

Duazary / Vol. 15, No. 3 - 2018 / 18 - 29
DOI: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2495>

ACCIONES PROTECTORAS DE SALUD EN EL CUIDAR DE SÍ DE PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

PROTECTIVE ACTIONS OF HEALTH IN THE CARE OF PATIENTS IN PERITONEAL DIALYSIS

TITULO CORTO: ACCIONES PROTECTORAS DE SALUD

Haidy Rocio Oviedo-Cordoba¹ , Aní Josefina Evies-Ojeda² 

Para citar este artículo: Oviedo-Cordoba HR, Evies-Ojeda AJ. Acciones protectoras de salud en el cuidar de sí de pacientes en diálisis peritoneal. *Duazary*. 2018 septiembre; 15(Suple 3): 18-29. Doi: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2495>

Recibido en febrero 14 de 2018

Aceptado en julio 12 de 2018

Publicado en línea en septiembre 02 de 2018

RESUMEN

El cuidar de sí se ha considerado como una parte fundamental del cuidado humano, los estudios hasta ahora realizados han permitido indagar, desde un ejercicio hermenéutico, la visión ontológica en donde el cuidar de sí representa conocerse, formarse y superarse a sí mismo. Para construir el cuidar de sí desde la perspectiva de los pacientes en diálisis peritoneal, se escogió el abordaje cualitativo para darle significado a algo que desde la experiencia humana posee una esencia. Bajo un enfoque fenomenológico, utilizando el método de Spiegelberg el cual ofrece un método sistemático para comprender mejor las distintas aproximaciones al estudio del cuidar de sí. La selección de los informantes fueron personas con enfermedad renal crónica en tratamiento renal sustitutivo de diálisis peritoneal, quienes libremente, desde su subjetividad y perspectivas, aportaron la información necesaria para la interpretación que da de sí mismos sobre el cuidado, previa obtención del consentimiento informado. Los actores sociales entrevistados fueron seis pacientes que asistían a su consulta mensual en la Clínica Renal. En la matriz de análisis de manera preliminar se ha podido develar que entre los atributos del cuidar de sí están las acciones protectoras de salud.

Palabras clave: Autocuidado; diálisis peritoneal; enfermedad crónica.

1 Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Correo: hoviedo@unimagdalena.edu.co - <http://orcid.org/0000-0002-9908-0375>

2 Universidad de Carabobo. Carabobo, Venezuela. Correo: ani18380@hotmail.com - <http://orcid.org/0000-0001-8535-0488>

ABSTRACT

Caring for oneself has been considered a fundamental part of human care. The studies carried out so far have allowed us to investigate, from a hermeneutical exercise, the ontological vision in which caring for oneself means knowing oneself, training oneself and surpassing oneself. To build care for oneself from the perspective of patients on peritoneal dialysis, the qualitative approach was chosen to give meaning to something that from the human experience has an essence. Under a phenomenological approach, using the Spiegelberg method which offers a systematic method to better understand the different approaches to the study of self-care. The informants were selected by people with Chronic Kidney Disease in renal replacement therapy of Peritoneal Dialysis, who freely from their subjectivity and perspectives provided the necessary information for self-interpretation of care, after obtaining informed consent. The social actors interviewed were 6 patients who attended their monthly consultation in the Renal clinic. In the matrix of analysis in a preliminary way it has been possible to reveal that among the attributes of taking care of oneself are the protective actions of health.

Keywords: Self-care; Peritoneal Dialysis; Chronic Disease.

INTRODUCCIÓN

El cuidado humano se ha visto enmarcado en dos realidades, su evolución histórica y el fundamento filosófico; ambas, desde sus orígenes, permiten conocer las razones para mantener y conservar la salud, lo cual guarda relación con el desarrollo en las diferentes culturas, sus creencias, su economía, su organización social, impregnando los avances en técnicas y tratamientos de las enfermedades acompañadas de la terapéutica, la cual inicialmente partió, tal como lo menciona Ibáñez¹, de la elaboración de cataplasmas, tomas, brebajes fundamentados en elementos de los diferentes reinos, con lo cual podría considerarse la realización de actividades cuidadoras rudimentarias orientadas a la alimentación, sobrevivir y salvaguardar los recursos disponibles, dando a los fenómenos no controlados la calidad de sobrenaturales, conociéndose como etapa primitiva o doméstica del cuidado en donde la mujer sanadora realizaba sus prácticas curativas².

Posteriormente, la visión del cuidado se enfoca en el deseo de servir al prójimo, por ello la caridad y humildad, sumados a una actitud de abnegación y al sentido de sacrificio, se consideraban como actitudes y labores que guardaban relación con una moral cristiana, tomando para este periodo

el sentido religioso al que el cuidado estuvo ligado hasta mediados del siglo XX; por esa razón, y a pesar que desde la etapa moderna se logró introducir la profesionalización de la actividad de cuidar por parte de reformadores religiosos y seculares, se mantuvo en el inconsciente colectivo la gratuidad del cuidado².

