

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

ESCUELA DE POSGRADO



**La representación del tratamiento de hemodiálisis por personas adultas
mayores hemodializadas en la región Lambayeque 2020**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN ENFERMERÍA**

AUTOR

Melissa Katherine Gonzales Montenegro

ASESOR

Sofía Sabina Lavado Huarcaya

<https://orcid.org/0000-0002-5755-3066>

Chiclayo, 2023

La representación del tratamiento de hemodiálisis por personas adultas mayores hemodializadas en la región Lambayeque 2020

PRESENTADA POR:

Melissa Katherine Gonzales Montenegro

A la Escuela de Posgrado de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el grado académico de:

MAESTRO EN ENFERMERÍA

APROBADA POR:

Francisca Constantino Facundo

PRESIDENTE

Mercedes Elizabeth López Díaz

SECRETARIO

Sofía Sabina Lavado Huarcaya

VOCAL

Dedicatoria

A mis padres, por confiar en mí.

A mis amistades y a las personas,
que me ayudaron en mi crecimiento
personal y profesional.

A los adultos mayores, quienes participaron
voluntariamente y ayudaron a fortalecer
mi investigación

Agradecimientos

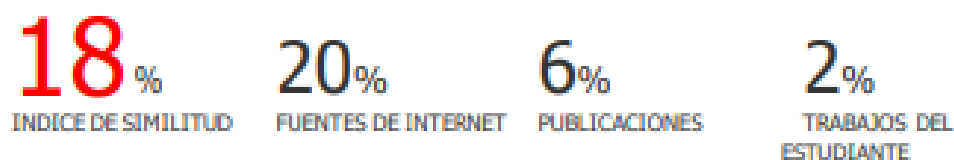
A Dios, por darme las fuerzas necesarias para poder culminar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mi asesora Dra. Sofía Lavado Huarcaya, por su paciencia y apoyo incondicional.

A la Clínica Nefrocare SAC, por permitirme desarrollar y ejecutar mi trabajo de investigación.

HEMODIÁLISIS POR PERSONAS ADULTAS MAYORES HEMODIALIZADAS EN LA REGIÓN LAMBAYEQUE 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	4%
2	tesis.usat.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	dspace.uclv.edu.cu Fuente de Internet	2%
4	storage.googleapis.com Fuente de Internet	1%
5	core.ac.uk Fuente de Internet	1%
6	www.scielo.br Fuente de Internet	1%
7	bibliosjd.org Fuente de Internet	1%
8	revistas.userena.cl Fuente de Internet	1%
9	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	

Índice

Resumen.....	8
Abstract.....	9
(Re)conociendo el objeto de estudio	10
Capítulo I: Demarcando la teoría de la representación social orientada al tratamiento de hemodiálisis	15
1.1.- Antecedentes del problema	15
1.2 Base teórico conceptual.....	18
Capitulo II: Abordando el camino metodológico para comprender tratamiento de hemodiálisis en adulto mayor	27
2.1 Tipo de investigación	27
2.2 Abordaje metodológico	27
2.3 Sujetos de investigación	28
2.4 Escenario.....	29
2.5 Procedimiento e instrumentos de recolección.....	30
2.6 Análisis y tratamiento de la información	34
2.7 Criterios éticos	34
2.8 Criterios de rigor científico	36
Capitulo III: Caracterización del perfil sociodemográfico de los adultos mayores	37
3.1 Caracterización del Perfil Sociodemográfico de los adultos mayores.....	37
3.2 Resultados del Software Alceste®	44
Capitulo IV: (Re)significando la representación del adulto mayor, frente al tratamiento de hemodiálisis	63

Capítulo V: Consideraciones finales	87
Capítulo VI: Recomendaciones	91
Referencias bibliográficas	92
Anexos	102

Resumen

Introducción: La enfermedad renal terminal aumenta con la edad y afecta a más del 10% de la población. El ingreso de un paciente en un programa de hemodiálisis ofrece la oportunidad de prolongar su vida, pero interfiere en las actividades diarias y, por lo tanto, afecta su calidad de vida, sabiendo que la representación que la persona tiene sobre su tratamiento es incurable para el cumplimiento y la adaptación del mismo. **Objetivo:** Caracterizar, analizar y discutir la representación social del tratamiento de hemodiálisis por personas adultas mayores hemodializadas en la región Lambayeque, 2022. **Método:** Estudio cualitativo, con metodología en la Representación Social. La muestra son 32 adultos mayores que reciben hemodiálisis en la Clínica Nefrocare SAC. Los instrumentos aplicados: cuestionario Socio Cultural y la entrevista semiestructurada a profundidad, procesados en el software ALCESTE (2012). **Resultados:** Fueron seis las variables trabajadas: edad, sexo, ocupación, procedencia, grado de instrucción y tiempo de tratamiento. La estructura jerárquica de las clases se dividió en dos grandes ramificaciones (I y II). En la ramificación I se encuentra la clase 1 y en la ramificación II la clase 2, 3 y 4. **Conclusiones:** El estudio ancló la representación social de la hemodiálisis en dos perspectivas influenciadas por el contexto social y cultural, primero una imagen de la hemodiálisis como enfermedad, desde la perspectiva biológica, física y segundo una imagen personal, familiar y contexto inmediato.

Palabras claves: hemodiálisis, adulto, psicología social.

Abstract

Introduction: End-stage renal disease increases with age and affects more than 10% of the population. Enrolling a patient in a hemodialysis program offers the opportunity to prolong his or her life, but interferes with daily activities and therefore affects his or her quality of life, knowing that the person's representation of his or her treatment is incurable for treatment compliance and adaptation. **Objective:** To characterize, analyze and discuss the social representation of hemodialysis treatment by hemodialyzed older adults in the Lambayeque región, 2020. **Method:** Qualitative study, with methodology in Social Representation. The sample is 32 older adults receiving hemodialysis at the Nefrocare SAC Clinic. The applied instruments: Socio Cultural questionnaire and the semi-structured interview in depth, processed in depth, processed in the ALCESTE software (2012). **Results:** There were six variables worked on: age, sex, occupation, origin, educational level and treatment time. The hierarchical structure of the classes was divided into two major ramifications (I and II). In branch I you will find class 1 and in branch II class 2, 3 and 4. **Conclusions:** The study anchored the social representation of hemodialysis in two perspectives influenced by the social and cultural context, first an image of hemodialysis as a disease, from the biological, physical perspective and second a personal, family and immediate context image.

Keywords: hemodialysis, adult, social psychology.

(Re)conociendo el objeto de estudio

La Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) ha mostrado un incremento considerable, a partir del envejecimiento poblacional, por tanto, el aumento del número de casos de diabetes e hipertensión es considerado uno de los mayores problemas de salud pública que afecta a gran parte de la población mundial (más del 10%)^{1,2}. e informa que la enfermedad renal crónica (ERC) afecta de 3500 a 4000 personas por año en todo el mundo. millones de habitantes o unas 120 personas por millón³. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermedad renal crónica es la 12^a causa de muerte en el mundo con 1,1 millones de casos⁴.

