenta de la situación que están pasando, aceptando su realidad y vivir en tranquilidad.

ABANDONO DE DIOS

Los sentimientos de abandono por lo general vienen porque estamos sufriendo en soledad por cosas malas, dolorosas o difíciles. Dolorosamente, cuando pasamos por circunstancias difíciles, nos damos cuenta que el amor que debemos sentir como hijos de Dios por los demás y por nosotros mismos no está en nosotros. Nos falta comprensión y compasión ante el dolor que viven otras personas.

De las ocho personas entrevistadas, dos de ellos, discurso VII, VIII develaron que se sienten abandonados por Dios, ese abandono les hizo alejarse de la religión, su creencia hacia él fue disminuyendo continuamente.

Céspedes, M; et, al. (2012). en una de sus categorías refiere que la práctica de la religiosidad se disminuye por el hecho de que se sienten abandonados, en su mayoría sienten que Dios les ha abandonado, como si fuera un castigo divino. Este sentimiento es una actitud normal de aquellos que no tienen su fé en Dios muy sólida, y tratan de y tratan de justificar sus malos estilos de vida, su incapacidad para poder mantenerse con buena salud; en cambio las personas con Dios en sus corazones piden perdón y su relación con él se hace mucho más sólida.

FÉ EN DIOS

Es la primera de las virtudes teologales, que nos permite creer, aun sin comprenderlas; también es aceptar los designios de Dios aunque no los entendamos, aunque no nos gusten. Si tuviéramos la capacidad de ver el fin desde el principio tal como Él lo ve, entonces podríamos saber por qué a veces conduce nuestra vida por sendas extrañas y contrarias a nuestra razón y a nuestros deseos. La fe siempre saca algo valioso de lo aparentemente inexistente; puede hacer que brille el tesoro de la generosidad en medio de la pobreza y el desamparo, llenando de gratitud al que recibe y al que da.

Es la disposición natural de las personas para creer y confiar encuentra una seguridad y una certeza muy grande en la virtud teologal de la fe, porque es confiar en Dios, quien nunca nos falla ni nos abandona, que ni se engaña ni nos puede engañar. En este sentido estaba reflejado en los discursos I, VII, VIII.

Capítulo VI
CONSIDERACIONES FINALES

CONSIDERACIONES FINALES

- ❖ Las personas sometidas a diálisis peritoneal manifiestan en su mayoría desesperación, pierden la esperanza en la vida, y lo demuestra con cólera, enojo, todo estas vivencias es acompañado del cansancio provocado por el proceso del tratamiento lo que provoca la falta de fuerzas de estas personas y las ganas de no hacer nada.
- ❖ Las personas que reciben el tratamiento de diálisis peritoneal, al inicio tienen un rechazo hacia el diagnóstico, temen afrontar al cambio de vida y a un tratamiento totalmente desconocido para ellos. El rechazo es la negación a lo sucedido, esta negación es normal en las personas, el no aceptar el estar enfermos para luego ser asimilados y aceptados.
- ❖ Las personas con diagnóstico terminal manifiestan en su mayoría el miedo; el miedo a morir que es un sentimiento de inquietud causado por un peligro real o imaginario, el miedo de morir es un sentimiento normal de estas personas, el miedo de dejar de existir, de no volver a ver a sus seres queridos, causando en ellos desesperación.
- ❖ Las personas ante una noticia negativa reaccionan con negación y aislamiento; la persona niega que lo que está sucediendo es real, luego tendrá cólera, regateara, se deprimirá, para finalmente llegar a aceptar su situación.
- ❖ las personas con esta enfermedad tienden a desesperarse ante la confirmación del diagnóstico y más incidente en el proceso del tratamiento; pero solo en esta investigación se logró develar que las personas que se desesperan logran aceptar su realidad para tranquilizarse y tratar de llevar la misma vida que tenían.
- ❖ El apoyo familiar es un eje básico para la recuperación de estas personas, el apoyo es un sostén para que estas personas avancen y superen este nuevo cambio de vida, para que afronten con ganas la recuperación y tratar de vivir su vida como lo hacían anteriormente.

Capítulo VII
RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

❖ AL DIRECTOR DE LA REGIÓN DE SALUD DE JAÉN:

Gestionar cursos, talleres, programas de salud y equipos médicos, que mejoren la calidad de vida de las personas que acuden al hospital, en este caso se recomienda implementar un programa de diálisis peritoneal para aquellas personas que no cuenten con los recursos necesarios para ir a otras regiones y reciban el tratamiento.