Mientras el mundo se debatía entre grandes conflictos religiosos del siglo XV al XVIII, se logró desarrollar una serie de teorías filosóficas, químicas, físicas y una revolución industrial e intelectual con lo cual se marca el avance de la humanidad y con ella el inicio de un desarrollo de los conceptos de salud y enfermedad marcados por el positivismo, el cual alejó a la medicina de los postulados sociales, por lo que lo biológico y lo físico pasaron a ser elementos centrales.

En medio de este contexto aparece Florence Nightingale quien no solo recupera el prestigio de la Enfermería, sino que también desarrolla el primer programa organizado para la formación de enfermeras y con él orienta la relación entre la ciencia sanitaria y las instituciones médicas, consciente de las condiciones en las que eran atendidos los enfermos, introduce la necesidad de fundamentar los conocimientos propios del cuidado en la investigación, la estadística, la epidemiología

y en los conceptos de higiene y saneamiento, aspectos que marcaron un legado que permitió construir una identidad profesional y disciplinar hasta la actualidad.

Ahora bien, desde el punto de vista filosófico, se debe reconocer la influencia de esta disciplina en la evolución del concepto del cuidado y que fundamentan la base de un ser existencialista, humanístico y fenomenológico. Para sustentar estas ideas se hace necesario revisar el pensar filosófico y científico de algunos filósofos con aportes significativos a este concepto, tales como, desde el pensamiento Greco romano, a Seneca, Platón, Sócrates, Aristóteles, hasta modernos y contemporáneos como Martin Heidegger, Milton Mayeroff, Michael Foucault, Leonardo Boff, y con ellos a algunas teoristas de Enfermería como Jean Watson, Regina Waldow y Marie Françoise Colliere.

Cuidado de sí puede entenderse como control de sí mismo, soberanía sobre sí, ocuparse de sí³; Carmona⁴, cita a Seneca para enriquecer el significado describiéndolo como cultivo de sí, ocuparse de uno mismo, ser administrador de uno mismo; para este pensador, dada su escuela, la virtud se relaciona como un fundamento del cuidar de sí, ya que a través de ella y del cuidado pueden constituirse la moral, la ética y la estética, que llegan así a armonizarse y embellecer el ser interior¹; es importante entonces reconocer a la virtud como esa capacidad y aptitud para llevar a cabo determinadas acciones adecuadas al hombre y con ellas el autocontrol y autodominio ante la vida, lograr tener el control de las situaciones poniendo al máximo límite la voluntad y tal como lo propone Seneca “eliminar las influencias nocivas sobre la voluntad del hombre”.

Con la intención de integrar estos dos conceptos, *cuidar de sí* y *virtud*, podría inferirse que un hombre virtuoso sabe cuidar de sí, y saber cuidar

de sí es ser honesto³; lo cual tiene en sí mismo un estado de unidad entre el pensar y el actuar expresados como un estilo de vida, como una actitud respetuosa consigo mismo y con el otro; buscando así ligar sabiduría, serenidad y *aphateia* en la tranquilidad del alma³.

Desde la tradición aristotélica, el cuidado de sí incluye un aspecto moral, se convierte en un hábito de la vida cotidiana, es decir, el cultivo de sí mismo con la visión al bien del todo. El hombre necesita entrar en la profundidad de conocer quién es para poder orientar su existencia; Sócrates conduce este conocimiento de sí como un cuidar de sí⁵.

Para Platón y Sócrates era esencial el conocimiento de sí mismo, gobierno de sí, dominio y autodominio de sí; a la vez Platón incluía dentro de este concepto la necesidad de un volverse sobre sí mismo para producir cambios vivenciales, mientras que Sócrates insistía en un cuidado de sí como una vía de doble sentido, en donde a través del cuidado de sí mismo surge la posibilidad de cuidar del otro y por ende el cuidar del otro viabiliza el cuidar de sí mismo, rescatando así la fraternidad, ese ser uno con los otros, y el cuidado rescata esta proximidad⁶.

El hombre cuidadoso de sí tiene en cuenta el todo, para ello ha de vivir en reflexión, para no dejar escapar alguna situación, vive exigido, no vive bajo el mundo de los demás; el tiempo para el hombre cuidadoso es fundamental porque reconoce que cada acción implica un crecimiento, superación, de ser lo que se debe ser, un hombre honesto, sabio, virtuoso, que combina inteligencia y sabiduría con las cuales puede lograr un convencimiento de aquello que necesita superar, en una lucha constante por mantener la prudencia, no cansarse, no llegar al desespero, evitando el agotamiento. Tal como en la tradición Aristotélica, resalta un aspecto moral que se convierte en

hábito de vida o el cultivo de sí mismo con vistas al bien de todo³. O, como lo propuso Seneca, el conocimiento de sí conduce al cuidado de sí, que requiere dominio de sí, gobierno de sí, ser dueño de sí, solo de esta manera podrá asumir el control del afuera sobre las situaciones adversas.