En los últimos 50 años, Perú ha experimentado una transición demográfica caracterizada por un aumento en la esperanza de vida y el consiguiente aumento en la proporción de personas adultas mayores (PAM). En un estudio con personas mayores de 35 años, se informó que la prevalencia de ERC era igual al 16,8%, y la prevalencia era mayor en adultos mayores, adultos con menor nivel educativo, mujeres, consumidores de alcohol, hipertensos y diabéticos. En concreto, se supone que en 2050 la proporción de población mayor de 60 años alcance el 21,8%. El triple observado en 2000¹.

En este contexto, la ERCT está afectando cada vez más a los adultos mayores, y cuando llegan a la etapa⁵, deben ingresar inevitablemente a un programa llamado diálisis o trasplante renal para asegurar y prolongar sus vidas. Sin duda, las terapias de reemplazo renal (TSR), como la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante renal, son métodos habituales de reposición de la función renal en casos de pérdida funcional irreversible⁵. La hemodiálisis (HD) se ha convertido en uno de los tratamientos más comunes y se considera clínicamente un procedimiento muy complejo y exigente, ya que implica cambios fundamentales en el estilo de vida de las personas, permitiéndoles prolongar su vida y garantizar su supervivencia, pero a su vez afecta sus actividades diarias. y calidad de vida en general.

La tecnología está mejorando cada día, y actualmente la TRS está brindando a los pacientes con ERC más años de supervivencia, pero también apunta a la necesidad de estrategias dirigidas a lograr años de vida más largos y agregar más vida a esos años; para

ello se deben considerar las variables psicológicas y sociales de la ERC. Esta realidad tiene un impacto emocional cada vez mayor, y las respuestas físicas, cognitivas y conductuales surgen al ver este fenómeno como una intimidación más allá de la capacidad de los individuos, las familias y las comunidades para hacerle frente. Por ello, es necesaria una visión integral del problema, incluyendo los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que de alguna manera se relacionan con la enfermedad renal⁶.

La enfermedad no solo afecta la parte orgánica, sobre todo sobresalta la parte sociocultural y la actitud frente a la vida, esto es, ubicar al ser humano tratando de adaptarse a un medio hostil y desconocido para él. Por tanto, entendemos la ERC, como daño o lesión orgánica, y como la situación donde la persona, sufre procesos de (re)conocimiento de sí mismo y de su enfermedad tornada crónica⁷.

El inminente avance tecnológico de la medicina, ha orientado que la enfermedad renal se cronifique y actualmente sea vivida y reinterpretada por las personas que la sufren, convirtiéndose en padecimiento crónico. El autor llama la atención, que, actualmente las enfermedades crónicas representan una prioridad en las políticas de salud, que le corresponde enfrentar a la medicina y ciencias afines. El mayor tiempo que la persona convive con su enfermedad, significa también, mayor tiempo que puede reinterpretarla, darles un significado a sus síntomas y tratamiento⁸.

Como se conoce, esta situación es muy distinta de otras enfermedades crónicas, las singularidades de este tratamiento y de sus graves implicaciones hacen que sea un modelo ideal para el estudio y análisis de las respuestas adaptativas ante la enfermedad larga y grave. Sin embargo, la adaptación no solo depende de la enfermedad en sí, sobre todo depende de la construcción cognitiva que la persona tenga sobre su enfermedad y tratamiento⁸. Así el contexto social y cultural donde se desenvuelve la persona, asume un importante protagonismo, pues considera los estereotipos y preconceptos que esta va construyendo sobre un determinado objeto -en este caso su tratamiento de HD- y depende de su entorno inmediato, mediato y la forma como se comunique este objeto social.

La literatura enfoca que las personas con este problema de salud, deben tener una visión de cuidado holístico de la situación de su salud; sin embargo, en la mayoría de establecimientos públicos y/o privados, su enfoque es prioritariamente biologista.

Se ha observado que en pocas oportunidades se toma importancia a la forma como la propia persona afectada y/o su familia, asumen, tomando como referencia su representación respecto al tratamiento. Determinar las representaciones sociales (RS) de las personas sobre su propio tratamiento puede ayudar en gran medida a la adherencia al tratamiento. También creemos que proporciona los elementos que le permiten adaptarse a vivir con una enfermedad incurable, pero puede tener una mejor calidad de vida si toma un enfoque más proactivo de su enfermedad.

Durante su experiencia profesional la investigadora ha observado en diferentes escenarios hospitalarios, que los seres humanos no sólo se ven sometidos a prácticas desconocidas, sino también tienen que confrontar con pérdidas traumáticas de su salud, afrontan el padecer una enfermedad incurable y adaptarse a recibir un tratamiento por el resto de su vida, que es la hemodiálisis; volviéndose para ellos en una necesidad. Tener que acudir a los centros hospitalarios tres veces por semana y conectarse a una máquina durante tres horas y media, cuatro e incluso cinco horas para seguir vivo, no solo significa gasto económico para transporte dado que, la mayoría viene de asentamientos humanos, pueblos jóvenes, caseríos, etc. Sino también gasto emocional en la persona afectada, y si esta persona además es adulta mayor, su experiencia asume una doble connotación.

Existen diversos estudios con resultados que hacen referencia la representación social del tratamiento de hemodiálisis^{9,10,11,12,13}; sin embargo, aún son escasas las investigaciones que se delimitan al tratamiento de HD en personas mayores. En esta última situación, la persona no solo asume una representación respecto al tratamiento, también lo asocia a la edad, escuchando muchas veces expresiones como: “Si ya estoy viejo, les digo a mis hijos que no vale la pena estar en estas máquinas”; “Señorita, me da vergüenza que mis hijos pierdan su tiempo trayéndome todas las semanas, ellos están ocupados y yo les quito su tiempo”; “Ya quiero que esto acabe, ya para que dializarme, yo ya viví señorita”.

Estas y otras expresiones negativas son frecuentes escucharlos de parte de las personas mayores que se hemodializan. Pero también, en otros casos asumen actitudes positivas y de esperanza, sobre todo cuando valoran su vida, pese a las circunstancias por la cual están pasando. Observándose en los resultados de esta investigación que muchos de los adultos mayores se insertan en la religión, encomendándose y rogando a Dios que les otorgue unos años más de vida para pasarlo con sus hijos, nietos; siendo ellos los principales actores

que los motiva y les da la fuerza para seguir adelante, agradecen seguir vivos y haber llegado a los años que tienen con sus experiencias positivas y negativas en toda su vida, ahora solo esperan la voluntad de Dios, a la misma vez se encontró que la espiritualidad los ayuda a afrontar positivamente, haciéndole frente a la situación por la cual se encuentran pasando, encontrando el propósito de porque tienen que pasar por esto, conservando la creencia de que la vida aún tiene valor.