❖ AL HOSPITAL II ES-SALUD DE JAÉN:

Capacitar al personal de salud con cursos de especialización para mejorar la atención a estas personas, que necesitan comprensión, afecto, y sobre todo una información profunda sobre la enfermedad para que se sientan comprendidos y en confianza de realizarse el tratamiento.

Capítulo VIII
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DE LIBROS.

- ✓ Fernández, S; et, al. (2012) Cuidado del enfermero de la dimensión espiritual a las personas con enfermedad renal crónica. VI Jornada Internacional de Investigación en ciencias de Enfermería. “Nuevas teorías de enfermería y su aplicabilidad para optimizar el cuidado”. 1ª Edición. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Perú. Págs.169.
- ✓ Husserl, E. (1997) Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. 3ª reimpresión. Fondo de Cultura Económica; México. Págs.613.
- ✓ Hernández, S; et al. (2010) Metodología de la investigació. 5ª ed. México, D.F.:McGraw-Hill. Págs. 645
- ✓ Marriner, Ann et. al. (1994) Modelos y Teorías en Enfermería 3ª Edición Editorial Mosby. Madrid. Págs. 182-186.
- ✓ Marriner A, Raile M. (2006) Modelos y teoría en enfermería. 6ª Edición Editorial Elsevier. España. págs. 267-295.

DE TESIS Y MONOGRAFIAS.

- ✓ Araujo, M. (2011). “La experiencia vivida por pacientes en diálisis peritoneal domiciliaria: Un abordaje fenomenológico”. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Brasil. Págs. 24-29.
- ✓ Céspedes M. et, al. (2012). “Modo de adaptación de autoconcepto en el hogar del adulto joven que padece insuficiencia renal crónica”. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Facultad de Enfermería Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Trujillo. Págs. 4,12-16.
- ✓ Gonzales, Y; et al (2011). “Características del estado emocional en pacientes con enfermedad renal crónica”. Disponible en, <http://www.psicologiacientifica.com/enfermedad-renal-cronica-pacientes-estado-emocional/>. Accesado el 8/03/2014.

- ✓ Magas, A et al. (2003). “Efectos psicológicos de la insuficiencia renal crónica: diferencias en funciones de los tratamientos médicos”. Tesis para optar el título de licenciado en Enfermería. Universidad de Deusto Bilbao. Disponible en [www.http://revistanefrologia.com/revistas/p1-E252/E252-S138.PDF](http://revistanefrologia.com/revistas/p1-E252/E252-S138.PDF). Accesado el 25/03/2014.
- ✓ Patiño, B. (2004). Murcia. Guía de alimentación para pacientes renales. Asociación de ayuda al enfermo renal. Servicio municipal de salud. Disponible en [www.http://revistanefroalimentacion.saludable.com/revistas/pl1e252/p1-e252-s132-a3988.pdf](http://revistanefroalimentacion.saludable.com/revistas/pl1e252/p1-e252-s132-a3988.pdf). Accesado el 27/08/14.
- ✓ Paredes, R (2005). Lima. “Afrontamiento y soporte social en el grupo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal”. Para optar el grado de licenciado en psicología con mención en psicología clínica.
- ✓ Ramírez, P. (2005). Asociación Mexicana de Tecnología A. C. “La Insuficiencia Renal Fase Terminal y los Cuidados Paliativos”. México. Disponible en [www.http://revistanefrotecnologia.com/revistas/Articulo=4424170093092p1S138](http://revistanefrotecnologia.com/revistas/Articulo=4424170093092p1S138). Accesado el día 27/08/14.
- ✓ Tejada L; et, al. (2006). “percepciones de enfermos diabéticos y sus familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento”. México. Tesis para optar el título de magíster en enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Págs.16-21.

SITIOS EN RED.

