



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GESTIÓN EN SERVICIOS DE SALUD**

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN
DE ENFERMERÍA EN PACIENTES EN PLAN DE
SUSTITUCIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL**

Autor:

Prof. Adj. Mónica Samudio

Tutor:

Prof. Agreg. Lic. Enf. Mg. Rosa Sangiovanni Maiorana

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2015



Percepción de la Calidad de la Atención de Enfermería en pacientes en plan de Sustitución de la Función Renal

Autor: Licenciada en Enfermería Especialista en Administración de Servicios de Salud
Prof. Adj. Mónica Samudio.

Tesis para la obtención del título de Magister en Gestión de los servicios de salud en el marco del Programa de la Maestría Gestión de los servicios de Salud.

Director Prof. Mg. Licenciada en Enfermería Nelly Alicia Cabrera Puente.

Tutor Prof. Agreg. Licenciada en Enfermería. Mg. Rosa Sangiovanni Maiorana.

Ciudad de Montevideo, Diciembre de 2015

A mi padre:

*Por su fe en mi y por impulsarme siempre a
afrontar todos mis desafío*

AGRADECIMIENTOS

A mi hija quien me acompaño y creció conmigo en todo este proceso.

A mi amor por su paciencia y colaboración en esta etapa final.

A Rosa por todos estos años de apoyo incondicional y por guiar mis pasos con sus conocimientos.

A Javier y Leticia por todo su cariño, apoyo tecnológico y lingüístico.

A mis compañeras/os que de una u otra forma me apoyaron.

RESUMEN: El objetivo de esta investigación, fue conocer la Calidad Percibida por el paciente en diálisis crónica, respecto a su relación vivencial con la atención de enfermería en el Centro de Nefrología del Hospital de Clínicas, año 2014. Se utilizó el enfoque cualitativo fenomenológico (Hursell) centrado en la experiencia vivida por los pacientes. El instrumento principal empleado, fue la entrevista en profundidad y como fuente secundaria, las notas de campo. El modelo de enfermería referente, es el de H. Peplau, quien fomentó el enfoque fenomenológico en la enfermería y desarrolló el Modelo de Relaciones Interpersonales. El modelo de A. Donabedian, su definición de calidad y la clasificación de los métodos, sustentan teóricamente este estudio. El entrevistador fue un observador participante, contribuyendo a establecer un vínculo de confianza con el paciente entrevistado. Se identificaron tres categorías en un primer nivel descriptivo, en relación a la percepción de la atención: a) Sentimiento de bienestar, b) Características de enfermería y c) Percepción del vínculo, luego, surgieron subcategorías en los siguientes niveles de estudio. De los resultados analíticos obtenidos, surge que el paciente se encuentra satisfecho con la atención, siente seguridad ante la preocupación por parte de enfermería respecto a su salud y a su vez inseguridad en omisiones que percibe y demuestra conformidad respecto al trato recibido o la habilidad técnica empleada, vivenciando el vínculo como afectivo y/o amistoso. La metodología cualitativa facilitó el conocimiento de las vivencias de los pacientes y permitió identificar atributos de enfermería y aspectos a mejorar. La calidad total en la Gestión de enfermería es un camino largo que requiere responsabilidad y compromiso. Cada una de las categorías definidas, manifestó virtudes y carencias, tanto del cuidado enfermero como de los servicios complementarios, que traducen las debilidades y fortalezas Institucionales en el marco de nuevas estrategias asistenciales, que podrían afectar al usuario, objeto de nuestra atención. Si bien este estudio demostró que los pacientes se sienten satisfechos con la atención de enfermería, la obtención de la calidad mencionada, requiere continuar la dedicación e idoneidad del personal, a efectos de brindar cuidados calificados y sostenidos en el tiempo.

Palabras Clave: Gestión de la Calidad, Percepción, Atención de Enfermería, Diálisis

ABSTRACT: The main aim of conducting this survey was to find out how patients of chronic dialysis perceived the quality of care in relation to their experience with the nursing care received in the Center of Nephrology of Clínicas Hospital during the year 2014. The qualitative phenomenological approach (Hursell) was applied, centered in the lived experience of the patients. The main instrument used was the depth interview, and as a secondary source field notes were used. This survey is based on the nursing model of H. Peplau, who promoted the phenomenological approach in nursing and developed the Model of Interpersonal Relations. The perception patients have of the care they receive in health services is the intangible assets to value the quality of the assistance provided. The theory beneath this survey is the model by A. Donabedian, his definition of quality and the classification of methods. The interviewer was a participant observer, and her role contributed to establish a bond of trust with the patient interviewed. Three categories were identified in relation to the perception of the care received: a) wellness feeling; b) Nursing Service characteristics; c) perception of relationship between the patient and nursing personnel. The results suggest that the patient is satisfied with the care he (or she) receives, feels confident with nursing personnel's concern on his health, but also feels insecurity because of omissions of assistance; he is favorably impressed with the treatment received and with nursing personnel's technical skills; the patient perceives the relationship with nursing carers as friendship or affection. Total quality in nursing management is a long path that requires responsibility and compromise. Each of the defined categories shows virtues and shortcomings both of nursing care and of complementary services, which reflect institutional weaknesses in the context of political changes that might affect the user, object of our study. Through qualitative methodology it was possible to know patients' experiences as well as to identify both strengths of nursing care and aspects to be improved. In order to obtain Total Quality in nursing management of the studied Dialysis Center, improvement of personnel dedication and suitability is required so that qualified and sustained over time care can be provided.

Keywords:

Quality management, Perception, Nursing care, Dialysis

TABLA DE CONTENIDO

ÍNDICE	PÁGINAS
INTRODUCCIÓN	1 - 4
OBJETIVO Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	5
ANTECEDENTES	6 - 8
CONTEXTO <ul style="list-style-type: none"> ■ Servicio de salud y Sistema Nacional Integrado de Salud ■ Hospital de Clínicas ■ Diálisis - Fondo Nacional de Recursos IMAES ■ División Enfermería Hospital de Clínicas ■ Centro de Nefrología Crónicos Hospital de Clínicas 	9 - 15
MARCO TEÓRICO <ul style="list-style-type: none"> ■ Calidad de Atención (A. Donabedian) ■ Modelo de relaciones interpersonales (H. Peplau) ■ Atención de enfermería – Cuidados humanizados 	15 - 30
DISEÑO <ul style="list-style-type: none"> ■ La Fenomenología Interpretativa o Hermenéutica ■ Posicionamiento del Investigador ■ Integración de la muestra ■ Recolección de datos ■ Análisis ■ Interpretación Fenomenológica - Hermenéutica de los datos ■ Criterios de validez 	31- 42
ANÁLISIS	43 - 58
CONCLUSIONES	59 - 61
BIBLIOGRAFÍA <ul style="list-style-type: none"> ■ Consultada ■ Referenciada 	62 – 67
ANEXOS	

INTRODUCCION

La importancia de la calidad y la preocupación de los centros sanitarios por su mejora continua van en aumento, esto surge debido a los avances de la medicina y la incorporación de nuevas tecnologías, por ello, resulta necesario individualizar la asistencia y brindar servicios de mayor calidad. En este sentido, la evaluación de la satisfacción o insatisfacción de los pacientes, debe ser dimensionada tomando el ser humano como un todo, esto es, desde el punto de vista biológico, emocional, espiritual y social.

El siguiente informe final, fue elaborado en el marco de los requisitos curriculares exigidos para aprobar la Tesis de Maestría con orientación en Gestión de Servicios de Salud, cursada en la Facultad de Enfermería de la UDELAR (Universidad de la República). El objetivo de dicha tesis fue: “conocer la calidad percibida por el paciente en diálisis crónica, respecto a su relación vivencial con el personal de enfermería, en el Centro de Nefrología del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, en el año 2014”.

La selección de esta temática, parte de la experiencia de trabajo en un centro de hemodiálisis de crónicos, donde el contacto directo con los pacientes y su complejidad, deja en evidencia que el profesional de enfermería necesita métodos de estudio que le permitan observar al ser humano como un ser indivisible, singular y único en el mundo, que vive, siente y percibe de manera individual y propia. Los métodos de investigación cualitativos, ofrecen gran diversidad de posibilidades para poder explorar este tipo de contextos, además de proporcionar una visión holística (análisis de los sistemas y sus propiedades como un conjunto y no solo a través de las partes que lo componen) al

ambiente que el profesional de enfermería necesita examinar. Los resultados y el análisis de los mismos, brindan información que vincula o integra conocimientos que los estudios cuantitativos no pueden representar, dado que los porcentajes y datos estadísticos, no traducen la vivencia de una enfermedad.

Se trata de un estudio Cualitativo, fenomenológico, centrado en la experiencia vivida, utilizando la Fenomenología interpretativa o Hermenéutica propuesta por Hursell y Martin Heidegger en 1927 como metodología filosófica para descubrir el significado del ser o la existencia de los seres humanos. (1)

La técnica principal de recolección de información, fue la entrevista en profundidad y como técnica complementaria para la recolección de datos, se emplearon las notas de campo.

Como método analítico se utilizó la hermenéutica, cuyo objetivo es la interpretación de lo manifestado en las entrevistas, por medio de actividades analíticas a estudiar mediante instrumentos, como el método descriptivo y el método reflexivo; el descriptivo consiste en leer y entender el texto, el Reflexivo, en regresar sobre el mismo y reflexionar críticamente, comprender e interpretar.

Como criterio de validez se manejó la Triangulación Teórica entre los métodos mencionados: Hermenéutico (Analítico), Descriptivo y Reflexivo.

A su vez, se empleó el proceso de relaciones interpersonales basadas en el modelo de Hidelgar Peplau, que define al individuo como un organismo en desarrollo que vive en equilibrio inestable a causa de su enfermedad.

Finalmente, se utilizó, la concepción de calidad esbozada por el Dr. Avedis Donabedian, quien propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica: "calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes" (2)

OBJETIVO

Conocer la calidad percibida por el paciente en diálisis crónica con respecto a la vivencia de su relación con el personal de enfermería, en el Centro de Nefrología del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, en el año 2014.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cómo perciben los pacientes en hemodiálisis su relación con el personal de enfermería?

El objetivo y la pregunta van destinados a conocer la vivencia o experiencia ante el

Vínculo durante la hemodiálisis. La elección del método fue un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico (Fenomenología interpretativa o Hermenéutica) el mismo estudia las experiencias vividas por el propio individuo en primera persona.

La fenomenología es entendida como análisis descriptivo de las vivencias; la tarea de la misma consiste en descomponer dichas vivencias en partes y explicarlas; de modo que la descomposición de estos objetos de la percepción permita luego analizarlos adecuadamente. El conocimiento es una vivencia psicológica es lo que el individuo interpreta de la realidad. (3)

ANTECEDENTES

Descriptores: BVS, Lilacs, Medline , Bireme.

En España, Hernández M y Ochando G, realizaron un estudio Titulado “Satisfacción del Paciente en una unidad de hemodiálisis”, obteniendo como resultado que los atributos que determinan el grado de satisfacción del paciente son: rapidez, puntualidad, interés de enfermería y espera.(4) Otros estudios de enfermería evalúan la percepción del paciente de su calidad de vida y del tratamiento. El estudio realizado por Cordeiro y Col.4 es un estudio descriptivo, exploratorio, el cual abarca diversos aspectos que modifican la calidad de vida. La mayoría de los estudios encontrados como antecedentes son descriptivos y tienen que ver con cómo se percibe el cuidado desde el punto de vista técnico. (5)

Además de conocer la percepción de calidad, existen otros antecedentes de este paradigma cualitativo utilizado cada vez más en enfermería, un estudio cualitativo acerca del “estado emocional y nivel de conocimientos del paciente ante la realización de una Fistula para hemodiálisis”, realizado en Fundación Puigvert. Barcelona. Este estudio tuvo como objetivo conocer la realidad subjetiva de las personas que se realizan una primera Fistula Arterio Venosa desde una doble perspectiva, cognitiva y emocional, para elaborar un plan de cuidados futuro que contemple al ser humano en su totalidad. Para la realización del mismo se utilizó un Diseño cualitativo, con perspectiva constructivista y entrevistas semi estructuradas como método de obtención de la información (registro escrito). En cuanto a los resultados se pudo conocer los diferentes

sentimientos de los pacientes detectando, el miedo y la ansiedad, fundamentalmente. La observación es un instrumento crucial para su detección, ya que en la entrevista no siempre son referidos de forma clara y directa. (6)

El Estudio titulado “La Vida no se Dializa”, realizado en el Hospital Virgen de las Nieves. Granada, se planteó como objetivo plasmar la realidad subjetiva de los pacientes en imágenes, a través de un estudio cualitativo, descriptivo, transversal y multicéntrico, se pudo concluir que: la vida no se dializa, ni los buenos momentos, ni los días de sol, ni los besos. Ni la familia, ni la esperanza, ni las ganas de volar, ni los sueños, estas entre otras conclusiones perciben la vivencia de los pacientes a través de fotografías que los mismos proporcionaron. (7) Elemento que proporciona a enfermería más y mejor comprensión de sus pacientes, fortaleciendo la riqueza del enfoque cualitativo en la adquisición de conocimiento y planificación de cuidados.