En definitiva, observamos que la representación que asume la persona mayor respecto a su tratamiento de hemodiálisis está íntimamente ligada a la representación de su propia vejez. Frente a ello la investigadora se hace las siguientes reflexiones: ¿Es diferente la representación del tratamiento de hemodiálisis de acuerdo a las diferentes etapas de vida? ¿Qué actitud asume la persona adulta mayor frente al tratamiento de hemodiálisis? ¿Existe un cuidado diferenciado para este grupo etáreo? ¿La representación de la vejez influye en la persona mayor que recibe tratamiento de hemodiálisis? Estas interrogantes fueron el punto de partida para formular el problema de investigación: ¿Cuál es la representación social del tratamiento de hemodiálisis en Personas Adultas Mayores hemodializadas en la región Lambayeque, 2020?

Los objetivos que fueron planteados en la investigación son:

- Caracterizar la representación social del tratamiento de hemodiálisis por personas adultas mayores hemodializadas en la región Lambayeque, 2020.
- Analizar y discutir dichas representaciones del tratamiento de hemodiálisis por personas adultas mayores hemodializadas en la región Lambayeque, 2020.

Se observa actualmente que la ERC se ha convertido en una de las prioridades en torno a la salud mundial, por el aumento de la incidencia de casos e incremento de pacientes en el tratamiento de hemodiálisis, a la misma vez observándose un aumento de la Población Adulta Mayor, trayendo como consecuencia el deterioro del organismo y alteraciones en los diferentes aspectos de la persona y familia. Esta enfermedad ocasiona en el adulto mayor un gran impacto en su vida, teniendo de que enfrentar no solo el hecho de padecer de una enfermedad que no tiene cura, sino también, por tener que conectarse a una máquina para

seguir viviendo, repercutiendo en la persona y en su entorno familiar a nivel somático, psicológico y social.

Los resultados de esta investigación van a permitir demostrar al personal de enfermería en hemodiálisis, como ejercer la atención y el trato; ya que son la piedra angular del tratamiento y así poder mejorar el cuidado directo de este grupo etéreo relacionado al enfoque psicosocial; evidencia que una atención de calidad puede ser lograda por medio de la efectiva comunicación con la persona y el equipo de salud. Esta comunicación, también debe enfocarse en las diferentes dimensiones que intervienen en su atención, y en los diferentes niveles de atención, priorizando la prevención, detección y tratamiento temprano de la enfermedad. De esta manera a través del cuidado de enfermería, será lograda la fidelidad a los hábitos saludables y un adecuado manejo de la enfermedad renal.

Asimismo, servirán para crear programas y guías de actuación e intervención, preparando a la persona y a sus familiares, respondiendo a cuestionamientos, estereotipos creados en las familias, interrogantes y necesidades específicas, de manera muy particular en las etapas previas al tratamiento. De esta manera involucraremos todos los niveles de atención, así como, líderes comunitarios que facilitan la difusión del saber y conocimiento y sobretodo la participación decisiva de la sociedad. También se podrá fortalecer la línea de investigación ética y cuidado de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. A la vez, servirá para que las autoridades de los gobiernos locales y regionales implementen nuevas políticas de promoción, prevención y rehabilitación dirigidas a atender las necesidades de la población adulta mayor mejorando su nivel y calidad de vida.

Capítulo I: Demarcando la teoría de la representación social orientada al tratamiento de hemodiálisis

En la actualidad existen pocas investigaciones referentes a la salud y enfermedad, enfocada en la perspectiva de la teoría de la representación social. Este enfoque social nos otorga distintas perspectivas de investigación centrando su atención en el actor y sus interacciones, comunicación e intercambios que transcurren y se construyen dentro de su vida cotidiana

1.1.- Antecedentes del problema

Identificar la representación social del tratamiento de hemodiálisis para individuos con ERC, el significado de la máquina de HD y el tratamiento para el paciente de HD, así mismo busca describir las variaciones en la vida de los pacientes de HD y discutir la contribución de la enfermería a la HD en el cuidado del paciente renal. Su enfoque fue descriptivo con enfoque cualitativo anclado en la teoría de las RS. La investigación se desarrolló en el Centro de Diálisis del Hospital Universitario Pedro con 9 pacientes sometidos a HD. Se realizó una entrevista que fue grabada, transcrita y analizada y se separa en tres categorías en relación a la enfermedad, el tratamiento y los cambios en la vida. La investigación reveló que la aparición de la enfermedad para la mayoría fue una sorpresa, marcado por sentimientos negativos como el sufrimiento, la preocupación y la tristeza a la misma vez con dificultades en la comprensión de lo que era la enfermedad, el tratamiento y cómo sus vidas serían desde ese momento. La representación de la máquina de HD presenta una sensación de ambigüedad de sentimientos de agradecimiento por una terapia que les permite vivir, como la sensación de dependencia de la necesidad para sobrevivir, la máquina no es visto como un villano. Entre los principales cambios en la vida de los sujetos después del tratamiento, se reporta cambios en algunas áreas como la relación entre la familia, el trabajo, el bienestar, la privación, la dependencia y el poder⁹.

El objetivo de este estudio es analizar las representaciones sociales de las personas que reciben hemodiálisis en la enfermedad renal terminal utilizando la RS como marco teórico metodológico. La institución era un centro de diálisis en Río de Janeiro e incluía 100 pacientes que fueron sometidos a HS utilizando una técnica de estimulación libre derivada del término de estimulación “hemodiálisis”. Como resultado se obtuvo 434 palabras, que se

redujeron a 173 términos después de la estandarización y se enviaron al software EVOC para construir los cuadros de cuatro cuadros y analizar la similitud. Se concluyó que el núcleo central identificado presenta tres palabras revelando la idea de la necesidad de HD para mantener la vida (necesaria, supervivencia, vida), el término más fuertemente evocado fue vida. Además, la HD también provocó imágenes de tristeza y pánico; estos sentimientos a veces surgen con los primeros signos y síntomas de la patología, junto con la aparición de cambios corporales. Finalmente, la zona de contraste presenta lo que nos parece una estrategia compensatoria, a partir de un solo (mejor) término, que crea la sensación de que había incluso más situaciones indeseables que la propia HD y que, por esta razón, sería más fácil aceptar el inicio de esta terapia¹⁰.

Los autores verifican la semejanza entre las representaciones sociales de la ERC, hemodiálisis y la calidad de vida en salud de las personas sometidas a hemodiálisis en la ciudad de Florianópolis (Brasil); participaron 25 personas: 12 mujeres y 13 hombres. Utilizaron la técnica de la entrevista con preguntas abiertas, con el instrumento para medir la calidad de vida, el WHOQOL- Bref; se presentaron preguntas sobre la caracterización de la muestra: sexo, edad, escolaridad, ingreso y lugar de residencia. El material textual recibió un análisis léxico y una clasificación jerárquica descendente de segmentos de texto, con la ayuda del software IRAMUTEQ y un análisis de contenido del tipo temático-categorico. Para el análisis final del instrumento se utilizó el software SPSS. Como resultados se obtuvieron que la HD se considera un tratamiento difícil y causa dependencia, se observó que la HD está relacionada principalmente con la concepción del sufrimiento, la necesidad de tratamiento es percibida por muchos como una dependencia, la HD representa la posibilidad de vivir más tiempo y el alivio de síntomas de la enfermedad para muchos pacientes. Existe también la concepción de la HD como salvación, aspecto vinculado a la religiosidad. En este sentido, la HD es considerada como “algo de Dios” o “gracia”, siendo aceptado como la única manera de sobrevivir.