- ✓ Catoni, M; et, al. “Aprendiendo a vivir con hemodiálisis”. Manual de autocuidado para el paciente con hemodiálisis. Disponible en: [http://wwwsenferdialt.cl/pdf/aprendiendo a vivir.pdf](http://wwwsenferdialt.cl/pdf/aprendiendo%20a%20vivir.pdf). Con acceso el día 04/04/2014.
- ✓ Díaz, M; et, al. “Aproximaciones al Principio de Autonomía en el tratamiento de diálisis: el Consentimiento Informado y las Voluntades Anticipadas”. Disponible en: <http://www.revistaseden.org/imprimir.aspx?idArticulo=4424170093092093097424170>. Accesado el 30/04/14.
- ✓ Díaz, R. “El hombre y sus vivencias”. Disponible en: [http://diazalguin.wordpress.com/2008/07/17- según informes de la oficina de estadística e informática del Ministerio de Salud del año 2003](http://diazalguin.wordpress.com/2008/07/17-seg%C3%BA-n-informes-de-la-oficina-de-estad%C3%AD-stica-e-inform%C3%A1-tica-del-Ministerio-de-Salud-del-a%C3%B1o-2003). Accesado el 23/01/2014.

- ✓ Fernández, N. “Andragogía. Su ubicación en la educación continua. Universidad Nacional Autónoma de México, dirección de educación Continua. Disponible en <http://www.tuobra.unam.mx/publicadas/021123224856-EL.html>. Accesado el 21/05/2014.
- ✓ Gonzales, A. “Enfermedad renal crónica”. Disponible en: <http://www.h/m.nih.gov/mediliniplus/spanish>. Accesado el 18/02/2014.
- ✓ Meneses, V; et, al. “Diálisis peritoneal no convencional en pacientes con insuficiencia renal que requieren soporte dialítico”. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Disponible en: <http://77scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086861920050003000=scrip=arte.xt>.
- ✓ Noreña, A; et, al. “Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa”. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1824/html>. Accesado 21/05/14.
- ✓ Ramírez, M. “Manejo de la técnica de diálisis peritoneal por el personal de enfermería”. Para optar el Diplomado de especialista en Administración de Servicios de Enfermería. Universidad de Colima-Colombia. Disponible en: <http://www.revistanefrologica.com/revistas/p1e252/p1-e252-s132-a3988.pdf>. Accesado el 27/01/2014 a las 5:00 pm.
- ✓ Silva, C. “Gerontología y Geriatria”. Colegio Médico del Perú. Disponible en: www.http://elsita2013.blogspot.com/2013/02/periodos-y-etapas-del-ciclo-de-vida-del.html. Accesado el 25/04/2014.
- ✓ Venado, A; et, al. “Insuficiencia Renal Crónica”. Unidad de Proyectos Especiales Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/02_feb_2k9.pdf. Accesado el 23/05/14

ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ
DE MENDOZA DE AMAZONAS
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



ANEXO N° 01

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado participante:

La investigadora del proyecto para el cual Ud. ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

Atentamente,

.....

Pérez Sanchez, Indira Gomelsky

Tesista



**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ
DE MENDOZA DE AMAZONAS
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



ANEXO N° 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....; bajo firmante declaro que acepto participar en la investigación “VIVENCIAS DE LAS PERSONAS ADULTAS Y ADULTAS MAYORES CON DIÁLISIS PERITONEAL. HOSPITAL II, ES-SALUD – JAÉN 2014”. Siendo realizado por la interna de enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza De Amazonas: Pérez Sanchez, Indira Gomelsky cuyo objetivo es: Develar el fenómeno de las vivencias de las personas adultas y adultas mayores con tratamiento de diálisis peritoneal. Hospital II, Es-Salud – Jaén

Acepto participar de las entrevistas que serán gravadas por la investigadora en cuanto a mis vivencias, asumiendo que las informaciones dadas serán solamente de conocimiento del investigador, quien garantiza el secreto y respeto a mi privacidad.

Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado, sin ser mencionado mi nombre, teniendo libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar participar del estudio sin que genere algún perjuicio y/o gasto. Sé que de tener dudas de mi participación podre aclararlas con el investigador.

Firma del Informante

firma de la Participante



**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ
DE MENDOZA DE AMAZONAS
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



ANEXO N° 03

GUIA ORIENTADORA DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

I. INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo: Develar el fenómeno de las vivencias de las personas adultas y adultas mayores con tratamiento de diálisis peritoneal. Hospital II, Es-Salud – Jaén

II. DATOS GENERALES:

Edad :
Sexo :
Estado civil :
Procedencia :
Ocupación :

III. PREGUNTA ORIENTADORA:

¿Qué siente, ser una persona con diálisis peritoneal?

¿Qué más?

¿Qué más?

¿Qué más?