En el estudio “Vivencias de los(as) adolescentes en diálisis: una vida con múltiples pérdidas pero con esperanza”, la metodología empleada fue la fenomenología interpretativa o hermenéutica. La información se recolectó a través de dos entrevistas en profundidad a cada participante. La primera entrevista se llevó a cabo después de la sesión de diálisis. La segunda entrevista se realizó en el hogar de los(as) adolescentes.

Las entrevistas se hicieron teniendo en cuenta una guía elaborada previamente; sin embargo, la investigadora siempre les permitió a los(as) adolescentes expresar libremente sus ideas. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas textualmente por una de las investigadoras. De los resultados obtenidos destacan que los esfuerzos y la lucha diaria de estos(as) jóvenes pueden ser desconocidos para la enfermera y los demás profesionales de la salud, quienes por tal motivo es posible que provean un cuidado

ajeno a las necesidades del(a) joven. Por tanto, los resultados del presente estudio tienen implicaciones importantes para el cuidado interdisciplinario que médicos(as), enfermeras(os), psicólogos(as), trabajadores(as) sociales y otros profesionales, proveen a los(as) adolescentes que requieren diálisis. (8)

La Hemodiálisis como Rito de Transición, Este artículo pretende explorar la aplicación conceptual y práctica del modelo de los ritos de transición o ritos de paso en el cuidado de los pacientes nefrológicos en tratamiento de hemodiálisis (HD) en nuestro entorno cultural. Se utilizó un enfoque etnográfico y metodología cualitativa narrativa, con una interpretación fundada en el paradigma constructivista. Por muestreo intencional se seleccionaron doce individuos, seis mujeres y seis hombres, en tratamiento de hemodiálisis. La observación prolongada y la inmersión en la cultura de la hemodiálisis se llevaron a cabo en la unidad de diálisis y en las casas de los pacientes, en donde se realizó la entrevista en profundidad. El análisis de las narrativas de los pacientes muestra las tres etapas de los ritos de paso: separación, transición o marginalidad y reincorporación. Se argumenta la utilidad metafórica de la aplicación de este modelo y su posible influencia sobre la calidad de cuidado ofrecida a estos pacientes.(9)

En un estudio realizado por Guinovart y col. en Terragona, España sobre percepción de la calidad de atención uno de los autores concluye que en la percepción de la calidad de atención predominan los aspectos subjetivos del paciente sobre los objetivos. Este antecedente justifica una estrategia de estudio cualitativo de percepción de calidad. (10)

CONTEXTO

En el contexto de la Tesis de Maestría en Gestión de Los Servicios de Salud, siguiendo los lineamientos de investigación de la cátedra de Administración se tomó como eje la Calidad de Atención de los Servicios de Salud y como objeto de estudio la percepción del usuario del sistema, en relación a la Calidad de Atención de Enfermería. En nuestro existen aproximadamente 3000 pacientes en hemodiálisis, los mismos se caracterizan por ser pacientes crónico con muchas horas de atención de enfermería a lo largo de su enfermedad, que suele perdurar muchos años, parece pertinente la percepción en estos pacientes como medida de calidad de atención, ya que los mismos transcurren por todos los periodos de adaptación a la enfermedad cuidados por enfermería.

SERVICIOS DE SALUD- SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

En nuestro País a partir del año 2008 comenzó a implementarse El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) regulado por Ley 18.211 de 5/12/2007 con las modificaciones y agregados efectuados por las leyes 18.731 y 18.732 de 7/1/2011.

El sistema otorga cobertura médica a través del Seguro Nacional de Salud (SNS) tanto a los trabajadores como a quienes se jubilen estando incorporados como beneficiarios por su actividad. Los mismos reciben cobertura médica para sus hijos , menores de 18 años o mayores con discapacidad, propios o del cónyuge o concubino y desde diciembre de 2010 a su cónyuge o concubino que no posea cobertura médica del SNS y tenga 3 o más hijos a cargo. (Anexo 1)

FONDO NACIONAL DE SALUD

El SNS es financiado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) que se constituye en el BPS, siendo éste el organismo recaudador y quién efectiviza el pago a las entidades prestadoras. El proceso de incorporación de los diferentes colectivos ha sido paulatino comenzando en enero de 2008 básicamente con la actividad privada, continuando con organismos públicos, bancarios, etc. (Anexo 2)

JUNTA NACIONAL DE SALUD

La Junta Nacional de Salud (JUNASA) tiene como objetivo aplicar los mecanismos de financiamiento de la atención integral a la salud que corresponda a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud y fiscalizar la efectiva integración de los aportes al Fondo Nacional de Salud. Disponer el pago de cuotas salud a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado, de acuerdo a sus padrones de usuarios y previa verificación del cumplimiento de las obligaciones a su cargo. Controlar las relaciones entre los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y entre éstos y terceros. Disponer la suspensión temporal o definitiva, total o parcial, del pago de cuotas salud en caso de incumplimiento de las obligaciones a cargo de los prestadores, determinado por acto administrativo firme. Establecer los mecanismos de referencia y contra referencia entre los distintivos niveles de atención, fomentando el establecimiento de redes de atención en salud, de acuerdo a las orientaciones que le establezca el Ministerio de Salud Pública. Evaluar el cumplimiento de los requisitos establecidos por la ley a los prestadores para integrar el Sistema Nacional Integrado de

Salud: órganos de participación social, dirección técnica, caudal de usuarios, recursos humanos, planta física, equipamiento, programas de atención a la salud, la tecnología, funcionamiento organizacional y estado económico-financiero. (Anexo3)

HOSPITAL DE CLINICAS

El Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela de la Facultad de Medicina se clasifica como de tipo general y de alta complejidad, para adultos con patologías agudas, de referencia en la red de servicios.

Su caracterización como importante efector de servicios de atención a la salud y como organización altamente compleja, lo convierte en uno de los ámbitos privilegiados para las actividades docentes e investigativas de los servicios universitarios, tanto del área de la salud como del total de la Universidad.

El Hospital está inserto en la Red de Servicios de Salud y está abierto a la comunidad en el sentido de brindar atención a las personas independientemente de su condición social, coadyuvando a la superación de la segmentación de la asistencia expresada en la dicotomía público-privado y contribuyendo a la elevación de la calidad de los efectores públicos y a la mejoría de la equidad y la eficiencia social del sistema de salud nacional.

En tanto Hospital Universitario es un ámbito natural de formación de técnicos y profesionales, especialmente de los sectores directamente vinculados a la salud, lo que se refleja especialmente en el modelo asistencial y el programa académico previstos, que persiguen siempre el beneficio de los usuarios mediante una atención integral e integrada adecuadamente a las funciones académicas.(11)

DIALISIS- FONDO NACIONAL DE RECURSOS- IMAES.

Los centros de Diálisis en nuestro país son financiados por el Fondo Nacional de Recursos (FNR) el mismo es una institución creada por el decreto Ley 14.897 que brinda cobertura financiera a procedimientos de medicina altamente especializada y a medicamentos de alto costo para toda la población residente en el país y usuaria del Sistema Nacional Integrado de Salud. (Anexo 4)

En el caso de los procedimientos cubiertos estos se efectúan a través de los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) que son prestadores públicos o privados, que cuentan con la habilitación del Ministerio de Salud Pública para su realización.

El centro de Nefrología del Hospital de Clínicas se encuentra en el piso catorce al oeste en el mismo funcionan los centros de Trasplante, Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis.

DIVISION ENFERMERIA HOSPITAL DE CLINICAS

El personal de enfermería que se desempeña en el área de nefrología es dependiente de la División Enfermería del Hospital, la cual tiene como MISION: Brindar y garantizar la más alta calidad de cuidados de enfermería a los usuarios de la institución a través de la prestación directa de servicios de enfermería básicos y especializados con personal calificado, comprometido y humano, teniendo en cuenta los lineamientos de la institución y contribuyendo con sus objetivos. Y como VISION Ser referencia nacional de la gestión de los servicios de enfermería aplicando los adelantos científicos y tecnológicos, respondiendo a los cambios y transformaciones de los paradigmas

asistenciales, de la docencia e investigación, contribuyendo eficazmente al logro de los propósitos institucionales fortaleciendo su capital humano y de trabajo.

Fines: Brindar cuidados de enfermería a los usuarios del Hospital de Clínicas en forma integral, enmarcados en criterios de seguridad, oportunidad y continuidad con un profundo contenido humanitario y ético.

Mantener un alto nivel de desempeño del personal mediante educación en servicio incidental y programada.

Desarrollar en el personal una actitud científica de análisis y resolución de problemas técnicos y administrativos.

Colaborar a reducir al mínimo los riesgos laborales y enfermedades originadas por sobrecarga laboral.

Participar a nivel nacional en comisiones y organismos que consideren aspectos de la Enfermería y de la salud de la población en el país, que promuevan y favorezcan la coordinación e integración.

Promover y favorecer la integración docente-asistencial con la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República como metodología para optimizar los procesos asistenciales, docentes, de investigación y de extensión.

Optimizar la calidad de la atención promoviendo la profesionalización del equipo de enfermería.

Integrar la Comisión Nacional Asesora de Enfermería del Ministerio de Salud Pública (MSP) junto a representantes designados por las otras instituciones, elaborando propuestas de mejora para la Enfermería nacional.

Desarrollar actividades de investigación en áreas problema identificadas por enfermería y colaborar en programas elaborados por otros servicios. (Anexo 5)

CENTRO DE NEFROLOGIA CRONICOS- HOSPITAL DE CLINICAS

El Programa de Hemodiálisis Crónicos del Hospital funciona en sala uno, esta provisto de diez sillones y diez monitores de diálisis. El cupo es para treinta pacientes, divididos los tratamientos en dos turnos de lunes a sábados, las sesiones de diálisis son tres veces por semana y duran cuatro horas. La dotación del personal de enfermería está distribuido un auxiliar cada tres pacientes y una Licenciada en Enfermería por turno, según las normas establecidas por el FNR.

Los pacientes ingresan al servicio siguiendo los protocolos del mismo (Anexo 6), previo a la valoración médica y de enfermería, luego se realiza la conexión según protocolo (Anexo 7), la misma puede ser a través de una Fistula Arterio Venosa o un Catéter Central. Posteriormente a la conexión, comienza realiza la diálisis a través de la circulación extracorpórea por un dializador que posee membranas las cuales cumplen la función de diálisis y ultrafiltración.

El procedimiento demora cuatro horas según la tolerancia del paciente y los objetivos terapéuticos. Durante este periodo de tiempo los usuarios interactúan entre ellos y con enfermería, pudiéndose lograr vínculos afectivos con enfermería y entre ellos, donde los pacientes conocen e identifican a cada una de las enfermeras que los asisten, saben los

horarios de entrada y salida de las mismas y las características de la personalidad y cualidades técnicas a la hora de su atención.

MARCO TEÓRICO

En las últimas décadas América Latina vive una transición epidemiológica, transitando desde el predominio de las enfermedades infecciosas al predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Uruguay no escapa a esta realidad y los datos de la primer Encuesta Nacional de Factores de riesgo de ECNT realizadas en 2006 mostraron una muy elevada prevalencia de la diabetes, hipertensión arterial, tabaquismo y sobrepeso-obesidad. El Programa de Salud Renal, iniciado en el año 2004 registra a la fecha 11700 (2012) pacientes con diferentes grados de enfermedad renal en diferentes estadios.

Según el registro Uruguayo de Diálisis la incidencia anual de pacientes con enfermedad renal crónica terminal (estadio IV o V) con necesidad de sustitución de la función renal fue de 792 pacientes en el año 2014.

Estos pacientes tienen como opción terapéutica la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y trasplante renal. Existen en el 2012 aproximadamente 3000 pacientes en hemodiálisis, 300 en diálisis peritoneal y 1271 pacientes trasplantados. (Año 2008) (Sociedad Uruguaya de Nefrología).

Uruguay posee 36 centros de hemodiálisis, cuya distribución es la siguiente: 19 en Montevideo y 15 en el interior del país, siendo Flores y Rio Negro únicos departamentos que no lo poseen. Estos centros son Instituciones Prestadoras de Medicina Altamente especializada (IMAE) financiados por el Fondo Nacional De Recursos (FNR), el cual contrata la prestación del servicio y supervisa la calidad del

mismo, exigiendo el cumplimiento de objetivos que apuntan a que los servicios sean de mejor calidad para los usuarios.