Se concluyó que las representaciones de los pacientes sobre la ERC y sobre el tratamiento tienen aspectos que están relacionados y por lo tanto son compartidos. Los principales temas que se comparten se relacionan con las limitaciones impuestas por el tratamiento, que son las consecuencias de la enfermedad, así como la rutina que se establece debido a la necesidad de someterse a HD. Por lo tanto, se considera que la representación del

tratamiento está vinculada a la concepción de la enfermedad, que constituye una parte de esta última. La representación social del tratamiento como algo que proporciona alivio de síntomas de la enfermedad y expectativa de prolongación de la vida, está relacionada con una percepción de buena calidad de vida de los participantes¹².

En el estudio de Salud y su tratamiento hemodialítico: representaciones sociales en un servicio de terapia de reemplazo renal, desarrollado en un hospital público docente -ciudad de Recife, Brasil. Participaron 21 entrevistados, basado en guión semiestructurado, profesionales de la salud y las personas con IRC en hemodiálisis, con miras a la comprensión de los significados e implicaciones psicosociales de los procesos de este tratamiento en la vida diaria. Las entrevistas se analizaron mediante análisis de contenido temático, fue apoyado por dos programas: Inicialmente procesada por software ALCESTE y luego con la ayuda de ATLAS. A través del análisis de contenido temático clasificado, hubo ocho ejes temáticos que abarcan los elementos de representación evocadas por las significaciones individuos en referencia a la asistencia sanitaria y sus articulaciones con la HD; a los cambios que ocurren a partir de los diagnósticos para el inicio del tratamiento; a las prácticas sociales y las relaciones en función del tratamiento. Por otra parte, las variaciones y las tensiones entre las representaciones de diferentes grupos sobre la HD, en el servicio de terapia de reemplazo renal, de alguna manera parecen reflejar los diferentes lugares que los pacientes y profesionales de la salud ocupan. Por último, podemos inferir las proximidades de las articulaciones entre las representaciones de la HD y RS acerca de la salud, que ellos se entrecruzan entre sí en la base de las prácticas sociales en el contexto de la terapia de reemplazo renal¹³.

La investigación se centra en describir las representaciones sociales de las personas con ERC relacionada a su proceso de enfermedad. Todos los sujetos que intervinieron en el estudio, recibieron tratamiento de hemodiálisis. Fue un estudio cualitativo descriptivo, realizada en Ponta Grossa- Brasil, y participaron 23 personas que padecieron enfermedad renal.

La dirección de la investigación es la teoría de la representación social. La recopilación de datos se realizó mediante métodos de entrevista semiestructurada y se analizó mediante análisis de contenido categórico. Los principales hallazgos son: 1) Importancia de la

enfermedad renal: Realización de una limitación más allá del alcance 2) Período de supervivencia: Se puede ver en la enfermedad renal crónica. La representación expone la diferencia, la ruptura de los planes de vida, la pérdida de la libertad, el encarcelamiento y la estigmatización. El estudio concluye que estas personas viven un papel negativo de pérdidas y con una amenaza explícita de muerte. También evidencia el sometimiento a los cambios y adaptaciones resultantes de la enfermedad, afectando la construcción de la representación social, relacionadas con el significado de estar enfermo, asociadas a las transformaciones constantes ya menudo dolorosas que varían según la individualidad y la vida de cambios de cada paciente. La conciencia de la finitud representaba tristeza, fracaso y vida interrumpida, algunos de estos pacientes también reconocieron y valoraron sus trabajos porque satisfacían sus necesidades de supervivencia y actividades involucradas que les daba placer y satisfacción; siendo los lazos familiares y el rol social de la persona en la sociedad representaciones concluyentes para su cuidado¹¹.

1.2 Base teórico conceptual

Este estudio asumió como respaldo teórico-conceptual la teoría de la Representación Social (TRS), propuesto por Moscovici^{14,15,16} y Jodelet^{17,18}, tomando en consideración que recoge el pensamiento del sentido común de las personas frente a situaciones que no son familiares para ellos como es el caso de la ERCT.

En la actualidad mundial, por sus implicancias en el sistema sanitario, económico y social se viene dando especial atención a la ERC. Hay un interés global, dado el vertiginoso incremento de la prevalencia, los elevados costos que ocasiona su tratamiento y las consecuencias en el mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares¹.

Es conocido que las enfermedades crónicas tienen la característica de una evolución lenta, pero lo más importante es que el organismo, a diferencia de lo que pasa con muchas enfermedades agudas, no se cura de forma definitiva. La enfermedad se instala y convive con la persona, dejando un sin número progresivo de secuelas¹⁹.

En tales condiciones, los riñones no pueden realizar sus funciones y se vuelven "incompetentes". Es aquí donde se produce la denominada condición de ERC, caracterizada por un deterioro lento, progresivo e irreversible de la función renal. Esto se debe a una

disminución en el número de nefronas, lo que conduce a una disminución gradual de la tasa de filtración glomerular (FG) inferior a 15 ml/min.⁴

En la revisión bibliográfica realizada, encontramos diversas definiciones de la ERC, de acuerdo a los autores, para esta investigación se ha considerado como un estado fisiopatológico multifactorial, progresivo e irreversible, con alta frecuencia que lleva a un estado terminal, donde el paciente requiere TRR, por el daño renal instaurado, evidenciando una duración de al menos tres meses de filtrado glomerular inferior a 60 ml/min^{1,73m²}. También puede presentar lesiones renales (definida por la presencia de anomalías *estructurales o funcionales* del riñón, que pueden provocar potencialmente un descenso del filtrado glomerular)⁵. La biomedicina no ofrece cura para la ERC, pero ofrece la oportunidad de mantenerse con vida, a través de la ayuda de tratamientos sustitutivos a la función renal.

Si bien esto es cierto, la enfermedad se conoce desde el siglo XIX, y dado que es una condición tóxica por retención química, el término ERC no se acuñó hasta el advenimiento de la terapia de reemplazo renal con diálisis y trasplante, utilizada en los primeros días. 1960. Hasta ese momento, las personas con afección renal estaban abocados a la muerte⁸. Situación, que ha llevado a un fructífero imaginario social, generando a lo largo de la historia, diversas hipótesis populares que la explican.

Desde un punto de vista científico y tecnológico, el tratamiento de hemodiálisis (HD) está relacionado con la tecnología de purificación extracorpórea de la sangre, que puede complementar parcialmente la función renal. Las membranas artificiales se usan comúnmente para transferir agua y toxinas de la sangre al dializado. La técnica requiere un flujo sanguíneo adecuado de 500 l/min. El procedimiento requiere la inserción de un catéter en una vena con un orificio grande (p. vena yugular, vena femoral), también se puede realizar una fístula arteriovenosa, cuando la sangre del paciente se bombea externamente a través de un dispositivo filtrante que actúa como dializador, circula durante horas y, después de purificada, se devuelve al sistema vascular²⁰.