Por otro lado, Heidegger menciona el cuidado o cura, o *sorge* en alemán, en su obra *Ser y tiempo*, y lo refiere como un “cuidar de” y “velar por”, un cuidado de las cosas y cuidado de los otros; lo define como inquietud, preocupación, alarma y, en un sentido más amplio, es desvelo por “sí mismo”; resalta como característica del hombre la voluntad, el deseo, la inclinación, el impulso con los cuales el hombre tiene una existencia auténtica, en donde es *ser* con los otros, cuando la existencia del otro adquiere importancia para mí, por tanto debe cuidar del otro, de esa manera el ser sale de sí para centrarse en el otro con desvelo y solicitud. Al propiciar que el otro se transforme es que él mismo puede transformar su propio ser en la búsqueda de su esencia².

Desde el punto de vista existencial el cuidado se encuentra a priori, antes de toda actitud y situación del ser humano, lo que significa decir que el cuidado está presente en toda actitud y situación de hecho.

Ligado a este concepto, Heidegger expone el *dasein*, expresión que significa “estar ahí”, “aquí”, “allí”, y que él retoma para comprender la existencia humana en el mundo; ser uno mismo es la conciencia que determina al ser a través de la continuidad en el tiempo y en el espacio, es la existencia de sí, es estar ahí⁷. Podría considerarse entonces como un modo de ser esencial, siempre presente e irreductible, en donde el ser se da a conocer y se articula con la conciencia de sí, quien la determina en el ser a través de la continuidad en el tiempo y en el espacio; el ser logra entonces comprenderse a sí mismo desde su existencia,

desde una posibilidad de sí mismo: de ser o no ser, por ello desde la tradición ontológica la existencia es lo mismo que estar ahí.

En este recorrido filosófico del cuidar de sí, es importante reconocer los aportes de Michael Foucault, quien lo sustenta desde el pensamiento griego como un conocerse a sí mismo y desvelarse en una estética de sí, con una visión ética ontológica que implica una reflexión individual o grupal que permita conocer quién soy, cómo cambiar; implica una crítica reflexiva sobre el ser, destacar las verdades de lo que se es y una posibilidad de libertad, ocupándose de sí mismo, pensarse, asirse, asistirse y regirse en un esfuerzo por apropiarnos y a conducir nuestra vida; un sujeto moral responsable de sus propias acciones.

Sossa⁸ citando a Britos, retoma las palabras de Foucault al reconocer el cuidar de sí como un conocimiento de sí y a la vez el conocimiento de reglas y cumplimiento de conductas, reglas o principios que a la vez son verdades o prescripciones

Almeida⁹, desde una propuesta existencialista, cita a Viktor Frankl, psiquiatra y neurólogo austriaco, para dar una idea más clara de lo que significaría el cuidar de sí desde la libertad dentro del proceso de enfermedad; para ello tiene como punto de partida los cambios necesarios y sugeridos para mejorar la situación de salud; a estos se anexan los procesos reflexivos y acciones que, siendo procedentes del ejercicio de la libertad acompañada de responsabilidad dada la contingencia a la que se enfrenta la persona, le confiere la capacidad para dar respuesta y asumir lo que ha hecho. De esta manera puede, desde la libertad, elegir y definir frente a los resultados, ya sean estos positivos o negativos, como producto de sus elecciones, que lo sintetiza como la decisión personal y libre, muy a pesar de que en el ejercicio de esa libertad llegue a la realización de acciones que transgredan las limitaciones que puede necesitar para mantener

su salud, haciendo entonces parte de la conciencia de cuidar de sí.

Podría compararse con un proceso de construcción, un modo de ser que es un aprender, un cultivar, una formación permanente que implica el acto de educar y de lograr el culmen del ser. A este proceso se le anexa la noción de *gubernamentalidad*, entendida según Benente¹⁰ como “la confluencia de las técnicas de dominación ejercidas sobre los otros y las técnicas de sí mismo”, técnicas que Foucault ha integrado en el concepto de las tecnologías del yo, las cuales, desde dicha visión, permiten ejercer en las personas, por su propia cuenta o con ayuda de otros, cierto número de acciones sobre su cuerpo, su alma, sus pensamientos, es decir, desde su integralidad, obteniendo así una transformación de sí mismo, para con ellos alcanzar un estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad; lo que los griegos, según Foucault, denominaron *epimeleia heautou*.