Los pacientes en hemodiálisis pueden beneficiarse durante muchos años de esta técnica, no obstante es frecuente que aparezcan complicaciones que obliguen a cambiar la técnica o que el paciente sea beneficiado con un trasplante renal. La sustitución de la función renal mediante hemodiálisis requiere una dosis mínima de 12 horas semanales, distribuidas en 4 horas tres veces por semana.

En el caso de los pacientes que utilizan la técnica de diálisis peritoneal (DPA o DPCA), son ellos quienes realizan el procedimiento en su hogar, luego de un entrenamiento y adecuación al tratamiento, con rigurosos controles, en consulta presencial y telefónica.

Cualquiera de estas 2 técnicas (hemodiálisis o diálisis peritoneal) tiene una complejidad intrínseca y están sujetas a numerosos riesgos por lo cual requieren de atención de enfermería calificada permanente.

El termino ERC se aplica a la reducción de la función renal, clínicamente significativa, irreversible y progresiva del número de nefronas funcionantes. La evolución depende de la enfermedad de base y la característica de cada paciente.

Algunas de las causas de esta enfermedad son: enfermedades glomerulares, poliquistosis renal, nefropatía diabética, nefropatías intersticiales, nefropatías vasculares, otras causas.

La función renal normal corresponde a un filtrado glomerular de 80 a 120 ml/min, a medida que se deteriora la función el mismo repercute de diferente forma en el paciente, con un filtrado glomerular que se encuentra entre 70 a 100%, el paciente no

tiene síntomas, cuando el mismo filtrado cae por debajo del 15 a 20% aparecen síntomas como anorexia, dificultad de concentración, retención hidrosalina, hipertensión arterial, acidosis, parestesia, insomnio y astenia. Cuando el filtrado glomerular es de menos de 10% los síntomas se intensifican y se añaden prurito, neuropatía periférica, pericarditis, encefalopatía urémica. Todo esto constituye el síndrome urémico. (12)

Tanto la técnica de hemodiálisis como la diálisis peritoneal han experimentado en las últimas décadas una vertiginosa evolución tecnológica que redundo en mayores posibilidades de ofrecer un tratamiento adecuado y a la vez más seguro. Dentro de la evolución puede mencionarse para hemodiálisis el mejor conocimiento de los sistemas de tratamiento de agua, ultrafiltración controlada, la mayor compatibilidad de las membranas de diálisis, la posibilidad de realizar hemodiafiltración.

El paciente con enfermedad renal crónica tiene una alta demanda de apoyo psicoafectivo. Este apoyo es aportado por todo el equipo de salud, pero enfermería juega un papel preponderante en la detección de cambios y en dar una primera respuesta, dado el contacto directo que mantiene con el paciente. El paciente crónico a diferencia del agudo establece una relación más duradera con el equipo asistencial, por este motivo muchas veces los pacientes colocan a los integrantes del equipo en el blanco de ataque, culpabilizándolos de dificultades de su enfermedad, como también pueden manifestarles gratitud y afecto por los cuidados recibidos (13). Esto muestra que en variadas ocasiones la percepción de la calidad de la asistencia depende de cómo el paciente perciba su propia enfermedad y como esta cambia su calidad de vida. El usuario con Enfermedad Renal Crónica (ERC) en tratamiento sustitutivo, suele sufrir

cambios psicológicos, emocionales, espirituales y sociales de su estilo de vida y de su vida social que lo afectan a él y a su familia. (14)

La ERC constituye un punto de inflexión en la vida de las personas que la padecen, deben enfrentarse a numerosos cambios, los mismos son percibidos como “desafíos” a los que tiene que enfrentarse, generando confusión y ansiedad como consecuencias de las amenazas a nuestra identidad a nivel físico (salud), psicológico (creencias, sentimientos) y social (roles, status socio económico).(15)

Los problemas psicológicos de los enfermos renales no son tomados suficientemente en cuenta, la presencia de ansiedad y depresión, no es, por si misma un síntoma de trastorno mental alguno, aunque puede considerarse anómalo cuando su intensidad y desproporcionada al estímulo que las desencadena. Estos problemas cuando son somatizados por el paciente pueden afectar seriamente la calidad de vida, de lo que dependerá en cierta medida el bienestar del paciente, así como la adhesión y respuesta al tratamiento (16)

La vivencia constituye un fenómeno complejo en sí mismo, como lo son otros procesos entendidos desde la dialéctica. Muchos son los elementos y relaciones que intervienen en ella. *“la vivencia constituye la unidad de la personalidad y del entorno tal como figura en el desarrollo (...) debe ser entendida como la relación interior del... (individuo) como ser humano, con uno u otro momento de la realidad (...) la vivencia posee una orientación biosocial. Es algo intermedio entre la personalidad y el medio (...) revela lo que significa el momento dado del medio para la personalidad”* (Vygotsky, L. S., 1996, pp.67-68). (17)

CALIDAD DE ATENCIÓN

La calidad de vida abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual, la consideración de estos factores multidimensionales indica un enfoque en la calidad de vida y las alteraciones del bienestar.

Según Bayes (1994), La percepción de calidad de vida del individuo se define como “lo que el individuo dice que esta es”. Evaluar la calidad de vida del paciente crónico permite conocer el impacto de su enfermedad y/o del tratamiento, conocer al paciente, su evolución y su adaptación a la enfermedad.

La calidad absoluta según la terminología de Vuori y Donabedian, es aquella que establece el grado en que se ha conseguido restaurar la salud del paciente hospitalario, teniendo en cuenta solamente lo que la ciencia y la tecnología médica puede lograr, está condicionada por el problema de salud del paciente, los avances científicos, y tecnológicos que condicionan el proceso.

El Profesor Donabedian describe los métodos utilizados para estimar el grado de calidad de asistencia sanitaria. Unas de las primeras definiciones de proceso asistencial como un continuo que disocia en: estructura, proceso y resultado. El autor se centra casi exclusivamente en la interacción medico paciente para la evaluación de los procesos asistenciales. Analiza las ventajas de la utilización de resultados como indicadores de calidad de los procesos aportando los mismos, datos concretos, planteando el problema de la fiabilidad de los mismos, con respecto a la estructura aunque abarca procesos administrativos de distinta índole, la evaluación se basaría en adecuación de

instalaciones y equipos, idoneidad del personal, organización, la estructura y la organización administrativa, etc. Este análisis de proceso y resultados para el autor no significa una separación de los mismos “sino una cadena ininterrumpida de medios antecedentes, seguida de fines intermedios los que, a su vez, son medios para otros fines”. Siendo esta una de las primeras definiciones del proceso asistencial como continuo. Establece dos patrones de medida en función del fin de la evaluación: empíricos y normativos, considera que cuanto más generales sea los patrones más dependerán de la interpretación del evaluador.

El resultado de la atención médica se ha utilizado en términos de recuperación de las funciones y supervivencia, ha sido utilizado como un indicador de calidad. En algunos casos el resultado puede no ser pertinente por ejemplo en los términos de supervivencia podría ser un resultado no la muerte pero una situación invalidante. Si bien algunos resultados son fáciles de medir como la muerte, por ejemplo, La medición de otros no puede definirse con tanta precisión, por ejemplo las actitudes y satisfacciones de los pacientes, la readaptación social, la discapacidad y la rehabilitación física entre otros. Otra forma de abordar la evaluación es estudiar no el proceso de atención en sí mismo sino, las situaciones en que tiene lugar y los medios y procedimientos de los que es producto, podría denominarse evaluación de estructura, incluyendo aquí idoneidad del equipo y su organización. La recolección de la información dependerá del enfoque que se adopte, existen variados métodos, haciendo referencia a las fuentes más utilizadas se citan las historias clínicas, son documentos utilizados para la mayoría de los estudios sobre proceso de atención, a pesar de tener limitantes, otro de los métodos indirectos de obtener información consiste en estudiar conductas y opiniones que permitan hacer inferencias de la calidad.

La medición depende de la formulación de patrones, con el fin de evaluar la calidad los mismos se dividen en dos fuentes. Patrones empíricos son lo que se derivan de la práctica real y se utilizan para comparar la atención médica prestada en un ámbito con el otro similar. Se basan en niveles de atención cuyo logro puede demostrarse por lo cual gozan de credibilidad. Los patrones normativos se derivan en principio de las fuentes que fijan legítimamente las normas del conocimiento y práctica es el sistema de atención médica predominante, de todas maneras se ha puesto en duda la pertinencia de estos patrones formulados por un grupo u otro. Pueden utilizarse ambos patrones, normativos y empíricos para evaluar la calidad.

Cualquier juicio emitido respecto de la calidad es incompleto cuando se usan solo algunas dimensiones y cuando las decisiones se toman basándose en pruebas parciales.

Con respecto a las escalas de medición para medir desempeño, la capacidad de estas depende de su número de categorización, por ejemplo podríamos clasificar en atención “excelente”, “buena”, “mala” o “regular”. En otros estudios se asigna cierta calificación con índice numérico por ejemplo 1 a 100. En las categorizaciones sería posible lograr un mayor grado de precisión con los métodos actuales, incluso algunos autores solo utilizan las categorías óptima y sub óptima. Quienes han utilizado la calificación numérica señalan que pierden mucha información. La confiabilidad de las evaluaciones es un punto de gran importancia en los estudios de calidad, el elemento principal para alcanzar un mayor grado de fiabilidad es la especificación pormenorizada de los criterios, patrones y procedimientos empleados. Cuando varios observadores evalúan el proceso de atención, uno de ellos puede emplear constantemente un patrón más rígido o interpretar los patrones predeterminados en forma más estricta. En estos casos los

resultados mostrarían un sesgo que en estos estudios de calidad deben tomarse en cuenta como regla más que como excepción.

La eficacia de la atención, para producir salud y satisfacción, es el elemento fundamental de comprobación de la validez de la calidad misma.

La definición de calidad de la atención médica implica la especificación de tres factores:

1- El fenómeno que constituye el objeto de interés. 2- los atributos del fenómeno sobre el cual se va a emitir un juicio. 3- Los criterios y las normas que se coloquen a cada atributo en una escala que vaya de lo mejor posible a lo peor. Cuanto más generales y menos explícitos sean los patrones, más se dependerá de las interpretaciones y normas del evaluador. Con relación al fenómeno basándose principalmente en el desempeño médico y el manejo individual de los pacientes, refiriéndose a los atributos que deberán tenerse en cuenta dos aspectos: uno es la aplicación del conocimiento médico y la tecnología de forma que se obtenga un máximo de beneficios con un mínimo de riesgos, otro aspecto es el manejo de la relación personal con el paciente, que debe ser conforme con los principios éticos, sociales y expectativas y necesidades de los pacientes.

Tanto la aplicación de la ciencia como y la tecnología de la medicina, como el manejo interpersonal, son elementos fundamentales de la calidad de atención, sobre todo desde el punto de vista del paciente.

La mayoría de los sistemas de monitorización de calidad de la atención se realizan en dos etapas: En la primera se identifican los casos que no cumplen los criterios explícitos, en la segunda etapa se someten dichos casos a un examen detallado por otros médicos (revisión por colegas), o asesores externos. Para que cumpla con los requisitos

de validez y fiabilidad desde el inicio debe especificarse las estrategias adecuadas de atención, según los beneficios, los riesgos y los costos que implican. Por lo tanto la evaluación de la calidad de atención consiste en un juicio sobre el proceso de atención proporcionado por los técnicos y profesionales del equipo en forma conjunta. Cuando no se cuenta con la información directa puede estudiarse el proceso estudiando “proceso, estructura o resultado”. La calidad de la atención es proporcional al grado de mejoría de la calidad de vida que logre brindar suponiendo que el coste no sea un obstáculo.

Un estudio sobre interacción con el personal de enfermería en pacientes tomados al azar en determinados hospitales de Detroit, muestra que la observación de la práctica es un método de mayor aplicabilidad, más sugestivos que los niveles de desempeño utilizados, fueron los hallazgos relacionados con las diferencias de los pacientes que ilustran un enorme problema de importancia social: la medida en que puede variar la calidad de atención de acuerdo con las características sociales y económicas.

La conducción de la relación interpersonal es el segundo componente en la actuación de los facultativos. A través del intercambio interpersonal el paciente aporta la información necesaria para seleccionar los métodos más adecuados. Durante este intercambio, el médico proporciona información acerca de la enfermedad, su tratamiento y motiva al paciente para su autocuidado. De este proceso interpersonal con todo el equipo asistencial dependerá el éxito del tratamiento, a su vez el mismo debe estar en consonancia con las expectativas y estándares individuales y sociales. Dentro de las virtudes del proceso interpersonal encontramos la discreción, la intimidad, la elección informada, el cuidado, la empatía, la honestidad, el tacto y la sensibilidad.