La persona recibe esta forma de procedimiento, de manera sostenida y de acuerdo a la adaptación de la técnica a sus necesidades, generalmente no hay síntomas, aparece ocasionalmente hipotensión y calambres²¹.

Este complejo tratamiento de diálisis es respaldado por un equipo interdisciplinario que domina la parte científica y técnica que programa, monitorea y controla los parámetros del

tratamiento²⁰. El procedimiento es realizado en las unidades de diálisis hospitalarias, también en unidades extra hospitalarias, obligando a la persona afectada a desplazarse, hacia estos establecimientos, los días que le corresponda efectuar dicho tratamiento. Existen pautas estándares que corresponden al tratamiento de diálisis, siendo de tres sesiones semanales, generalmente de cuatro horas cada sesión²¹, se le otorga recomendaciones a la persona para que controle la administración de líquidos y ciertos alimentos.

Para realizar la HD se necesita de un acceso vascular, que en caso de emergencia se procede a colocar un catéter venoso central (CVC), o previo a la diálisis se crea una fistula arteriovenosa (FAV). Lo importante es el hecho de llevar un catéter que aporta al procedimiento. Sin embargo, este catéter, generalmente sobresale casi la mitad, ocasionando desde el punto de vista estético, que el paciente se sienta mal, por las molestias ocasionadas para su cuidado personal, sus limitaciones en la vida familiar, laboral y también social; puede ocasionar una disminución de la calidad de vida de la persona. En el mundo científico, este acceso vascular ha sido denominado el tendón de Aquiles de la persona en HD, no sólo por la dependencia de su existencia para un adecuado tratamiento hemodialítico, sino por constituir una puerta de entrada a las infecciones, que puede incrementar la morbilidad y mortalidad de las personas²².

La descripción del tratamiento de hemodiálisis incluye, procedimientos invasivos al cuerpo de la persona, además de evidentes resultados como observar el “retiro” de la sangre del cuerpo a una máquina, a través de un catéter externo al cuerpo, induce en la persona que lo vive diferentes sensaciones y actitudes, como consecuencia de su desconocimiento y falta de información, provocando reacciones consecuentes a ello.

Si, adicionalmente la terapia médica de la ERC incluye largas sesiones, las cuales incluyen intervalos entre cada diálisis, que acumula toxinas y sustancias de desecho de la ingesta que el riñón no elimina, entonces, son acumuladas en la sangre, pudiendo producir complicaciones mortales, como se da en la hiperpotasemia, entre otras. Esta realidad exige un minucioso seguimiento a la dieta, restringiendo la ingesta de líquidos y los alimentos que tienen alto contenido de potasio y fósforo. Esto forma parte del tratamiento dietético que se exige a los pacientes, adicionalmente deben cumplir varios consejos prácticos para el manejo de los alimentos²³.

Esta situación lleva a (re)organizar su vida y su estilo de vida, comprendiendo a la ERC, como daño o lesión orgánico, pero también, como la forma individual que la persona, sufre o padece la enfermedad²⁴.

Estas personas con daño renal, afrontan un triple proceso: la pérdida traumática de la salud, el padecimiento de una enfermedad crónica e incurable y la necesidad de conectarse a una máquina para seguir vivo o someterse a una intervención quirúrgica para ser trasplantado. Genera, por tanto, un profundo sentimiento de pérdida en todos los aspectos de su vida: pérdida de salud, de bienestar, de la libertad, autonomía personal, e incluso llega a perder el estatus socio-familiar y profesional. No cabe duda, que este cúmulo de circunstancias repercutirá en distintos niveles sobre la persona, la familia y sus redes sociales:

- A nivel somático. - Pueden aparecer ciertas complicaciones como: anemia, osteoporosis, cambios en el aspecto físico, entre otros, además se suma el hecho de las restricciones permanentes de líquidos y dieta.
- En el plano psicológico. - Las repercusiones dependen de la personalidad del ser humano afectado, del contexto de la enfermedad, sus complicaciones y el tratamiento en sí. Se pondrá en evidencia su capacidad para hacer frente a las dificultades, su vulnerabilidad al estrés, sentimientos de inferioridad y mecanismos defensivos frente a la angustia ocasionados por su cuadro de salud.
- En el plano social. - También se ve influenciado por las condiciones del sujeto y su propia enfermedad. Inevitablemente hay cambios en el entorno familiar - social, generalmente se darán importantes vicisitudes en torno a los amigos y el campo profesional, sufriendo sentimientos de pérdida como el estatus social y las actividades de ocio⁷.

La situación de la persona se delimita en un cuadro de ansiedad relacionado con lo desconocido, con la nueva situación que enfrenta, con el miedo a la pérdida del bienestar físico, las dificultades incrementadas en mantener el empleo, o quizás por el estrés familiar. Las personas no reaccionan igual frente a la enfermedad, va a depender de una serie de factores que inciden en la rehabilitación de la persona y algunas de las cuales son modificables en sentido positivo por el personal de salud.²⁵.

Esta problemática la viven todas las personas que inician tratamiento de hemodiálisis incluye a las personas de mayor edad, cuya estadística en el grupo de afecciones renales, ha ido incrementándose en los últimos años. El Perú, no ha sido la excepción, desde hace tres décadas, el ritmo de crecimiento poblacional viene incrementándose, tornando al envejecimiento de la población peruana, en una realidad que exige la atención de nuestro gobierno.

Los efectos familiares, sociales, económicos y de salud de esta realidad demográfica precisan de una respuesta efectiva de los diferentes sectores involucrados²⁶, pues, el envejecimiento de la población exige mayores requerimientos, que otorguen condiciones mínimas para cuidar la salud y bienestar de las personas y garantizar el hecho que cada vez aumenta el número de personas tratadas con diálisis, y de este grupo, cada vez más son personas mayores de 60 años²⁷.

Ser enfermo renal crónico y a la vez ser una persona mayor, se torna en una particularidad, que exige conocer mejor al ser humano en esta experiencia. Frente a ello, ampliamos las dos perspectivas: como enfermedad crónica y la condición de ser una persona adulta mayor. Esta última condición exige considerar una gran cantidad de aspectos subjetivos y significados que la persona le asigne a esta nueva experiencia de vida. Implica también, explorar la enfermedad y el sentido y significado del tratamiento de hemodiálisis, además de los estereotipos propios a la enfermedad crónica. Esta individualidad del fenómeno exige considerar la organización social de su mundo, estrategias de afrontamiento, adaptación, y explicaciones propias a este grupo de personas. Todo ello, debe ser considerado en el cuidado que se proporciona a la persona con este padecimiento⁷.

La enfermedad, puede ser estudiada como fenómeno socio-cultural, permitiendo profundizar en el concepto de habitus, definido como principio generador y estructurador de las prácticas sociales y representaciones incorporadas en grupos comunitarios. Se considera el habitus, como fundamento objetivo de conductas regulares, permitiendo preveer prácticas reguladas a través de las conductas de las personas⁸. Este esquema permite una organización ante la enfermedad, interpreta su propia versión de lo que está pasando, proveniente de una pluralidad de significados históricos donde la persona, el médico, la enfermera, la institución, definen e interpretan los eventos biológicos individuales.