Foucault¹¹ considera entonces la *epimeleia* un “cuidar de sí”, una “preocupación de sí”, una “inquietud de sí”; no solo como esa condición para acceder a la vida filosófica desde la perspectiva grecorromana sino cualquier conducta racional regida por el principio de la racionalidad moral, con la cual la persona se convierte en médico de sí mismo, prestándose atención a sí mismo.

Tales reflexiones filosóficas me permiten reflexionar sobre el cuidado de sí de los pacientes con enfermedad renal sometidos a terapias de reemplazo renal tipo diálisis peritoneal, quienes, por el diagnóstico y tratamiento mismo, requieren alternativas cuidadoras tanto por parte de los profesionales de la salud, como por ellos mismos.

La enfermedad renal crónica (ERC) se reconoce dentro de las enfermedades no transmisibles, con otras características como su curso progresivo, y está ligada a otras enfermedades precursoras;

surge a partir de la disminución lenta, progresiva e irreversible de la función renal, considerando el daño renal con una tasa de filtración glomerular (TFG) inferior a 60 ml/min/1,73m² durante más de tres meses; esta disminución de la progresión permite una clasificación de los que se reconocen como cinco estadios (ERC1 – ERC 5), de acuerdo a las guías K/DOQUI refrendadas en el 2015 por la National Kidney Foundation¹².

La enfermedad renal ocupa hoy a nivel mundial uno de los principales problemas de salud pública; en Colombia se considera, dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), como una enfermedad en alto costo, debido al alto impacto económico, sumado al efecto que desde lo laboral, social y psicológico genera en la calidad de vida del paciente y su familia. El Ministerio de Protección Social, a través de la cuenta de alto costo, reportó para el año 2016 un total de 359.222 personas diagnosticadas con ERC, el 60% corresponden a mujeres con un promedio de edad de 65 años, siendo el 61% de la población incidente mayor de 60 años y el 29%, personas con edades entre 45 y 59 años. Dicho informe da a conocer la incidencia para el mismo año, la cual se calcula en 7,4 por cada 1000 habitantes, siendo de 8,2 x 1000 habitantes mujeres y de 6,5 x 1000 hombres, se estima que de cada 100 personas que tuvieron ERC durante el periodo, 27 fueron diagnosticadas durante el mismo¹³.

A comparación de informes de años anteriores, en donde la prevalencia mostraba 27.637 casos confirmados¹⁴; para el año 2016 se observa que la población incidente se encontraba en etapas iniciales de la enfermedad, es decir, estadios uno o dos con un total de 211.847 personas; mientras que aproximadamente 2 de cada 100 personas con nuevo diagnóstico tenían una TFG menor a 15ml/min/m², es decir, se encontraban en un estadio avanzado de la enfermedad aproximadamente 5.318 personas.

Entre el 1 de julio del 2015 y el 30 de junio del 2016, fueron reportadas 3.970 personas con nuevo diagnóstico de ERC en estadio cinco, que nunca antes habían sido reportadas, lo que corresponde al 11% de todos los pacientes durante ese periodo; de estos, el 55,4% eran hombres (2200), el promedio de edad fue de 61,6 años, a la vez se encuentra un 15% de personas mayores de 80 años (632) y un 43,1% entre los de 50 y 69 años (n= 1711). El reporte permite conocer la incidencia de ERC estadio cinco en la población general calculada en 8,1x100.000 habitantes, siendo superior en los hombres (9,1x100.000) respecto a las mujeres (7,2x100.000). De cada tres pacientes con ERC, tres son incidentes en etapa cinco, conservando la diferencia de 4,2x1000 hombres respecto a las mujeres de 2,3x1000¹⁵.

Una vez diagnosticado, el paciente debe escoger una de las terapias de reemplazo renal o tratamiento sustitutivo. En este aspecto, el informe del año 2016 reporta un 76,6% a los casos que fueron reportados como incidentes en el estadio cinco de la ERC y que nunca habían sido notificados; se identificaron 4.267 personas de las cuales el 57,5% fueron hombres, con un promedio de edad de 58,6 años, siendo el 74,1% mayores de 50 años; así también, el 41% tenía como enfermedad preexistente la hipertensión arterial (HTA) y un 39%, HTA-DM, el 5% solo diabetes mellitus (DM) y un 15% otro tipo de patologías que los llevaron a ERC y en consecuencia a recibir un tratamiento de reemplazo renal (TRR)¹⁶.