Con respecto a los costos sociales, si la sociedad los tiene en cuenta, deberá aceptar ganancias menores en relación a la salud, sin embargo, si tiene en cuenta las valoraciones externas como las individuales, deberá aceptar ganancias netas menores, y destinar más recursos al área de la salud.

La calidad individualizada es aquella que involucra las expectativas y valoraciones del paciente, sobre beneficios y riesgos de su asistencia. Esta forma de concebir la calidad se basa en que el objetivo de la atención es la calidad es mejorar el bienestar del paciente.

Avedis Donabedian plantea la calidad como la capacidad de la ciencia y el arte de la atención sanitaria para conseguir mejoras en la salud y el bienestar. La mejor actuación posible, en las condiciones propicias según el estado del paciente y en unas circunstancias inalterables. La estrategia más eficaz establece el límite superior de lo que se puede alcanzar.

Para definir y evaluar la calidad más claramente debemos considerar la efectividad, la misma es la mejora de salud alcanzada en circunstancias normales de la práctica cotidiana, es el grado en que la atención alcanza el nivel de mejora de salud que los estudios de eficacia han fijado como alcanzable. La medición de la efectividad se altera si el curso de la enfermedad es progresivo.

Los efectos de la salud considerados son la suma de cualquier mejora o daño que la atención sanitaria ha producido o se prevé que pueda causar. Si introducimos el coste debemos considerar la eficiencia y la optimización.

La eficiencia no es más que el coste que representa cualquier mejora en la salud, si existen dos estrategias de mejora la menos costosa es la más eficiente. La atención innecesaria y la atención innecesariamente cara, aunque no interfieran en la consecución de las mejoras máximas en la salud muestran una clara ineptitud, negligencia o irresponsabilidad social, que uno difícilmente pueda relacionar con buena atención.

La optimización: la misma se vuelve un tema importante cuando los efectos de la atención se valoran en relación a los costos.

Aceptabilidad: Es la adaptación de la atención a los deseos, expectativas y a los valores del paciente y su familia. Depende de las valoraciones subjetivas del paciente en cuanto a la efectividad, eficiencia y optimización aunque otros elementos como relación médico-paciente y el confort de los mismos que toman partido en el asunto.

Accesibilidad: Es una característica de la atención para los potenciales pacientes, la capacidad de obtener asistencia cuando se requiere y obtenerla de manera fácil y apropiada es un factor importante de la calidad.

Según Parasuraman, Zeithmal y Berry (1985) Las características intrínsecas de los servicios de salud, llevan a cuatro consecuencias importantes. La calidad de los servicios es mucho más difícil de evaluar que los bienes. La propia naturaleza de los servicios conduce a una mayor variabilidad de su calidad y consecuentemente, a un riesgo percibido del cliente más alto que en el caso de la mayoría de los bienes. La valoración por parte del cliente de la calidad del servicio tiene lugar mediante una comparación entre expectativas y resultados. Las evaluaciones de la calidad hacen referencia tanto a los resultados como a los procesos de prestación de los servicios.

Estas características de los servicios de salud obligan a conocer a los usuarios y la percepción que tienen ellos de los mismos. (Gronroos, 1994; 35)

Esta perspectiva admite definir la calidad de atención a través de la percepción. Esto se refiere a la “calidad percibida” se define como “el juicio del consumidor sobre la excelencia y superioridad de un producto” (Zeithmal, 1988:3), la atención sanitaria no es tangible como cuando hablamos de calidad de productos. La propia intangibilidad de los servicios hace que sean percibidos en forma subjetiva.

En el ámbito de los servicios sanitarios las emociones en la concepción de la satisfacción es particularmente importante debido a que la mayoría de los servicios se basan en la experiencia, participación o vivencia del consumidor. (Gronroos 2000).

MODELO DE RELACIONES INTERPERSONALES

Los modelos de atención de enfermería son representaciones simbólicas de la realidad describen y examinan los hechos que conforman la práctica de enfermería, aportando herramientas para el pensamiento crítico en su actuar. Haciendo hincapié en este caso al apoyo que se brinda a los pacientes desde el punto de vista psicológico, ya que como se menciona es un área particular en ellos.

A principios de los años cincuenta Hildegard Peplau fomentó el enfoque fenomenológico en la enfermería general y en la enfermería psiquiátrica y desarrolló el Modelo de Relaciones Interpersonales, el cual define a la persona como un individuo, como un organismo en desarrollo que se esfuerza por reducir la ansiedad provocada por las necesidades. Según Peplau la persona vive en equilibrio inestable.

Según Peplau la salud consta de condiciones interpersonales y psicológicas que interactúan y es promovida a través del PROCESO INTERPERSONAL.

Enfermería: Es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal que actúa de forma conjunta con otros procesos humanos que posibilitan la salud. Es una relación humana entre un individuo que está enfermo o que siente una necesidad y una enfermera que está preparada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.

Sullivan en 1953 definió las relaciones interpersonales como el estudio de lo que ocurre entre dos o más personas, pudiendo ser todas ellas menos una, completamente ilusorias. El término “relaciones” se refiere a conexiones, lazos, ataduras y uniones entre cosas y personas. En la relación enfermera paciente la finalidad de la enfermera consiste en estudiar las relaciones interpersonales que se producen entre el paciente y los demás (familia, personal o la misma enfermera).

La enfermera consigue sus metas mediante la promoción del desarrollo de las habilidades del paciente para afrontar los problemas y conseguir un estado saludable; es un proceso mutuo y de cooperación que intenta resolver el problema. Incluye la utilización de las técnicas de resolución de problemas por la enfermera y el paciente; según Peplau, tanto la enfermera como el paciente aprenden el proceso de resolución de problemas a partir de su relación.

Asimilando la atención del paciente crónico psiquiátrico y crónico renal, la calidad de asistencia no solo está dada por el cumplimiento de los tratamientos, sino en la competencia ejercida en la relación con el paciente. Sills en 1983 afirma que “es un

proceso de relación con individuos, grupos familias y comunidades que la enfermera ayuda a favorecer, mantener y restaurar la salud”. (19)

Avanza desde lo genérico a lo específico en la recogida de datos y la clarificación de problemas, y se vale de instrumentos básicos como la observación, la comunicación y el registro.

Un contacto enfermera paciente sin importar la duración del mismo , es una interacción fluida en la que el profesional usa la observación, después la interpretación de los fenómenos observados y a continuación responde con intervenciones basadas en la teoría, hay un paso posterior que es la evaluación de los efectos de la intervenciones sobre fenómenos observados e interpretados.

Un desafío que enfrenta la enfermera es revelar los fenómenos de la conciencia y comprender e interpretar los significados o el significado del pensamiento, comportamiento, actitudes, aprendizaje, percepciones, prácticas, y representaciones de la experiencia de los pacientes.

Las enfermeras deben aprender a manejar la ansiedad experimentada por un paciente, ayudarles a comprender en qué consisten los problemas y el modo en que estos problemas pueden solucionarse. Utilizando la relación de este modo, colaborando, educando y siendo una terapeuta, la enfermera será capaz de empatizar con los problemas del paciente. Como consecuencia de todo ello, tanto la enfermera como el paciente aprenden y maduran. Las finalidades de la práctica de enfermería profesional, no solo comprende disminuir las molestias físicas, sino trabajar la relación del paciente con su enfermedad, incluyendo los cambios psicológicos y sociales que la enfermedad

genera en su ámbito familiar. El hecho de “mostrar interés” es una competencia poderosa de enfermería que provoca el crecimiento interpersonal formación sobre la cual enfermería debe tener conocimiento.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA-CUIDADOS HUMANIZADOS

El cuidar es a la vez ciencia y arte que exige conocimientos y actitudes especiales, por ello la esencia de la disciplina de enfermería es el cuidado, el cual ha sido identificado como el objeto de estudio de la profesión de enfermería.

Los cuidados en términos generales son un conjunto de actos conscientes, inconscientes y afectivos que tienen como finalidad más primaria la supervivencia y mantenimiento de la especie, así también son prácticas humanas tan antiguas como la misma humanidad que se van convirtiendo en procesos sociales a medida que las sociedades se estructuran y organizan, adquiriendo diferentes complejidades.

Los cuidados humanizados son únicos para cada persona en cada momento y están condicionados por diferentes elementos que son propios de cada uno y pertenecen a aspectos internos y/o externos de la persona o son independientes de cualquier circunstancia que acontezca.

La necesidad de cuidados está presente a lo largo de la vida de la persona, se los puede proporcionar ella misma o ser recibidos de otros, pero siempre repercute sobre su salud. Para los profesionales de la salud este tipo de cuidados tiene otra connotación, porque son entendidas como actividades que tienen por finalidad la mejora o el mantenimiento de la salud, su recuperación o bien, la convivencia con la enfermedad y sus manifestaciones, o la ayuda para morir en las mejores condiciones.

Una de las características de enfermería como profesión tiene que ver con el papel de percepción, debe observar y evaluar las consecuencias de su rol y del rol que el paciente la coloca: madre sustituta, técnica, directora, agente de socialización, maestra, asesora o terapeuta. Un concepto que las enfermeras deben conocer es la ansiedad, elemento profundo del rol en las relaciones interpersonales. Sullivan define las necesidades como tendencias integradoras, tendencias a adoptar un comportamiento conformado según patrones para que satisfagan las necesidades, los patrones de comportamiento usados para aliviar la ansiedad no se mueven hacia la satisfacción de las necesidades. Las enfermeras deben sensibilizarse ante las conductas de seguridad de los pacientes, los comportamientos utilizados para evitar lo que no desea. El comportamiento y las declaraciones del paciente reflejan constantemente la autopercepción, el es un sistema anti ansiedad confeccionado para reflejar sus apreciaciones.

Al trabajar clínicamente con los pacientes, estos son vulnerables a la autoridad de los demás, se sienten indefensos y suelen organizar su comportamiento para lograr aprobación de la enfermera.

El Modelo Peplau reconoce que los roles son importantes en el desarrollo de las relaciones interpersonales, que son dinámicas y cambiantes. Un rol puede describirse como una serie de normas que una persona emplea en un número variable de situaciones, las enfermeras poseen roles y sub roles, pero no pueden ser considerados de manera aislada, están relacionados con los roles del paciente.

La relación profesional debe ser objetiva y capacitar al paciente y a la enfermera para que trabajen juntos en forma cooperadora y madura, este enfoque de los cuidados es el que nos plantea Paplau.

Rol de extraño: El paciente y la enfermera no se conocen, cada relación enfermera paciente es diferente, cada paciente tendrá una percepción distinta de como es tratado, la enfermera no debe juzgarlo sino aceptarlo como persona, considerándole emocionalmente capacitado si no hay evidencias de lo contrario. Este modelo es de gran utilidad para conseguir que enfermería piense en forma comprensiva acerca de los individuos y lo que estos puedan necesitar al recibir los cuidados.

Rol como persona-recurso: La enfermera debe ofrecer respuestas específicas, explicando al paciente el plan de tratamiento a seguir, debe ser capaz de diferenciar si el paciente necesita realmente la información o si está pidiendo apoyo, teniendo en cuenta la situación eligiendo la respuesta más adecuada dirigida a un aprendizaje constructivo.

Rol educadora: Es una combinación de todos los roles, se desarrolla paralelamente a la relación que va construyendo a lo largo del tiempo y debe partirse de lo que sabe el paciente, y en función de su interés y capacidad para usar la información.

Rol de líder: La enfermera, ayuda al paciente a asumir las tareas que tienen a su alcance mediante una relación de cooperación y participación activa. Los estilos de gestión de los servicios de salud pueden afectar la forma en que enfermería cuida a los pacientes. Las normas y procedimientos establecidos pueden trasgredir los límites de la práctica de enfermería profesional. Una estrategia útil es conocer a los pacientes e intentar percibir el estilo de liderazgo al cual el paciente responderá, este rol será dinámico de acuerdo a como van cambiando los vínculos.

Rol de sustituta: El Paciente sitúa a la enfermera en el papel de sustituta, apreciando en sus actitudes y conductas sensaciones que reactivan sentimientos generados en

relaciones anteriores. La enfermera, debe ayudar al paciente a ver las diferencias entre las personas que recuerda y el rol profesional. La enfermera toma el rol de otra persona, pero no la reemplaza existe una transición donde la enfermera acompaña al paciente cuando de un niño pasa a ser un adulto en el momento de tomar decisiones acerca de su salud.

Rol de Asesora: La enfermera debe ayudar al paciente a que recuerde y entienda completamente lo que sucede en la actualidad, para que la experiencia se pueda integrar, a otras experiencias de la vida. El arte de asesorar debe realizarse con sensibilidad y requiere habilidades avanzadas de comunicación verbal y no verbal.