En este enfoque, se considera al sistema cognitivo humano como operante para optimizar la adaptación de las personas al ambiente que les rodea. Se puede inferirse que uno de los elementos esenciales para esta adaptación de la persona, es el conocimiento. La perspectiva individual ve al ser humano es el principal protagonista de la construcción de las teorías del senso común, y reconoce que el sujeto construye el conocimiento a partir de su propia interacción con el otro⁷. Esta conexión entre sujetos que viven e interactúan con un mismo objeto (en este caso tratamiento de hemodiálisis), crean un conocimiento representacional, influenciada por su cultura, sus costumbres, sus hábitos, determinando una representación que carga con todos esos aspectos socio-culturales.

Al hablar de la teoría de la representación social, debemos iniciar enfocando a su máximo representante, Serge Moscovici, quien, en la década de los años 60, presenta esta teoría como resultado de su Tesis Doctoral. Hace hincapie que la representación social, viene a ser el conjunto de conceptos, declaraciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana y en el curso de las comunicaciones interindividuales. Para este autor, en nuestra sociedad tradicional, la representación social viene a ser un equivalente a los mitos y sistemas de creencias que circulan en las comunidades. Enfocamos que esta forma de pensar y hacer, la propone como la versión del sentido común²⁸

Moscovici¹⁵ afirma que el conocimiento de la representación es un fenómeno ampliamente complejo, que permite dar forma y sentido a un objeto social determinado. Este objeto debe ser estructurado por el sujeto, en el contexto de las relaciones en la cual se desenvuelve. Esta forma de plantear la realidad del mundo, fue creada desde la psicología social, y viene siendo aplicada ampliamente en toda Latinoamérica, sobretodo en la salud, en respuesta a temas de complejidad variada. Esta nueva mirada de la realidad en salud, permite develar las creencias, valores, y actitudes de las personas, especialmente en cuanto a la enfermedad y cuidados.

La teoría de la representación social desde la fuente asume que la representación es un proceso complejo que se refiere a una determinada forma de conocimiento, cuya función principal es explicar el comportamiento y la comunicación entre las personas. También tiene en cuenta el hecho de que es un depósito organizado de conocimiento y actividad mental a través del cual el hombre da sentido a la realidad física y social. Con este tipo de

conocimiento y actitud, las personas relevantes se integran en relaciones de intercambio de conocimientos grupales o diarios y dan rienda suelta a su imaginación ilimitada.

Mirando los presupuestos de la perspectiva psicosociológica de la TRS, entendemos que las representaciones sociales del tratamiento de hemodiálisis enfocada en los adultos mayores, es influenciada por el contexto donde ellos se encuentran y dinamizan sus relaciones sociales. Esta representación hará comprensible su realidad, la afectará positiva o negativamente según se perciba. También es importante tener en cuenta el contexto cultural acumulado en el transcurso de la historia social y personal, las creencias difundidas en su grupo familiar-social y los valores que conforman su memoria colectiva/sociedad y la identidad de los mismos padres. . una persona.

Por otro lado, el principal partidario de Moscovici, Jodelet¹⁷, se centra en las formas en que los sujetos sociales dan sentido a los acontecimientos de la vida cotidiana, principalmente las características ambientales, el intercambio de información, el conocimiento del sentido común o el pensamiento natural. Esta forma de conocer se contrasta con el conocimiento científico, que, por lo tanto, consiste en información además de experiencia, conocimiento y formas sociales de pensar creadas y difundidas a través de la tradición, la educación y la interacción social.

De tal modo que este conocimiento es socialmente elaborado y compartido y rigen nuestras relaciones con el mundo y las demás personas, orientando y organizando nuestro pensamiento y conductas.

La representación social sobre el tratamiento de hemodiálisis en los adultos mayores, son asumidos a partir del significado y el lenguaje que estas personas elaboran tomando como referencia, sus relaciones establecidas con la familia, la comunidad y redes sociales, asumiéndola como parte de la experiencia previa, la cual pretende ser propia o ajena. También Jodelet¹⁸ reconoce que las representaciones son formas de conocimiento elaborados socialmente y que son compartidos a partir de un objetivo práctico, que es el de interpretar la realidad, comprenderlo y explicarlo a través de los hechos e ideas presentes en el universo de las personas.

Agrega también, que las representaciones sociales son asumidas como sistemas de interpretación de una realidad que van a regir las relaciones de las personas con su entorno, y a través de ellas, se determinan prácticas y comportamientos individuales como

colectivos²⁴. En este marco de conocimiento, Moscovici, amplía su posición al señalar que, la representación social está conformado por un conjunto de valores, ideas y conceptos que tienen su origen en un grupo de individuos, cercados por una cultura en particular. Esta posición, asume importancia, visto que las representaciones sociales crean influencia en la conducta de las personas¹⁸.

La representación social como teoría es compleja, sus presupuestos han sido ampliamente estudiados por diversos investigadores, en este estudio lo asumimos como el conocimiento constituido por sistemas cognitivos, donde es posible identificar la presencia de preconceptos, estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas, que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa frente a una realidad determinada. En este caso, la representación que asume el adulto mayor, frente al tratamiento de hemodiálisis. Constituyéndose como un sistema de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos que orientan la práctica frente a este tratamiento. La llamada conciencia colectiva, rige con fuerza normativa, en tanto, instituye los límites y las posibilidades de la forma que este grupo etéreo actúe en su propia realidad.

La presente investigación considera a las ideas de las personas, como teorías implícitas. Todas las personas mantienen ideas o forman representaciones sobre el mundo social y físico que los rodea con el fin de entender mejor el mundo y dar sentido a las cosas. El sentido que asume el adulto mayor en tratamiento de hemodiálisis, involucra ese conocimiento intuitivo o concepciones espontáneas que, en definitiva, le otorga un sentido adaptativo respondiendo a ciertas necesidades e intereses del propio sujeto⁷.

Entre los principales conceptos de la representación social, encontramos la objetivación y el anclaje. Son dos procesos socio cognitivos que participan en el origen y formación de una determinada representación social y son concluyentes en su contenido y estructura. Es decir, el anclaje permite que algo desconocido, hasta ese momento, sea incorporado en el sistema cognitivo y asociado a algo conocido para esa persona.

Es el proceso de algo desconocido en un formato familiar que pasa a ser incluido en un sistema de categorías, reduciendo las nuevas y extrañas ideas, en categorías más familiares y conocidas, colocándolos en un contexto de mayor familiaridad. Así que, cuando nos encontramos con un objeto desconocido, el primer paso obligado es clasificar con una

palabra, una representación social. Ésta debe contar con un código de interpretación en el que lo desconocido, está anclado al existente.