La terapia que presentó mayor frecuencia fue la hemodiálisis 57,5%, seguida de diálisis peritoneal 33,6% y de la terapia médica no dialítica en un 6,6%¹². Si bien ambas terapias ofrecen una variedad de ventajas y desventajas, es notoria la preferencia por hemodiálisis por las actividades de autocuidado y del cuidar de sí, las cuales tienen un fuerte control de los principales factores de riesgo a través del acompañamiento de los profesionales de la salud y de la terapia dialítica misma; si bien

tiene restricciones el hecho de no ser directamente el responsable de la terapia, sí induce la elección en algunos casos, mientras que el autocuidado realizado en la diálisis peritoneal exige por parte del paciente el asumir el control de la terapia dialítica, desde la inducción, entrenamiento, adecuación de su casa, los horarios para cada recambio, su lavado de manos, su alimentación que, si bien es restringida al dializarse diariamente, le permite cierta libertad igual que en manejo de sus líquidos orales; esto exige que tanto pacientes como cuidadores reciban una educación continuada, individualizada, en la cual no solo se integren los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

En tal sentido, se hace necesario profundizar en el conocimiento y significado que los pacientes en diálisis peritoneal dan al cuidado de su propia salud y reconocer los conceptos y valores que van unidos a esta construcción axiológica, ontológica y epistemológica, teniendo en cuenta la descripción anterior de la situación que viven dichos pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

El actual estudio se realizó bajo el enfoque cualitativo fenomenológico, se encuentra vinculado a la línea de investigación Promoción del Cuidado Humano en la Experiencia de la Salud y Calidad de Vida, el cual pertenece al doctorado en Enfermería, específicamente en el área de concentración Salud y Cuidado Humano; ésta línea se orienta a crear una construcción teórica de naturaleza ontológica, axiológica y epistemológica, para este caso acerca del cuidado de sí de las personas con enfermedad renal en tratamiento de diálisis peritoneal.

Se consideró el paradigma cualitativo para comprender aquello que conocemos y que no solo tiene un significado en un contexto dado. De acuerdo con Do Prado *et al*¹⁷, este paradigma es

útil para responder a aquellas cuestiones acerca de por qué las personas hacen lo que hacen, pues busca comprender el significado de la experiencia o explorar un fenómeno desde el punto de vista del otro; a la vez permite aplicar principios epistemológicos, filosóficos, ontológicos y metodológicos que permitan, a partir de la habilidad reflexiva, la utilización de otras ciencias del saber, como las antropológicas y psicosociales, teniendo así una comprensión de las particularidades y subjetividades, y de la diversidad de la naturaleza de los fenómenos humanos, lo que favorece la construcción del conocimiento en Enfermería.

Tipo de estudio

El enfoque seleccionado fue el de la fenomenología, pues permite un saber comprensivo, ligado a los fenómenos humanos y acogiendo los significados que representa la experiencia vivida a fin de comprender valores, actitudes y asignación de significados por parte del sujeto. Para Muñoz y Lorenzini¹⁸ se trata de incorporar los aspectos subjetivos que determinan el horizonte de la relación sujeto- objeto. Para el desarrollo del presente estudio se utilizó el modelo de Spiegelberg que consta de seis fases: en la primera de ellas, el investigador hace una descripción del fenómeno detallando de manera libre sin utilizar categorizaciones; seguido de este relato, el investigador no solamente va a tomar en cuenta las opiniones de los sujetos del estudio, sino también, a partir de los agentes externos o personas involucradas en el fenómeno, resalta su perspectiva, no emite críticas u opiniones, por ello esta segunda fase se reconoce dentro de este modelo como la búsqueda de múltiples perspectivas. La fenomenología de las apariencias constituye la tercera fase, en ella el investigador intenta captar las estructuras del fenómeno y sus relaciones, es por ello que aquí surgen los registros realizados en las matrices de categorías que permiten obtener información del fenómeno. En la cuarta fase, constitución fenomenológica,

básicamente el investigador profundiza la estructura, centrándose en el significado que tiene para los sujetos del estudio el fenómeno estudiado; en la quinta fase se interpreta el significado del fenómeno, en este caso del cuidar de sí en pacientes en diálisis peritoneal, suspendiendo todo juicio; y por último, en la sexta fase, se interpretaron los hallazgos encontrados en las entrevistas realizadas a cada uno de los informantes, llegando así a la fase de la fenomenología hermenéutica.

Población y muestra

En el presente estudio se entrevistaron pacientes con enfermedad renal crónica, con tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal, como informantes principales para realizar la indagación necesaria relacionada con su visión del cuidar de sí, hasta saturar la información, a fin de contrastar los diferentes puntos de vista. Por otra parte se entrevistaron cuidadores familiares de pacientes con tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal y enfermeras que hacen parte del programa de diálisis peritoneal de la Clínica Renal, como informantes secundarios, de lo que pudo obtenerse los aportes para la construcción teórica del cuidado de sí de las personas en diálisis peritoneal.