Analizar la calidad de atención de enfermería es una de las herramientas que tienen los servicios de salud, a través de la satisfacción de sus necesidades de los usuarios para instrumentar mejoras de calidad continua. A pesar de que es amplio el abanico de intereses, los usuarios centran sus expectativas, en la atención más inmediata, en la cual enfermería es un pilar fundamental en este vínculo entre y el usuario y el sistema sanitario.

DISEÑO

La Fenomenología interpretativa o hermenéutica fue propuesta por Martin Heidegger en 1927 como una metodología filosófica para descubrir el significado del ser o existencia de los seres humanos en una manera diferente a la tradición positivista. El principal objetivo de Heidegger fue entender lo que significa ser una persona y como el mundo es inteligible para los seres humanos. Un fenómeno para Heidegger es lo que muestra por sí mismo, lo que se hace manifiesto y visible por sí mismo. La Fenomenología interpretativa o hermenéutica se fundamenta en los siguientes supuestos filosóficos sobre la persona o ser humano:

- 1) Los seres humanos tienen un mundo. Estar en el mundo es existir, es estar involucrado, comprometido. Habitar o vivir en el mundo es la forma básica de ser del ser humano. Los seres humanos tienen un mundo que es diferente al ambiente, la naturaleza o el universo donde ellos viven.
- 2) La persona como un ser para quienes las cosas tienen significado. La manera fundamental de vivir las personas en el mundo es a través de la actividad práctica. Heidegger describe dos maneras de relacionarse con el mundo, el primero es aquel que está completamente involucrado con el mundo o sumergido en su actividad diaria sin notar su existencia. El segundo es aquel en el cual las personas son conscientes de su existencia, por ejemplo en caso de enfermedad.

- 3) La persona es un ser auto interpretativo. Lo son porque las cosas tienen importancia para ellos. Los intereses o inquietudes de las personas ilustran lo que es importante y preocupante en una situación específica.
- 4) La persona como corporalidad. La concepción fenomenológica de la persona incluye una visión de cuerpo diferente a la visión cartesiana, para la Fenomenología más que la persona tener un cuerpo, es corporal. Ser humano es tener una inteligencia corporal que hace posible involucrarse hábilmente en las situaciones.
- 5) La persona como ser temporal. Heidegger concibió a la persona como ser en el tiempo, este no es lineal o la sucesión infinita de horas sino el tiempo es constitutivo del ser o existencia.

Los supuestos filosóficos aplican tanto a los participantes como a los investigadores. El investigador es un ser auto interpretativo que es y tiene un mundo, para quien las cosas tienen significado, que tiene inteligencia corporal, y que vive en el tiempo. Sus intereses y compromisos modelaran sus proyectos de investigación.

El círculo Hermenéutico asume un elemento de intuición, un conocimiento previo mínimo es necesario para entender. El que habla y el que escucha deben compartir el lenguaje y tema del discurso. Entender o comprender tiene una estructura que entra en juego en toda interpretación. Las cosas se hacen visibles a través de la interpretación.

(20)

La disciplina enfermera, como disciplina humanística, necesita métodos de investigación que la acerquen a su objeto de estudio (el cuidado de la persona). Pero

estos métodos deben colaborar para ver a cada individuo como un ser con respuestas y sentimientos propios, y que sólo él los experimenta de manera única. Es fundamental que no se generalice sobre la conducta humana, ya que es la persona misma quien construye su mundo y lo vive de acuerdo a su propia percepción de la realidad. Esto hace que tenga sus propias respuestas a diversas situaciones, incluidas las enfermedades, respuestas que también son influenciadas por diversos factores.(21)

Posicionamiento del investigador (bracketing).

Al aproximarse a la experiencia vivida por otros, se debe «alejar» de todo conocimiento preestablecido y «aparcar/retener» (bracketing) sus creencias, valores y experiencia, se debe encontrar con el fenómeno fresco y describir lo que percibe y escucha. El bracketing está directamente relacionado con la orientación teórico metodológica, por lo que puede variar incluso dentro de las diferentes ramas de la Fenomenología.

A su vez “el investigador de campo nunca es solamente un observador participante. Es a la vez un activo entrevistador y un analista de archivos, que contrasta sobre unos mismos temas, los datos producidos a través de encuestas, entrevistas, documentos, observación y experiencia participativa” (22-23)

En este caso el investigador es quien asiste a los sujetos a investigar. Conoce el campo, en términos de proceso, la técnica observación participante tiene su primera acción en lo que genéricamente se denomina "ganar la entrada al escenario" u "obtener el acceso". El entrevistador en este caso tiene el acceso físico y social, y selecciona qué fenómenos va a observar.

Integración de la muestra

En la investigación cualitativa la decisión muestral no es fruto de un solo criterio, en este caso se tomaran dos criterios: la consideración de los recursos disponibles (Morse, 1994:222) en la selección de contexto. Pacientes atendidos en el Centro de Hemodiálisis. Además del criterio de heterogeneidad (diversidad de edad, sexo, situación familiar, etc.) (25)

La muestra se centra en aquellos individuos que han experimentado la situación, evento o fenómeno a estudiar. Existen diferentes tipos de muestreo, destaca el «muestreo por propósito o conveniencia», se acude a lugares, contextos o personas donde se prevé que se puede acceder a información sobre el fenómeno de estudio. Para la selección de los informantes se deben tener en cuenta las siguientes preguntas, descritas por Valles (26) y Mayan (27): ¿quiénes tienen la información relevante?, ¿quiénes son más accesibles física y socialmente?, ¿en qué contextos seré capaz de reunir la mayor y mejor información acerca de mi tema de interés?, ¿quiénes están más dispuestos a informar? y ¿quiénes son más capaces de comunicar la información con precisión?

Se seleccionaron para este estudio los pacientes están en hemodiálisis desde hace dos años o más, luego de este periodo los pacientes transitan por las diferentes etapas de aceptación de la enfermedad, los pacientes con más diez años en tratamiento son más susceptibles ante las variaciones con respecto al mismo. (28)

No se incluyeron en la muestra pacientes con menos de dos años de tratamiento, que presenten características clínicas que imposibilitan la evaluación de los aspectos

subjetivos por ejemplo: hipoacusia, demencia senil, Alzheimer, alguna discapacidad intelectual, que dificulten la comunicación con el entrevistador. (29)

La muestra se obtuvo por «saturación de los datos». Se debe parar la recolección de datos, cuando ningún dato nuevo o relevante emerge. Citando a Taylor y a Bogdan (30): «en la mayoría de los casos no se sabe cuántas entrevistas en profundidad habrá que realizar hasta que se comienza a hablar realmente con los informantes. La clave no está en la cantidad, sino en la calidad y profundidad de los datos. (31)

Lugares de contacto (setting): Sala de entrevistas del Centro de Diálisis o domicilio de los entrevistados, según la necesidad del entrevistado.

Recolección de datos: Se utilizó como técnica principal la entrevista en profundidad, comenzando con una pregunta inicial, preguntas orientadoras y notas de campo (Anexo 1).

Las Entrevistas en profundidad es un método de investigación cualitativa. Por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. Lejos de asemejarse a un robot recolector de datos, el propio investigador es el instrumento de la investigación, y no lo es un protocolo o formulario de entrevista. El rol implica no sólo obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerla. (32)

Todo enfoque investigativo tiene sus puntos fuertes y sus desventajas. En concordancia con Becker y Geer (1957) en cuanto a que de la observación participante surge un patrón para medir los datos recogidos mediante cualquier otro método. Es decir que ningún otro método puede proporcionar la comprensión detallada que se obtiene en la observación directa de las personas y escuchando lo que tienen que decir en la escena de los hechos.

Aunque en la investigación cualitativa los intereses de la investigación son necesariamente amplios y abiertos, la claridad y especificidad de lo que se está interesado en estudiar varía según los investigadores. Las entrevistas en profundidad van de la mano con la observación participante.

Las entrevistas en profundidad son reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto a sus vidas, experiencias o situaciones específicamente, tal como lo expresan sus propias palabras. No existe un instrumento de recolección de datos, el investigador es el instrumento de la investigación. El rol es no solo obtener respuestas sino aprender que y cuando preguntar.

La importancia de las entrevistas en profundidad, es que permiten conocer a la gente lo bastante bien como para comprender lo que quiere decir, y crean una atmósfera en la cual es probable que se exprese libremente. Mediante las entrevistas el investigador hábil logra por lo general aprender de qué modo los informantes se ven a sí mismos y a su mundo, obteniendo a veces una narración precisa de acontecimientos pasados, y de actividades presentes, y casi nunca predicen con exactitud la manera en que un informante actuará en una situación nueva.(33) En tercer lugar, puesto que los

entrevistadores, en tanto tales, no observan directamente a las personas en su vida cotidiana, no conocen el contexto necesario para comprender muchas de las perspectivas en las que están interesados. En su comparación de la observación participante con las entrevistas, Becker y Geer (1957) enumeran una lista de defectos de las entrevistas que se relacionan con aquella idea general: es probable que los entrevistadores comprendan mal el lenguaje de los informantes, puesto que no tienen la oportunidad de estudiarlo en su uso común; los informantes no quieren o no pueden expresar muchas cosas importantes y sólo observándolos en sus vidas diarias es posible adquirir conocimientos sobre tales cosas; los entrevistadores deben plantearse supuestos sobre cosas que podrían haber sido observadas, y algunos de esos supuestos serán incorrectos.(34)

Mediante las entrevistas el investigador hábil logra por lo general aprender de qué modo los informantes se ven a sí mismos y a su mundo, obteniendo a veces una narración precisa de acontecimientos pasados y de actividades presentes, y casi nunca predicen con exactitud la manera en que un informante actuará en una situación nueva.

La guía de la entrevista no es un protocolo estructurado. Se trata de una lista de áreas generales que deben cubrirse con cada informante. En la situación de entrevista el investigador decide cómo enunciar las preguntas y cuándo formularlas. La guía de la entrevista sirve solamente para recordar que se deben hacer preguntas sobre ciertos temas. El empleo de guías presupone un cierto grado de conocimiento sobre las personas que uno intenta estudiar (por lo menos en las entrevistas en profundidad). Este tipo de guía es útil cuando el investigador ya ha aprendido algo sobre los informantes a

través del trabajo de campo, entrevistas u otra experiencia directa. Esa guía puede asimismo ser ampliada o revisada.

Segun Jorgensen, (1989:96.): El tipo, forma y contenido de las notas que crees depende de la preferencia y estilo personal, los temas estudiados, es escenario y las situaciones de observación y las tecnologías usadas. Deberías registrar fechas, tiempos lugares; las posiciones sociales, roles y actividades de las personas clave; las actividades y sucesos principales. Deberían registrarse las conversaciones y las entrevistas casuales. Encontraras útil tomar notas relativas a sentimientos personales, corazonadas suposiciones y especulaciones.

Las notas y los ficheros pueden ser escritos a mano; mecanografiados; registrados mediante fotografía fija, equipo audiovisual y cinta de audio; o procesado en ordenador.

Análisis: El objeto del conocimiento buscado será el mismo que el objeto del conocimiento para la fenomenología, es decir, el mundo vivido por el paciente. Las estructuras fenomenológicas no son directamente observables y se debe construir modelos de evaluación que reflejen las intenciones y significados de los actores. Y nuestra finalidad, es la preocupación por la descripción del fenómeno.

En la evaluación resulta oportuno limitarnos a las situaciones directamente vinculadas con las experiencias y conocimientos manifestados por el paciente. Centramos en la información aportada por la entrevista, de forma que el resto de situaciones, sin conexión alguna o bien relacionadas indirectamente a través de otros conocimientos, no son contempladas en este nivel de análisis. Esta decisión nos permite reducir considerablemente la extensión de la información, ofrece mayor garantía operativa y

permite establecer unas dimensiones o categorías de situaciones utilizables para la evaluación. (35)

Los temas irán acompañados de segmentos del texto de referencia. La primera tarea del procesamiento de la información es la organización de los datos disponibles. Esta organización pasa por tres etapas: una primera descriptiva, cuyo objetivo es registrar toda la información obtenida, de manera textual.

Una segunda, cuyo objetivo es segmentar ese conjunto inicial de datos, a partir de unas categorías descriptivas que emergen de los mismos y que permiten una reagrupación y una lectura distinta. Una tercera, cuyo objetivo es estructurar la presentación sintética y conceptualizada de los datos, a partir de la interrelación de las categorías descriptivas identificadas y la construcción de categorías de segundo orden o axiales.

Agrupación. Ésta es una técnica que consiste en categorizar y ordenar por atributos de forma reiterativa o repetitiva, cosas, eventos, actos, actores, procesos, escenarios y situaciones dentro de unas categorías determinadas.