A su vez, la objetivación nos permite entender cómo las palabras y conceptos se convierten en cosas, en una realidad fuera del individuo, como menciona Jodelet, es el proceso de hacer algo abstracto en lo concreto, descargar algo que está en la mente al plano físico con el fin de hacer una realidad visible, hecho que garantiza hacer de algo nuevo, un conocimiento conocido¹⁵.

Finalmente, una de las primeras proposiciones estructurales de las representaciones¹⁵ establece una configuración a lo largo de tres importantes dimensiones: información, actitud y campo de la representación o imagen.

Al hablar referente a la información, nos estamos refiriendo a la organización del conocimiento que un determinado grupo posee. Mientras que la actitud, es la dimensión más frecuente y posiblemente la primera hablando genéticamente. El campo de la representación se circunscribe a la idea de imagen, al modelo social, orientado al contenido concreto y limitado de las proposiciones acerca de un aspecto preciso del objeto que se viene representando.

Finalmente, podemos afirmar que la TRS, se torna indispensable en esta investigación, porque nos ofrece a través de su cuadro de análisis y de interpretación socio-cognitiva, la posibilidad de comprender y explicar una realidad basada en la interacción entre funcionamiento individual y las condiciones y conductas sociales, donde las personas construyen su propia representación. Se pretende a través de los resultados del presente estudio, se pueda comprender los diversos procesos comunicacionales, cognitivos, ideológicos, así como, los valores, las creencias, las actitudes y las opiniones que intervienen en la construcción social del tratamiento de la hemodiálisis por personas adultas mayores.

Capítulo II: Abordando el camino metodológico para comprender tratamiento de hemodiálisis en adulto mayor

2.1 Tipo de investigación

Es una investigación cualitativa con abordaje de la TRS, asumida como marco teórico y metodológico, de tal forma permita profundizar el objeto de estudio, trazando un plan metodológico muy interesante, transformador dentro del análisis común, cotidiano; valorándose como una explicación importante de la construcción social de una determinada realidad.

Las investigaciones de las representaciones sociales se han caracterizado desde el inicio por una utilización bastante creativa y diversificada en relación a los métodos y por el desarrollo continuo de nuevas técnicas de recolección de datos. E incluso el análisis puede ser abordado dentro de un abanico de posibilidades de acuerdo al objeto de estudio.

El abordaje cualitativo permite una aproximación fundamental y de intimidad entre el sujeto y el objeto una vez que ambos son parte de la misma naturaleza, dicha aproximación es empática compartiendo intenciones y los proyectos de los actores, a partir de los cuales las acciones, las estructuras, y las relaciones se vuelven significativas. Se describe a esta investigación integral ya que solo no se enfoca en la persona sino también en su entorno o ambiente y la interacción que tienen ambos, llegando a obtener la representación real de cómo la persona vive y cómo define su expresión humana²⁹.

2.2 Abordaje metodológico

Esta investigación fue orientada bajo el abordaje metodológico de la Representación Social, en la perspectiva procesual de Moscovici^{14,15,16} y Jodelet^{17,18}, donde para llegar a la raíz social del fenómeno se tiene que buscar a través de los hechos históricos, sociales y contextuales del objeto de estudio¹⁵. Por ende, este estudio permitió entender la realidad

representada teniendo como fuente de estudios los testimonios de las personas que padecen ERC, y asumiendo la diversidad cultural del grupo entrevistado.

Estudiar la representación de un objeto socialmente representable, permite explorar diferentes modos, ideas y todo lo que constituye el pensamiento social, donde los seres humanos a través de sus experiencias construyen su realidad social, y lo más importante nos dirigen a conocer más a fondo la visión del mundo. Así mismo, el conocimiento humano elaborado es utilizado generalmente para adoptar una actitud, un comportamiento ante los diferentes objetos sociales¹⁸.

2.3 Sujetos de investigación

Moscovici nos dice que, desde el origen de la formulación de la TRS, el sujeto siempre está determinado a un objeto que se encuentra en su ambiente, relacionándose en la vida cotidiana formadas por el individuo y la sociedad, creando el binomio sujeto-objeto³⁰. Es por eso que no solo debemos de definir el objeto de estudio, sino también los sujetos que son partícipes de esta representación, ya que dicho binomio se encuentra afectado por el contexto que los rodea.

La representación social que tiene la PAM es muy diferente a las representaciones sociales que tienen otros grupos etáreos, a pesar que la hemodiálisis es un recurso importante para la supervivencia de estos pacientes, conlleva a considerarlo dificultoso para ellos, que conviven cotidianamente con los obstáculos inherentes al propio proceso de envejecimiento.

Criterios de inclusión:

- Personas de 60, o más años de edad
- Tener como mínimo seis meses recibiendo tratamiento de hemodiálisis.
- Que se encuentran estables en su salud y orientadas en tiempo, espacio y persona.

Criterios de exclusión:

- Aquellos que manifiesten su desinterés en ser parte del estudio
- Personas con antecedentes de haber recibido tratamiento de diálisis peritoneal y/o trasplante.

La población estuvo constituida por las PAM que padecen ERCT y reciben tratamiento de HD en la Clínica Privada Nefrocare SAC del departamento de Lambayeque. El número de personas que actualmente se realizan tratamiento de hemodiálisis en este establecimiento son: 119 pacientes de diferentes grupos étnicos. Siendo la muestra de esta investigación 32 adultos mayores de 60 años que se encontraron dentro de los criterios de inclusión, a la misma vez fue determinada de acuerdo al criterio de saturación y de acuerdo a las especificaciones metodológicas de la teoría - método. A estos sujetos se les aplicó un cuestionario socio-cultural, (Anexo N° 1); con la finalidad de conocer el perfil de las personas que participaron en la investigación, aspecto fundamental para conocer la estructura y posible influencia en la Representación Social.

2.4 Escenario

El escenario de estudio fue la Clínica Privada Nefrocare SAC del departamento de Lambayeque. El Centro de Diálisis NefroCare SAC, institución privada que brinda cuidado en hemodiálisis a personas con ERCT. Actualmente asisten 119 personas renales distribuidos en cuatro turnos, con 3 módulos de hemodiálisis cada uno con 5 máquinas para personas renales regulares y una máquina adicional para personas renales con serología desconocida que necesiten diálisis de emergencia y sea derivado de una entidad pública, cada módulo es atendido por una enfermera y un técnico de enfermería.

Para la atención de las personas renales el centro de diálisis cuenta con profesionales exclusivos y altamente calificados con segunda especialidad: 12 enfermeras, 4 nefrólogos, 12 técnicos de enfermería y 2 técnicos biomédicos. El 80% de enfermeras nefrólogas y el 20% se encuentra realizando la especialidad en nefrología, técnicos de enfermería con experiencia en tratamiento de hemodiálisis, técnicos biomédicos encargados en dar mantenimiento a las máquinas de hemodiálisis y personal médicos con especialidad en nefrología.

Este servicio es tercerizado con el Fondo Intangible de Servicios de Salud (FISSAL), la finalidad pública es ayudar a mejorar la atención ambulatoria de HD; donde la intervención

sanitaria contribuya a satisfacer las necesidades de salud con equidad, eficiencia y participación social; cumpliendo con especificaciones técnicas y económicas.