Los criterios de selección de los informantes que facilitaron la información para este estudio fueron: personas con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo renal de diálisis peritoneal, mayores de 18 años, con más de seis meses en terapia dialítica, dispuestas a participar voluntariamente; para ello previamente se obtuvo su consentimiento informado. Así también, anticipadamente se hizo contacto con el director científico de la Clínica, la coordinadora de Enfermería y el administrador de la misma, para explicar el objetivo del trabajo, la metodología y obtener el aval para la realización de las entrevistas, que se realizaron durante varias visitas a la Clínica; en total se realizaron seis. Igualmente se selecciona-

ron cuidadores familiares y enfermeras, siguiendo los criterios del muestreo, hasta llegar a la saturación de categorías y al análisis de ellas; los sujetos fueron identificados por códigos y números para respetar su anonimato.

Procedimientos e instrumentos

La técnica que se utilizó fue la entrevista en profundidad, a través de encuentros previamente establecidos con los informantes en la Clínica Renal. Durante el diálogo se lograron captar las expresiones verbales y no verbales de los entrevistados, sobre su visión del cuidado, lo que permitió el acercamiento a sus ideas, creencias, temores y significados que las personas le atribuyen a las experiencias que han vivido alrededor de su enfermedad y tratamiento tal como es, sin valoraciones o ideas por parte de la investigadora, a partir de las preguntas orientadoras del estudio: ¿Qué es para usted vivir con enfermedad renal crónica?, ¿cuánto hace que le diagnosticaron su enfermedad renal? ¿Por qué eligió la diálisis peritoneal? ¿Cómo ha sido adaptarse al tratamiento? ¿Qué es para usted cuidarse? ¿Cómo explicaría de qué forma se cuida uno mismo en la diálisis? ¿Por qué es importante? ¿Por qué se complica un paciente en diálisis peritoneal? ¿Qué ha sido lo más difícil de aprender a cuidarse? ¿Qué más hace para cuidarse?

Una vez realizadas las entrevistas, se hizo la lectura de las narrativas de cada entrevistado sobre el cuidarse. A partir de todo lo expuesto por los actores sociales y externos, se condensó la información semejante o no y las ideas centrales que fueron identificadas a través de códigos de colores que las fusionaron; es así como se construyó un mapeo de las ideas significativas constantes de los relatos. Los diferentes colores permitieron la clasificación de características comunes, de esta manera se procedió a realizar el proceso de categorización de la información, condensando los contenidos de la vivencia, la

integración del material del que va emergiendo un hecho, un significado que se hace integrador a otras categorías menores o más específicas, para condensar en categorías temáticas, para conceptualizar el cuidar de sí en los pacientes en diálisis peritoneal.

Declaración sobre aspectos éticos

Siguiendo las consideraciones éticas, la investigación en seres humanos contemplada en la declaración de Helsinki¹⁹ y la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud²⁰, esta investigación se considera de bajo riesgo. Con el fin de proteger los derechos de los participantes, se les presentó de manera individual el proyecto. Además se les informó que los resultados de la investigación solo se utilizarían con fines académicos. Se diligenció el formato de consentimiento informado por lo que su participación fue completamente voluntaria y se garantizaron, así, los principios de confidencialidad y privacidad.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la matriz de análisis se ha podido develar de manera preliminar como categoría temática, dentro de la conceptualización del cuidar de sí, las acciones protectoras de salud, toda vez que describen procesos de adaptación, al actuar, preocuparse y desarrollar acciones que benefician su salud. Entre ellas se encuentran una higiene adecuada y control del ambiente, una alimentación adecuada y toma de medicamentos, el cumplimiento de las técnicas que le son enseñadas, la obediencia al tratamiento para prevenir situaciones que pueden desencadenar daños a la salud o representar una amenaza a la misma.

Pregunta 1, informante 1.

– Adaptación (...) “Ya uno se acostumbra, desde que me hago el primer cambio a medianoche,

ya no me coge el sueño temprano entonces por eso mejor así; estar anotando lo que se saca en el cambio” Azucena

Pregunta 3, informante 2.

- Obediencia (...) “Si uno es obediente en el cuidado, si no cae, si me desordeno, si empiezo a hacerme solo dos cambios, o menos tiempo; hacer las cosas bien, tener el cuidado con las bolsas, el cuarto, si es un bien para mí tengo que hacer las cosas como deben hacerse, sino uno recae” *Amapola*

Pregunta 4, informante 4.

- Cambio de hábitos (...) “Haciendo las cosas bien, como dice el médico, de las bacterias, de la higiene...de no tomar, no fumar, bajarle a la sal... aunque me haga los cambios diariamente hay que hacer cosas diferentes” *Anturio*

Pregunta 6, informante 5.

- Higiene (...) “esto es delicado a veces me da miedito ...debe cuidarse por una peritonitis, llevo las indicaciones, lavarme las manos bien, limpiar el cuarto higiénicamente limpio, tener todo limpio el aseo bien y todo” *Lirio*

Pregunta 7, informante 3.