Con esta técnica será posible identificar tipos de situaciones que pueden presentarse al analizar y reordenar. Para la comparación de incidentes aplicables a cada categoría, el investigador codificará los datos registrados para cada incidente o episodio, dentro de tantas categorías de análisis como en la Investigación cualitativa sea posible.

La técnica de retroalimentación de los informantes es trascendental, en virtud del compromiso de la investigación cualitativa de conocerla realidad sociocultural desde la perspectiva de los actores sociales que la construyen, y que no sería otra cosa que una fuente de "validación fenomenológica", Bronfembrenner (1976).

Técnicas de codificación usadas para analizarlos datos de campo: Técnicas para un análisis de los datos desde una lógica de secuencialidad Bogdam Bicklen (cit. por Pérez, 1998), hacen la distinción entre análisis en el campo y análisis después de la recolección de datos, precisando que el análisis después del trabajo de campo concierne principalmente al desarrollo del sistema de decodificación.

El proceso de construcción y validación de categorías. El desarrollo del sistema de categorías es el primer paso para la estructuración de este análisis tras la culminación parcial o total del trabajo de campo. Este se desarrolla en tres grandes fases o etapas: descriptiva, relacional y selectiva.

Categorización o Codificación descriptiva. Se inicia con una fase exploratoria en la cual aparece un primer tipo de categorías eminentemente descriptivas. Estas emergen o surgen de un primer contacto con los datos recolectados y con su ayuda se busca comprender, de una manera lógica y coherente, la información recogida, reduciendo el número de unidades de análisis. Este primer sistema de categorías empleará, para nombrar sus unidades de análisis o categorías, los llamados *Códigos crudos o descriptivos*. Los cuales pueden ser, alternativa o simultáneamente, de dos tipos: "vivos" o "sustantivos". En los *Códigos vivos*, se emplean expresiones textuales de los actores y en los *Códigos sustantivos*, se acude a denominaciones creadas por el investigador, pero apoyadas en rasgos que son posibles identificar y evidenciar en los datos recogidos y agrupados por dicho investigador. (37)

Un segundo nivel de categorización en la medida que avanzan, tanto el proceso de recolección de información como el proceso de análisis, se va generando un segundo

tipo de categorías resultante de la organización de las categorías descriptivas inicialmente formulada.

Este sistema de categorías de tipo fundamentalmente relacional, es consecuencia de un proceso de conceptualización de los datos obtenidos. Es decir, las categorías descriptivas que vinculan entre sí dos o más observaciones darán paso a las categorías relacionales, que son de orden más teórico y vinculan entre sí dos o más categorías descriptivas o teóricas de orden inferior. Estas nuevas *categorías* recibirán el nombre de *axiales o relacionales*.

Tercer nivel de categorización o Codificación selectiva: En esta etapa, luego de una depuración empírica y conceptual, que incluye el análisis de los casos negativos, la triangulación y la contrastación o feedback con los informantes, tendrá lugar un proceso de categorización selectiva, que arrojará como resultado la identificación o el desarrollo de una o varias *categorías núcleo*, que articularán todo el sistema de categorías construido durante la investigación.

Se organizará el análisis de datos cualitativos asistido por Software. Programa Atlas ti.

Interpretación Fenomenologica-Hermeneutica de los datos.

La hermenéutica es un proceso de interpretación. Tiene como objetivo la interpretación del texto por medio de actividades analíticas a estudiar mediante dos instrumentos, el descriptivo y el reflexivo.

El descriptivo consiste en leer y entender el texto.

El Reflexivo regresar sobre el mismo y reflexionar críticamente, comprender e interpretar.

El Analítico es aquel método de investigación que consiste en la desmembración de un todo, descomponiéndolo en sus partes o elementos para observar las causas, la naturaleza y los efectos. El análisis es la observación y examen de un hecho en particular. Es necesario conocer la naturaleza del fenómeno y objeto que se estudia para comprender su esencia. Este método nos permite conocer más del objeto de estudio, con lo cual se puede: explicar, hacer analogías, comprender mejor su comportamiento y establecer nuevas teorías.

Criterios de Validez

Triangulación Teórica, Método Hermenéutico, Analítico y Reflexivo.

La aprobación del comité ético es un requisito esencial en todo proyecto cualitativo, ya que existen determinadas experiencias que al recordarlas pueden provocar sufrimiento al paciente.

En la triangulación se utilizará dos más aproximaciones en el análisis del mismo grupo de datos con el fin de su validación. Se realiza comparando resultado de análisis de los datos utilizando diferentes técnicas de análisis cualitativo para evaluar los resultados.

(36)

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses. (Anexo)

ANALISIS

Teniendo en cuenta la información recabada a través de entrevistas en profundidad realizadas a pacientes del centro de Diálisis crónica del Hospital de Clínicas, se organizó la información en categorías según el diseño metodológico del estudio.

CATEGORIAS DEFINIDAS

A) Sentimiento de bienestar	Sub-categorías	Satisfacción
		Seguridad
B) Características de enfermería	Sub-categorías	Trato
		Habilidad técnica
C) Percepción del Vínculo	Sub-categorías	Amistad
		Afecto

//Partiendo de la pregunta problema: ¿Cómo perciben los pacientes en hemodiálisis su relación con el personal de enfermería?

Valoramos a través de la percepción, la satisfacción que los pacientes tienen de su atención, que en los servicios de salud es la parte intangible para valorar la calidad asistencial. Asimismo, el usuario percibe los cuidados de enfermería, según las vivencias en cada hemodiálisis y su historia personal dentro del centro. Su vínculo con las diferentes enfermeras, las capacidades técnicas, y sentirse en un ambiente de afecto y confianza.

La inquietud por la seguridad del paciente, por parte del personal de enfermería, es latente y se manifiesta. En sus manos deposita su vida, el cuidado de su acceso, muchas veces el único medio a través del cual el paciente se puede dializar y en consecuencia vivir.

El hecho de que estos pacientes estén muchas horas conviviendo con el personal de enfermería, y varios de ellos durante muchos años, hace que el mencionado personal conozca los malestares particulares que les genera la diálisis.

Para las entrevistas se partió de una pregunta orientadora, luego, durante el desarrollo de las mismas, surgieron nuevas preguntas, que han sido incorporadas al proceso de análisis con el propósito de facilitar la comprensión del mismo.

¿Siente que enfermería se preocupa por usted?

“Si medio que me conocen también, ya un poco saben cuándo me está bajando la presión, están atentas ahí me ven pálido y ya enseguida ya tengo síntomas que ya son conocidos, ¿viste?”.

A través de la valoración continua de los pacientes, enfermería puede anticiparse a las complicaciones más frecuentes, como hipotensión, calambres, vómitos y otros que son causados por el tratamiento. Como se mencionó anteriormente el modelo de enfermería de H. Peplau define seis roles de la enfermera en la atención, aquí el paciente ve a la enfermera desde su rol de suministradora de recursos, ella ofrece respuestas específicas asistiéndole según la necesidad del paciente en ese momento.

El paciente vivencia esta atención, con confianza en los conocimientos individualizados que tiene enfermería de su persona, y de los síntomas desfavorables que le provoca la diálisis.

“Es que no, no, no, yo no veo y conmigo yo llego y están siempre preocupándose por mí, por el peso y siempre me ayudan a salir de eso”.

La preocupación por el estado del paciente antes y durante la diálisis, hacen que se perciba la asistencia como particularizada, porque se aborda al paciente en forma holística, no solo durante el periodo del procedimiento, si no también, con respecto al cumplimiento del tratamiento médico dietético en su domicilio. Si tuvo algún evento social que lo llevó a trasgredir la dieta y como recuperarse de esta situación y los cuidados para próximas sesiones de diálisis. El paciente vivencia esta preocupación de enfermería, como un elemento de seguridad. El mismo coloca a la enfermera en el rol de sustituta.

“Con respecto a las enfermeras, si, si, no porque siempre están ahí”

“Sí que si pasa algo nosotros no tengamos que estar vigilando un enfermo, porque estoy ahí mirando la televisión, el otro día estaba distraída y Cynthia casi más...pobrecito empezó a vomitar, vino la leche y pobrecito empezó a vomitar y es bravo, un hombre diabético, no ni siquiera eso saben y como no van a saber”

Las irregularidades en el funcionamiento del servicio afectan, la percepción de los pacientes de tal forma, que pueden proporcionarle grandes preocupaciones. Más aún, si las irregularidades tienen que ver con la presencia de enfermería cerca de ellos, en este tipo de tratamiento donde se encuentran tan vulnerables, dicha cercanía les da

confianza, el personal ya los conocen, cada uno es uno más del grupo y sabe que se anticipan a las complicaciones. En términos de calidad la producción de un daño va en perjuicio de la mejoría de la calidad de vida que se busca brindar, los riesgos de daño por no cumplimiento de los protocolos son elevados en relación a la seguridad del paciente.

¿Está satisfecha con la atención de enfermería durante la hemodiálisis?

“Estoy satisfecha por completo, yo en mi casa digo...el trato es divino que tienen todos, porque no solo conmigo, con todos, fabulosos de verdad”

El paciente manifiesta bienestar, el afecto puede darse o recibirse, nuestros pacientes como ellos mismos lo manifiestan, sienten afecto. La palabra afectividad se utiliza para designar la vida emocional total del individuo. Es una característica de la personalidad, En este aspecto, la vivencia del paciente, está relacionada con su percepción del vínculo, el rol de la enfermera en este caso es el de sustituta, donde el paciente aprecia sus actitudes y conductas, le produce sensaciones que reactivan sentimientos anteriores vividos por él. La Satisfacción del paciente está dada por el sentimiento de afecto que le provoca el vínculo durante la atención recibida.

¿Enfermería se preocupa por usted?

“después siempre hay alguien que se preocupe más y quien trabaja profesionalmente (es un trabajo y nada mas), otros te das cuenta que se preocupan más y eso se nota.”

El hecho de sentir que enfermería trabaja de modo profesional provoca sentimientos ambiguos, por un lado el paciente se siente seguro al recibir atención de calidad técnica y por otro puede no recibir la atención que tenga en cuenta los problemas y sentimientos

que el trae consigo ese día en particular. Las características de cada paciente hace que los vínculos se vivencien de diferentes formas y esperen de la enfermera, en ocasiones el rol de sustituta, se preocupa, se ocupa por él.

¿Qué le preocupa durante el tratamiento?

“No, yo vengo bien, sí, me preocupa el tratamiento, si lo hacen bien, sobre todo si hay un enfermero nuevo. Ahora tenemos una nurse que se preocupa. Con algunas hay trato profesional y otras con quien uno establece una amistad”.

Los profesionales asumen la enfermería, como profesión que exige una formación basada en conocimientos y habilidades técnico – científicas. No se encuentra un concepto único de cuidado, una tendencia está orientada hacia la búsqueda de bienestar y otra, hacia la resolución de problemas. El cuidado se centra en el proceso de enfermería. Cuando el paciente reconoce a la enfermera por sus habilidades técnicas, identificamos este rol como el de suministradora de recursos, explicando el tratamiento o en este caso realizando el procedimiento de la forma técnicamente más adecuada. Como afirma Peplau, el hecho de “mostrar interés” es una competencia poderosa de enfermería que provoca el crecimiento interpersonal, formación sobre la cual enfermería debe tener conocimiento.

¿Cómo te sentís durante la diálisis?

“No, no, no, yo soy feliz, porque a mí me están haciendo bien, yo a veces me siento mal porque me baja la presión, pero yo trato de tener energía y decir no, me trato de componer enseguida y me pasa eso, claro cuando me baja la presión en vez de sentirme

más mal trato de sentirme mejor porque me hablan y ahí me recupero enseguida es la autoestima que uno tiene, no. (Silencio)

El paciente está en el mundo involucrado y comprometido. Un mundo diferente es el que ellos viven, el mundo de la enfermedad, la rutina del tratamiento, es su mundo particular.

El rol de consejera es en el cual enfermería ayuda al paciente a que recuerde y entienda lo que le sucede, e integrar esta experiencia a las demás, por ejemplo la rápida recuperación en diálisis anteriores. La felicidad así manifestada en este tipo de patologías puede ocultar otros sentimientos, a pesar de la combinación de la misma con diferentes patologías invalidantes como, ceguera, problemas en la marcha, falta de contención familiar, hace que el sentimiento de compañía e interacción con otros pacientes es de felicidad como aquí lo manifiesta.

“Yo me levanto contenta al venir para acá y me voy contenta, yo feliz, contenta no soy de esas personas que dicen hay tengo que venir devuelta. Hay cuatro horas, no yo que me queden cinco o seis no me interesa lo que si me importa es sentirme bien.”