- Control del ambiente: (...) “hacerme bien el aseo que no me dé peritonitis, tener el cuarto limpio, lavarme las manos. Sin esto no hubiera vivido” *Clavel*

Pregunta 10, informante 6.

- Alimentación y medicación (...) “hacer todo lo mejor posible, cuidado en cómo es ... la higiene personal, y tratar de hacer el tratamiento como es debido, como dice el médico,

la jefa de peritoneal, tomarme las medicinas, las indicaciones, lavarme las manos, tener el cuarto higiénicamente limpio y tener todo limpio, ¡ah! y la alimentación eso, también porque si uno no come bien se debilita mucho” *Lirio*.

Para autores como Waldow²¹, el cuidar de sí se relaciona con un cuidado personal, en una dimensión que la define como sujeto-*self*, en donde la persona, dentro de otras dimensiones, exhibe comportamientos de cuidado desarrollando prácticas que comprenden una alimentación adecuada, ejercicios físicos, exámenes médicos, meditación y relajación, lo que permite que el cuidado pase a ser existencial y pase a ser sentido, practicado, vivido. Tal como es narrado por los actores sociales y agentes externos, existen varias acciones que son necesarias para poder llevar a cabo la terapia dialítica, dependiendo en gran medida de aquello que siente, vive y practica la persona con tratamiento de diálisis peritoneal.

Por otra parte, y desde la visión greco socrática, esta construcción del significado de cuidar de sí implica un “ocuparse de sí mismo” debido a que la persona necesita reflexionar sobre una vida saludable y hacer modificaciones para lograrlo; esto ha sido descrito por autores como Medina *et al*²² quienes encontraron en pacientes con IRC, en terapia dialítica de peritoneal, un cambio dado desde su aceptación y afrontamiento para, conjuntamente, promover el bienestar; con él aparece un reconocimiento de la necesidad de aceptar su realidad induciendo su adaptación.

Guevara y Zambrano²³ encontraron, en el constructo del cuidar de sí, en pacientes que sufrieron un infarto de miocardio acciones auto cuidadoras para proteger su salud como una alternativa para contrarrestar la amenaza de padecer un nuevo cuadro de infarto, con lo cual la modificación de comportamientos y hábitos previos relacionados

con alimentación, ejercicio, toma de medicamentos, entre otros, pueden ser coincidentes desde la perspectiva de la situación de cronicidad experimentada por las personas.

Ahora bien, desde la vivencia del paciente con enfermedad renal, se han descrito por otros autores la progresión de la enfermedad y sus repercusiones, la autonomía y el soporte familiar como categorías incluidas dentro de la conceptualización del cuidar de sí; en estos resultados preliminares se decide evidenciar a través de la categoría acciones protectoras todo aquello que el paciente realiza para modificar su estilo de vida insano y lograr adaptarse a la terapia dialítica.

CONCLUSIÓN

A partir de la experiencia compartida con las personas que realizan terapia dialítica de diálisis peritoneal, emergen conceptos, experiencias y vivencias que permiten no solo explorar el fenómeno objeto de esta investigación, sino también otros temas que podrán ser explorados en otro momento. Los conceptos elaborados previamente, basados en el marco referencial, validan el constructo que de manera preliminar permitió destacar de alguna manera las actitudes, sentimientos y conceptos de las personas que participaron, permitiendo momentos de reflexión sobre su vida, su enfermedad, su tratamiento, dentro de los elementos importantes que se considerarían como el conjunto de actividades que habitualmente realizan para satisfacer su necesidad de salud tanto pacientes como profesionales de Enfermería, cuidadores familiares y agentes externos, desde su perspectiva de la realidad de la persona con enfermedad renal en terapia dialítica, aportando elementos que fortalecen la adopción de acciones protectoras para la calidad de vida, su salud y la vida.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERESES

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de interés en la elaboración y publicación del presente trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ibáñez L. Enfermería un viaje a través del cuidado humano. Colombia: Editorial UIS; 2013.
2. Hueso F. La enfermería en España: Factores que han consolidado su desarrollo a búsqueda de la autonomía profesional- el cuidado, esencia de su propia identidad. En Amezcua M. Editor. Cuidado de Enfermería reflexiones entre dos orillas. Granada: Fundación Índex; 2014.
3. Padilla S, Arcos J, Trujillo A. El cuidado de sí: acontecimiento ético-estético en Seneca y Michael Foucault. Rev. Crit. 2013; 20(1) 139-158. Disponible en www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/criterios/article/viewFile/373/303
4. Carmona I. Seneca, Conciencia y Drama. Medellín, Colombia. Universidad Pontificia Bolivariana; 2008.
5. Borda P. El cuidado de sí y la búsqueda de bienestar en la diversificación psicoterapéutica contemporánea. (revista en internet) 2015; 17: 121 - 143. [citado 2017 oct 12 Disponible en <http://publicaciones sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/131>
6. Waldow VR. Cuidado de Enfermería Reflexiones entre dos orillas. Editorial Fundación Índex. 2014
7. Ramírez M, Cárdenas M, Rodríguez S. El Dasein de los cuidados desde la fenomenología hermenéutica de Martín Heidegger. Enferme. Univ. [revista en