El paciente con ERC suele mejorar los síntomas de su uremia durante y luego de la hemodiálisis, claro que a esto pueden sumarse complicaciones durante la misma, como hipotensión y otros malestares, en consecuencia venir a hemodiálisis significa un alivio de síntomas crónicos, durante un periodo de horas dependiendo de cada paciente. Por supuesto y basándome en la fenomenología la vivencia no es una cosa aparente, tiene múltiples representaciones, que no podemos juzgar.

Realmente se experimenta felicidad al asistir a hemodiálisis?, es un alivio de sus síntomas?, o interviene acá la relación de vínculos generada con el grupo y con enfermería?

La persona como un ser, encuentra significado, vive en el mundo a través de su actividad práctica. La fantasía para la creación de variaciones es importante porque la intuición de esencias Hurseliana es un intento de separarse de un hecho empírico y encontrar la invariante necesaria. El recurso de la fantasía, lo podemos utilizar entendiendo que este paciente pueda o no sentirse feliz al concurrir a diálisis.

¿Sentís que hay alguna diferencia en el trato hacia un paciente u otro?

“Sigue estando Jennifer, sigue estando igual, ahora cambiamos, con el tema de la nurse, ahora estamos con Úrsula ella no le da tanta importancia, como le daba Bárbara, ella si le decía no te vayas. Úrsula no le da tanta importancia, si te quieres ir andate. Pero igual la atención sigue siendo la misma quiere irse temprano, igual”

“Esteeeee si puede ser que haya, especifico lo que yo especifico, hoy hay una diferencia al entrar los pacientes, con Harrison lo entran primero, porque si la maquina esta pronta se va y demoran en conectar se va, estamos todos afuera esperando hace dos horas y el viene y lo hacen entrar, eso es lo que yo veo mal.”

En la enfermedad el paciente es consciente de su existencia. Existe reconoce su cuerpo como enfermo. Siente la necesidad de ser atendido.

La integración con otros pacientes del grupo no siempre es positiva y aparecen rivalidades a la hora de la conexión, vivencian de manera sobredimensionada las diferencias entre los cuidados entre ellos, a pesar de que esto se deba a los niveles de

dependencia de enfermería de los mismos. De cualquier manera no siempre es así los pacientes mal humorados y de mal carácter con frecuencia son conectados antes para evitar disturbios, llevando esto a disgusto de los otros pacientes provocando una percepción de no calidad o trato diferencial. En algunas oportunidades estos pacientes se retiran sin realizarse el tratamiento.

¿Cómo sentís el tema de las punciones?

“No, es bravo es que a veces me agarra Penélope.

A veces zafo y a veces pincha bien, viste como es media despistada, de repente te habla, habla, habla, habla, se pone a hablar ypero no, no, hay días que está muy bien”.

“Ahí es medio difícil, también son todas distintas ja ja y ahí es más difícil si si, al principio, después cuando hacen la rotación y eso estas un mes con una enfermera y te acostumbras...me parece que no al menos no tan seguido, la enfermera se acostumbra a pincharte y vos te acostumbras a que ella te pinche.”

Para la fenomenología la persona más que tener un cuerpo es corporal, se involucra con las situaciones. El dolor provocado por la punción de la Fistula es un factor importante tanto para el paciente como para el profesional de enfermería, ya que los pacientes son sometidos a tres punciones semanales provocándoles en muchas ocasiones sensación de dolor, preocupación y miedo. El hecho de conocer a la enfermera y sentir tranquilidad durante la punción favorece la confianza a la hora ser sometido al procedimiento. El rol del extraño cuando el paciente y la enfermera no se conocen, lleva a que el mismo tenga una percepción distinta de cómo es tratado.

¿Cómo consideras la atención de enfermería?

“La atención la considero buena.”

“La calidad de ellas es buena, son amables no tengo yo que decir salvo...no se qué dicen otros pacientes conmigo son maravillosas, son divinas todas...”

“Así que son buenas “botijas”, son cariñosas son amables, te tratan bien tienen buenos modos”.

“Si martes jueves y sábado de mañana son especiales, también, yo he estado en la Mañana y en la tarde también.”

El paciente relaciona la atención de enfermería como de amabilidad, le produce un sentimiento de bienestar, que podemos vincularlo con las características de la enfermera que lo cuida, puede vincularse con el trato o con la habilidad técnica. En este caso la paciente refiere amabilidad y bondad, como atributos de enfermería. Los pacientes se adaptan a su turno, pero conocen los demás, no manifiestan incomodidad en la atención en los diferentes turnos. En las relaciones interpersonales la enfermera asume el rol de sustituta. La conducción del proceso interpersonal debe estar en consonancia con las expectativas y estándares protocolizados por el servicio para brindar una atención de calidad.

¿Hay algo que te preocupe o que te incomode?

“También lo que queremos es venir sobre la hora, por ejemplo venir sobre las 12 y entrar, entramos a veces una hora y media, no tenemos médico, no nos pueden poner

porque no tenemos médico y eso es otra cosa, estamos esperando que la limpiadora haga la limpieza y si no vienen y pasan de largo y nosotros esperando que limpien, que no podemos entrar, hay enfermeras que vienen temprano que ya a las 11 están nos podrían conectar”.

Hay estudios que relacionan las variables con respecto a la demora en los traslados o en la conexión, se perciben como una representación que el paciente forma de su propia experiencia y que es también transformada en su experiencia posterior, “siempre” nos traen temprano, no vienen a limpiar, no hay médico.

¿Con respecto al carácter o humor de enfermería notas que te afecte?

“La diálisis bien, con todas las enfermeras bien, bien, el humor entre ellas no es siempre el mismo, pero entre ellas, no con nosotros,”

“No la verdad no al menos frente a nosotros no si pasa, capaz cuando van ahí o a almorzar pero con nosotros no”

En el entendido que el paciente percibe el humor de su enfermera, en concreto como uno de los elementos que afecten su vivencia en cada diálisis, se considera, que los estados de ánimo pueden percibirlos e interpretarlos o sentirse afectados, en este caso manifiestan no notarlos en el trato directo con ellos.

¿Cómo es la relación con los demás pacientes?

“Ahora como “chiviamos” y conversamos me integré al grupo, yo era callado, pero acá me integré bárbaro, cuando vengo de tarde, lo único, duermen o miran televisión”

Se forman grupos entre los pacientes, un sentimiento de igualdad y proximidad social. Forman una comunidad entre iguales, se produce una conexión emocional. Comparten historias sobre sus experiencias, se “aconsejan” ya que conviven esas horas tres veces por semana, ellos, si hay cambio sienten la diferencia o extrañan al grupo.

¿Cómo sentís que es el trato de enfermería?

“después siempre hay quien se preocupe más y quien trabaja profesionalmente (es un trabajo y nada mas) otros te das cuenta que se preocupan más y eso se nota...”

La atención de enfermería en hemodiálisis comprende aspectos como compromiso y la actitud del profesional, a pesar de esto los pacientes no pueden separar los elementos técnicos, ellos hacen énfasis en el “cariño” con el cual se sienten atendidos. El profesionalismo es una característica de la persona que desempeña el trabajo con: aplicación, seriedad, honradez y eficacia. El paciente lo mide a través de la punción y las técnicas que son realizadas durante la diálisis (medicación, extracciones de sangre, atención en la urgencia).

“Si, si, son todas distintas pero el trato es el mismo con todos”

“también eso, se preocupan mucho, si está un poquito rojo y todos ellos se preocupan mucho, te limpian bien, son preciosas, muy buenas”.

Cuando los procedimientos son realizados en forma correcta y con preocupación por parte de enfermería, el paciente se siente cuidado.

“Estoy satisfecha por completo, yo en mi casa digo... el trato divino que tienen todos, porque no solo conmigo, con todos, porque es con todos, fabuloso a mí la verdad.”

Los pacientes individualizan a cada enfermera, con sus características, pueden socializar más o menos según las particularidades de las mismas.

“Los sentimientos hacia enfermería es como si hubiera amistad, todos nos hablamos bien, ya es la costumbre, la diálisis bien gracias a Dios, yo me suena el despertador y a las cuatro de la mañana estoy levantado”.

Con respecto a la comunicación con los pacientes y relacionándola con la afectividad, enfermería, al poseer un mayor contacto corporal con él, el paciente vivencia el vínculo como de amistad y afecto.

¿Qué te preocupa?

“Son muy eficientes, muy buenas pero nosotros llamamos y enseguida nos atienden, son amables, pero queremos que haya una persona en aquella mesa”.

La eficiencia es vinculada con la atención inmediata, con la seguridad que brinda esta acción, al sentimiento de no soledad en este procedimiento que es vida o muerte para ellos, una no atención puede significar la muerte y ellos lo saben. Vivencian la atención inmediata como seguridad. Si no está presente o cerca enfermería, ese riesgo que ellos sienten, les provoca incertidumbre, miedo y un estar pendiente, que puede influir en malestares durante la diálisis. Los pacientes responden a estas experiencias con un aumento del grado de alerta, asumiendo parte de la responsabilidad de control, para ellos y sus compañeros.

Variables Conexas

¿Qué otras cosas te preocupan?

Limpieza

“Claro ellas no tienen culpa de los atrasos, ellas están y las limpiadoras no han venido y a veces limpian ellas mismas pobrecitas”

“Que me preocupa?. La limpieza, levantan los papeles y no limpian y la pileta no la lavan, donde nos lavamos la fistula.”

La limpieza, sin pertenecer a los protocolos de atención directa de enfermería, interfiere en la satisfacción de los usuarios, así como el transporte o la comida. Y o deja de ser responsabilidad del gestor de enfermería del servicio.

Espera de Ambulancia

“También lo que queremos es venir temprano, sobre la hora, por ejemplo venir sobre las 12 y entrar, entramos a veces una y media, no tenemos médico, no nos pueden poner porque no tienen médico y eso es otra cosa, estamos esperando que la limpiadora haga la limpieza y si no vienen y pasan de largo y nosotros esperando que limpien, que no podemos entrar, hay enfermeras que vienen temprano y no nos pueden conectar”

“nos van a buscar temprano, mira hoy me trajeron a las diez acá, siendo que si nos fueran a buscar a las once, a las doce estábamos acá y ese es otro problema que no arreglan.”

Los pacientes del centro son trasladados por el transporte del hospital, el mismo tiene prioridad con los pacientes en diálisis, pero no está libre de complicaciones u otros traslados que modifican sistemáticamente los horarios del citado servicio. Esto se debe a que hay dos ambulancias para todo el hospital, sin embargo, en muchas oportunidades

no solamente repercute en la incomodidad del paciente, sino que puede descompensarse en el tiempo de espera, como en el caso de pacientes diabéticos.

Alimentos

“Claro, no tendríamos que estar acá esperando, la comida es horrible”

Atención Médica

“No, a ella le decís una cosa y se olvida. A veces hablamos con Mariana y le decimos las cosas y ella hace un poco más y se preocupa, yo lo que quiero es eficiencia medica yo “hace un año que estoy pasando por esto, el dolor en el brazo y no hay caso, nunca me paso esto en el clínicas, tanto tiempo sin tener una resolución de las cosas y esto duele y duele mucho, duele que no puedo dormir, me está matando, me está matando a mí”

Algunos pacientes perciben la atención médica como deficitaria, con falta de preocupación por parte de los médicos, demorando en dar solución a sus malestares.

Cabe señalar que los sistemas de apoyo como cirugía, rayos x, ecografías, entre otros, no siempre colaboran en la medida demandada por el paciente.

Estas opiniones de los pacientes, que no tienen que ver directamente con la atención del personal de enfermería, no obstante, aportan información útil para una mejora de la atención desde el rol de gestor y responsable del servicio.

Notas de Campo.

Los usuarios en sala de espera, intercambian opiniones acerca de temas vinculados principalmente con el tratamiento de hemodiálisis, a pesar que surgen en varias

oportunidades, conversaciones sobre sus familias o información de eventos que alguno de ellos compartió con los compañeros.

Uno de los temas más discutidos es la demora en la conexión, que *“si es culpa de las enfermeras que no se apuran o llegan tarde”*, o *“si no hay médico o no han venido a limpiar la sala”*, estos temas se repiten a diario.

Otro de los temas mencionados en el grupo es acerca de las características que poseen la enfermeras, ya sea demostrando aceptación hacia algunas o expresando un mal concepto de otras. Se expresa por ejemplo que una de ellas es *“divina”*, u otra es *“buena, pero llega de otro trabajo y demora, pero punciona bien”*. *“La nurse, bueno se preocupa por ellos pero no siempre está la misma, las cambian”*.

Al principio del mes, cambian las enfermeras de sector, eso es percibido como malo dado que deben acostumbrarse a otra, que los puncionará diferente o los *“mimarán”* distinto los punciona o los *“mima”*. Se relevó la expresión: *“No deberían rotar”*.

Analizando las experiencias manifestadas por los pacientes y relacionándolas con el modelo de calidad planteado por Avis Donabedian, desde su perspectiva de estructura proceso y resultado, la atención de enfermería, durante el tratamiento de hemodiálisis forma parte de todo el sistema.

La evaluación de calidad según la percepción de los pacientes, tiene que ver, no solo con respecto a la vivencia del vínculo con el personal de enfermería, sino además con otros aspectos conexos, dado que mencionan el transporte, la alimentación y la espera (organización de equipo y servicios).

El paciente muestra conformidad en varios aspectos, como en la seguridad en la atención, confianza y el profesionalismo por parte del personal de enfermería.

Para los pacientes, representa un aspecto positivo, la posibilidad de obtener asistencia cuando la requieren y la obtienen de manera rápida, en el momento que la necesitan, ante un malestar, y que la misma resulte eficiente, que les resuelva su problema, convirtiéndose dicha demanda en un indicador relevante de satisfacción de la atención.

CONCLUSIONES

En base a la investigación realizada en el centro de Diálisis del Hospital de Clínicas, podemos afirmar que en general existe satisfacción respecto a la atención de enfermería, no obstante, se identifican factores en el proceso asistencial, que si bien no conspiran con el servicio, deben ser particularmente considerados, porque, potencialmente pueden afectar negativamente la percepción de la atención y el grado de satisfacción de la misma.

Los resultados obtenidos a partir de los relatos de los participantes, se traducen en un conjunto de atributos que ilustran el modelo propuesto por A. Donabedian, basado en los tres componentes de la atención sanitaria, proceso, estructura y resultados. Sobre esta definición se analizan los métodos utilizados para estimar el grado de calidad.

En nuestro caso, el paciente en hemodiálisis no logra remisión de su enfermedad, los resultados de la atención, están dados por la percepción de la satisfacción de la misma, si bien no pueden medirse con tanta precisión, a través de las vivencias de los pacientes, puede identificarse la percepción de calidad. Por otra parte, la estructura que incluye, entre otras, idoneidad del personal y habilidad técnica, encontramos que los pacientes perciben como negativo los cambios del personal de enfermería, les produce desconfianza e inseguridad en la ejecución de los procedimientos.

Cuando hablamos de proceso, encontramos que todo el equipo actúa en forma directa con respecto a las expectativas del paciente, en nuestro caso, las manifestaciones de afecto, amistad y buen trato, son indicadores de calidad, no así, cuando hay un inadecuado seguimiento del proceso por parte de enfermería y el médico.

Estos atributos de la calidad, como la propia intangibilidad de los servicios, hacen que la percepción de los mismos, sea subjetiva y tal como menciona el Profesor A. Donabedian, pero quizá sin ser tan categóricos, es improbable evitar el sesgo en una investigación de calidad de asistencia, abriéndose en todo caso, una frontera difusa entre sesgo y convicción.

Cuando nos referimos al rol que enfermería cumple para estos pacientes durante la diálisis, el mismo varia, incluso durante el proceso en una misma sesión, por ejemplo, la enfermera asume el rol de sustituta cuando “reprende“ al paciente por su excesiva ganancia de peso, para que no incumpla el tratamiento, concomitantemente, asume el rol de suministradora de recursos, donde ella brinda al paciente respuestas orientadoras para su autocuidado.

El Modelo de Relaciones Interpersonales de H. Peplau, que se aplicó para el análisis de este estudio, resultó particularmente útil para este tipo de pacientes, describiendo los diferentes momentos por los que transcurre el vínculo del personal de enfermería con los mismos, durante las cuatro horas de diálisis y a su vez, en el transcurso del tiempo que pueda vivir en dicho plan de sustitución.

Las deficiencias manifestadas respecto a los servicios complementarios, como el transporte, influyen en forma muy negativa en la percepción de calidad de los pacientes, lo manifestaron en la sala de espera casi diariamente durante el periodo que duró esta investigación, no así la alimentación, que es manifestada como negativa solo por un paciente. Con respecto a esta última variable, cabe destacar que el Hospital de Clínicas, posee un Centro de Diálisis que brinda a los pacientes desayuno, almuerzo y merienda, cumpliendo con la misión de asistencia social integral del centro.

La obtención de la calidad total en la Gestión de enfermería del Centro de Diálisis estudiado, requiere continuar la dedicación e idoneidad del personal, a efectos de brindar cuidados calificados y sostenidos en el tiempo.

Las variables que más influyen en la satisfacción de los pacientes son: los tiempos de espera para ser atendidos por el médico, la puntualidad en el inicio de las sesiones de hemodiálisis, la rapidez con la que obtienen lo que necesitan, el interés del personal de enfermería por los pacientes y el buen funcionamiento de los medios de transporte, aunque la mayor satisfacción, la encuentran en la amabilidad y disposición del citado personal.

La metodología cualitativa, facilitó el conocimiento de las vivencias de los pacientes y permitió identificar fortalezas de enfermería y aspectos a mejorar. Dicha metodología introduce a la enfermería en el uso de una herramienta, que si bien hay antecedentes de otros estudios, constituye uno de los primeros avances en la utilización de instrumentos como la entrevista en profundidad, la cual brinda una enorme información para la creación de conocimientos de enfermería y de la gestión de los servicios de atención.

BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA

(1)-Lambert C, Edmund Hursell: la idea de la fenomenología (1). Facultad Cs. Religiosas y filosóficas. Universidad Católica del Maule. Teología y vida, Vol. XLVII (2006), 517-529.

(2)-Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. En: Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. I. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan.1980.

(3)- La exploración diagnóstica de la vivencia de enfermedad del paciente. Zytner, R, Bernardi, R, y Otros Revista de Psicoterapia Analítica Tomo VII n.º 4 diciembre 2011.

(4)-Hernandez M E, Ochando A, Mora J, Lorenzo K. Satisfacción del Paciente en una Unidad de Hemodiálisis: Objetivo de Calidad de Asistencia de Enfermería. Rev. Soc. Esp. Enferm Nefrol. 2005.(8):90-96.

(5)- Cordeiro, J, Visconde, V, Silva, A, Calidad de Vida y El Tratamiento de Hemodiálisis, Evaluación del Portador de Insuficiencia Renal Crónica. .Rev. Electrónica. 2009.[setiembre 2012] 11(4) 10. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/125>

(6)- M^a Teresa Calderó Urrea, Nuria Freixas Casanovas, Amaranta Fuenmayor Díaz, Marta Beatriz Luque Llaosa. Estudio Cualitativo del Estado emocional y nivel de conocimientos del paciente ante la realización de una fistula para hemodiálisis. Rev. Seden. [internet] 2007. [14defebrero2013] (5) Disponible en http://www.revistaseden.org/files/1835_h22.pdf

(7)-Muñoz Becerra, M. La Vida No se Dializa. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. Enferm. Nefrol. 2012; 15 suppl (1):102/141.

(8)- Morales.L, Castillo.E. Vivencias de los(as) adolescentes en diálisis: una vida con múltiples pérdidas pero con esperanza. Col.Méd.[internet] Año 2007[2012] vol.(38) 9. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc07075>

(9)-Vélez E. La Hemodiálisis como Rito de Transición. Nure Invest [internet],2006[2012] ; 21,1:13. Disponible en:

http://www.fuden.es/ficheros_administrador/original/original_nure_21.pdf

(10)-Guinovar E, Martínez F. Estudio Multicentrico sobre Calidad Asistencial Percibida por los Pacientes en Programa de Diálisis de Terragona. Estudio Cualitativo. Rev. Soc. Esp. Enf. Nef 2011; 14(3):172/180.

(11) HC internet 2013 <http://www.hc.edu.uy/index.php/conozca-el-hc>

(12)- Mazzuchi N. La Nefrología en el Uruguay. Realidades y Perspectivas. 13 de mayo de 2010. Disponible en: <http://anm.org.uy/documents/MazzuchiConferenciaWeb2.pdf>

(13)- Melia S. Enfermería en salud Mental, Conocimientos Desafíos y Esperanzas.1º ed Of. Del Libro FEFMUR 2005.

(14)-Domador, M. Brendy Del Pilar. Satisfacción del cuidado enfermero del usuario con enfermedad renal. Piura. Perú. 2009.

<http://proyectosytesis.blogspot.com/2010/08/nivel-de-satisfaccion-de-los-pacientes.html>

(15)- Sánchez García, A. Rodríguez Rivas, r, medina, A. Aspectos Sociales dela Enfermedad Renal Crónica. 166 Enferm Nefrol 2912; 15 Supp (1): 163/180.

(16)- Ramirez Ruiz, M. Ansiedad y depresión en el Paciente Renal. Enferm. Nefrol 2012; [2013] Suppl (1): 163/180. Disponible en: http://www.revistaseden.org/files/3273_164.pdf

(17) Hernández, A. (2010, 24 de junio). La vivencia como categoría de análisis para la evaluación y el diagnóstico del desarrollo psicológico. PsicoPediaHoy, 12(12). Disponible en: <http://psicopediahoy.com/vivencia-como-categoria-de-analisis-psicologia/>

(18-19)-Hildegard e. Peplau .Relaciones Interpersonales en enfermería. Barcelona 1990. Edición original. .Salvat Simpson, H. Modelo de Peplau. Aplicación práctica. Masson Salvat enfermería.1992. España.

(20-26-27)-Valles, M. Diseños y Estrategias Metodológicas en los Estudios Cualitativos. Técnicas Cualitativas de Investigación Social, Reflexión Metodológica y Practica Profesional.1.Madrid. Cultura Libre. 1999. Pág. 89-105 Cap. 3.

(21)- Trejo Martínez F, Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. Enf. Neurol. [internet] 2012 [2013] Vol. 11, No. 2: 98-101 <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122h.pdf>

(22-23-24-25)-Valles M. Técnicas de Conversación Narración (1): Las Entrevistas en Profundidad. Cualitativas de Investigación Social, Reflexión Metodológica y Practica Profesional.1.Madrid. Cultura Libre. 1999. Pág. 177-232.Cap 6.

Disponible en: <http://www.ualberta.ca/iiqm/pdfs/introduccion.pdf>.

(28)-Palacios. C, Corral L. Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería Enf. Inte. 2010 vol. 21 núm. 02. ; 21:68-73.

(29-30-31) Taylor, S. J. Bogdan, R.-Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados. Ed. Paidós, España, 1992-Pág-100 -132

(32-33-35)-Ricard.M, .M. Bob.R ClimentC.I. Propuesta de Análisis Fenomenológico de los Obtenidos en la Entrevista. Rev de Cièn de l'Educ. 2010. Pág. 113-133.

<http://pedagogia.fcep.urv.cat/revistaut/revistes/juny10/article07.pdf>

(34)- Quintana .L. Metodología de la Investigación Científica Cualitativa. , McGraw-Hill Interamericana, México, 2006.

<http://www.uv.mx/mie/files/2012/10/Triangulacionmetodologica.pdf>

(36)- Vera A, Villalón M. 2005. La Triangulación entre Métodos Cuantitativos y Cualitativos en el Proceso de Investigación. Cienc. trab; 2005. 7 (16):85-87.

BIBIOGRAFIA CONSULTADA

Lambert C, Edmund Hursell: la idea de la fenomenología (1). Facultad Cs. Religiosas y filosóficas. Universidad Católica del Maule. Teología y vida, Vol. XLVII (2006), 517-529.

Arias Valencia, María Mercedes, La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones Investigación y Educación en Enfermería [en línea] 2000, XVIII (Marzo-Sin mes) : [Fecha de consulta: 30 de noviembre de 2014] Disponible en:<<http://redalyc.org/articulo.oa?id=105218294001>> ISSN 0120-5307

Equipo de enfermería del Hospital de Villahermosa Alicante. “Hemodiálisis y Calidad de vida” Rev Rol de Enf. 1996. Vol N°219 Pag.55 .

Mayan, MJ. Una Introducción a los métodos cualitativos: Módulo de Entrenamiento para Estudiantes y Profesionales. Alberta, Canadá: Qual Institute Press, 2001 (Citado 15 de marzo 2009)

Parrado Lozano, y, Caro Castillo. Significado, Un conocimiento para la práctica de enfermería. Av. enf, XXVI (2):116-125-2008.

Castillo Espita, E. La Fenomenología Interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los Fenómenos Humanos. Investigación y Educación en Enfermería redalyc.org.2000 (10). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105218294002>

Sellares L, V. Manual de Nefrología Clínica, Diálisis y Trasplante Renal. Brace de España, S.A. Madrid. Harcourt. .1989

Valles, M. Diseños y Estrategias Metodológicas en los Estudios Cualitativas. Técnicas Cualitativas de Investigación Social, Reflexión Metodológica y Practica Profesional.1.Madrid. Cultura Libre. 1999