- la Internet]. 2015; 12(3): 144-151. (citado 2017 oct 12) Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000300144&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.003>
8. Sossa A. Michel Foucault y el cuidado de sí. CONHISREMI, Rev. Universitaria Arbitrada de Investigación y Diálogo Académico, [revista en la Internet] 2010; 6(2). [citado 2018 feb 5]. Disponible en: <http://conhisremi.iuttol.edu.ve/pdf/ARTI000094.pdf>
 9. Almeida A, Rosa D. Existencialismo de Viktor Frankl para comprensión de cuidar de sí da Pessoa em hemodialise. Cuid salud. [revista en la Internet] ene-jun 2015; 2(1):164-170. [citado 2017 oct 22] Disponible en: <http://eeplt.edu.pe/revista/index.php/salud/article/view/39/0>
 10. Benente, M. Crítica, Cuidado de sí y empresario de sí. Resistencia y gobierno en Michel Foucault. Co-herencia. [revista en la Internet] 2017; (26), 151-76. [citado 2017 oct 22] Disponible en: <http://publicaciones.eafit.edu.co/index.php/co-herencia/article/view/3511>
 11. Foucault M. La hermenéutica del sujeto. Madrid: Endymion; 2011.
 12. National Kidney Foundation. KDOQUI Clinical Practice guideline for hemodialysis adequacy:2015 update. The National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative; 2015.
 13. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Cuenta de Alto Costo: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación de la enfermedad renal, hipertensión arterial y diabetes mellitus en Colombia, [Internet], Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social: 2015 [citado 2017 oct 22]; Disponible en <https://cuentadealtocosto.org/site/images/situacion%20de%20la%20Enfermedad%20Renal%20Cronica%20en%20Colombia%202015.pdf>
 14. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Cuenta de Alto Costo: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación de la enfermedad renal crónica en Colombia, 2012 [Internet], Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social: 2014 [citado 2017 oct 22]; Disponible en <https://cuentadealtocosto.org/site/images/publicaciones/Situacion%20de%20201a%20Enfermedad%20Renal%20Cronica%20en%20Colombia%202012.pdf>
 15. Lopera M. La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en salud. Rev. Geren. Polit.Saud. [revista en la Internet] 2016; [15(30):212-233. [citado 2017 oct 22]; Disponible en <https://dx.doi.org/10.11144/javeriana.rgyys15-30.erc>
 16. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Cuenta de Alto Costo: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Informe de pacientes en terapia dialítica. [Internet], Bogotá: Ministerio de Salud y protección social; 2010. [citado 2017 oct 22]; Disponible en : https://cuentadealtocosto.org/site/images/TERAPIA_DIALITICA_EN_COLOMBIA_2010.pdf
 17. Do Prado ML, Lima F, Schubert VM. Calidad de la Investigación Cualitativa en Enfermería. En Serie Paltex Salud y Sociedad. Investigación cualitativa en Enfermería. Metodología y Didáctica. OPS Paltex; 2013.
 18. Muñoz LA, Lorenzini A. Metodología de la Investigación fenomenológica en Enfermería. En Serie Paltex Salud y Sociedad. Investigación Cualitativa en Enfermería Metodología y Didáctica. OPS Paltex; 2013.
 19. Munhall P. Ethical considerations in qualitative research. Western Journal of Nursing Research. En: J. Lipson (1993). Asuntos éticos en la etnografía. Morse, J. (1993). Asuntos críticos en métodos de

- investigación cualitativa. Medellín: Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia.
20. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. (octubre 4 de 1993). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
 21. Waldow VR. Cuidar: expresión humanizadora de la Enfermería México DF Palabras Ediciones; 2008.
 22. Medina OM, García MA, Martínez MD, Alonso MM. Significado cultural de vivir con diálisis peritoneal ambulatoria. *Desarrollo Cientif Enferm.* [revista en la Internet] 2009. [citado 2017 oct 22]; 17(8):85-100. Disponible en: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=significado+cultural+de+vivir+con+dialisis+&btnG
 23. Guevara B, Zambrano de GA. Significado de cuidar para la persona que sufrió un infarto de miocardio. *Salus* [Internet]. 2010; 14:36-40. (citado 2018 May 10). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375939017006> t