Las personas asisten interdiarios (3 veces por semana) a recibir su tratamiento de HD, donde el tiempo de cada sesión es de 3 horas y 30 minutos; muchos de ellos vienen de diferentes distritos de la ciudad de Chiclayo (Pacora, Olmos, Bagua, etc.). Son personas que vienen de diferentes características sociales, estratos socioeconómicos, religión, creencias, hábitos y normas morales, todos estos factores influyen constantemente en su pensamiento y actuar ya que es cada individuo es único.

El servicio que se ofrece es personalizado; en los últimos seis meses en su gran mayoría las personas son adultos mayores (80%) dependientes e independientes, adultos maduros (15%) y adultos jóvenes (5%) que trabajan y estudian.

En el centro de diálisis, el personal responsable de enfermería, se encarga de brindar el tratamiento de diálisis, con profesionalismo y garantizando la eficacia y comodidad de la persona. El personal se esfuerza para que día a día sea una rutina cambiante, y en cada momento surjan actividades diferentes volviendo al trabajo dinámico, creativo y especial, pero eso no se podría sin el apoyo de otras profesiones como los técnicos de enfermería, personal médico, psicología, nutrición, asistenta social y personal administrativo.

2.5 Procedimiento e instrumentos de recolección

En la presente investigación por la metodología de las representaciones sociales y la complejidad del objeto del estudio, se adoptó como técnicas de recolección de datos el cuestionario socio-cultural y la entrevista semi estructurada a profundidad.

Según Hernández³¹, el cuestionario es comúnmente utilizado por los investigadores en el proceso de la investigación. Refiere también que es un instrumento utilizado indistintamente en investigaciones cuantitativas como cualitativas y lo describe como un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir.

Este estudio aplicó el Cuestionario Socio- Cultural (Anexo N. ° 1), como una técnica complementaria a la principal -la entrevista-, con el objetivo de permitir una descripción de los sujetos a partir de su caracterización.

La información contenida en este cuestionario socio demográfico recibió un tratamiento especial de acuerdo a las exigencias del Software ALCESTE, y formó parte de la técnica llamada “línea de comando”. Las variables fueron definidas como: edad, sexo, ocupación, procedencia, grado de instrucción y tiempo de tratamiento, las mismas que fueron codificadas de la siguiente manera:

Tabla 1.- Clasificación y codificación de las variables del cuerpo sometido al programa Alceste®

Variable	Código	Identificación
Edad	(edad)	1 60 a 70 2 71 a 80 3 80 a más
Sexo	(sexo)	1 Varón 2 Mujer
Ocupación	(ocup)	1 Trabaja actualmente 2 No trabaja actualmente
Procedencia	(proc)	1 costa 2 sierra 3 selva
Grado de instrucción	(gi)	1 analfabeto 2 primaria 3 secundaria 4 superior
Tiempo de tratamiento	(tt)	1 1 a 3 años 2 4 a 7 años 3 8 a 11 años 4 12 a más años

El programa ALCESTE realizó una serie de cálculos en la presente investigación desarrollándolos en tres etapas:

1. Primera etapa. - El programa divide el texto, en palabras principales y suplementares para seguir con la reducción de las raíces de las primeras, permitiendo calcular la tabla binaria con las unidades de contexto elemental, llamadas (uce), siendo base para los demás.

2. Segunda Etapa. – Se realiza la clasificación de las unidades de contexto en función de similares o diferencias de su vocabulario; permitiendo comprobar la estabilidad de clases: una primera clasificación con la unidad de contexto de determinado tamaño en una segunda con tamaño superior, no modificando la estructura o distribución de clases en su contenido.
3. Tercera etapa. - Describe las clases obtenidas con los procedimientos estadísticos empleados: selección del vocabulario específico, selección de unidades de contexto representativas, cálculo de segmentos repetidos y la clasificación jerárquica ascendente.

La entrevista semi estructurada a profundidad, (Anexo N.º 2) fue la técnica principal donde se obtuvo información importante del objeto de estudio, a través de una extensa búsqueda de interrogantes abiertas, permitiendo conseguir una información más completa acerca de las representaciones sociales del tratamiento de hemodiálisis en la persona adulta mayor. Caracterizándose por desarrollar una comunicación interpersonal entre el investigador y el sujeto de estudio, a fin de obtener respuestas verbales a las preguntas formuladas.

La aplicación de la entrevista semi estructurada, no necesariamente siguió una secuencia previamente fijada. La secuencia se condicionó de acuerdo a las respuestas de las personas entrevistadas. Las interrogantes fueron formuladas en alineación con los enunciados de los objetivos específicos del estudio. La validación de ese instrumento se realizó por muestreo piloto aplicándose a tres personas con características similares a nuestros sujetos de investigación. De acuerdo a esos resultados se realizó las modificaciones necesarias a algunas preguntas para su mejor comprensión. Tomando como referencia lo que indica Jodelet ¿Quién lo dice?, ¿Dónde lo dice? Y ¿Cómo lo dice?, estas preguntas aseguran el recojo de información en el marco de la representación social.

El procedimiento fue iniciado con la presentación del proyecto de investigación a la Escuela de Postgrado para su respectiva sustentación y aprobación. Posteriormente la Universidad emitió la resolución que respaldaba el estudio y se procedió a realizar las

coordinaciones para solicitar permiso a la Clínica Nefrocare (Anexo N° 3) y poder realizar las entrevistas.

Considerando la complejidad del objeto y de los objetivos de esta investigación, en una primera fase se desarrolló las entrevistas a las personas adultas mayores que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos. El método de esta investigación se planeó para ser implementada en dos etapas:

A. Primera Etapa. - Consistió en las siguientes actividades:

- ❖ Revisión del objeto y objetivo de estudio de tal forma se garantice la calidad del proceso de producción de datos.
- ❖ Elaboración previa de los instrumentos seleccionados: cuestionario y entrevista semi estructurada.
- ❖ Ejecución de la prueba piloto con la finalidad de verificar la aplicabilidad de la guía de preguntas, y de acuerdo a esos resultados se modificarán las preguntas que sean necesarias, de manera coherente con el objeto de investigación.

B. Segunda Etapa. – Comprendió tres momentos diferentes:

- ❖ Coordinación con la jefa de enfermeras, administrador de la Clínica Nefrocare SAC y las personas adultas mayores elegidas para las entrevistas respectivas. Las entrevistas fueron grabadas utilizando las siguientes consideraciones éticas. Autorización; que es el Consentimiento Informado (Anexo N° 4). La grabación de la información fue realizada conservando el anonimato; es decir la no revelación de la identidad del entrevistado para la cual se utilizó siglas para identificarlo. Confidencialidad; que consiste en guardar el secreto y la reserva de la información.
- ❖ Transcripción de las entrevistas, siguiendo el proceso exigido por el software ALCESTE 2012. De acuerdo con la nomenclatura del software, cada entrevista corresponderá a una unidad de contexto inicial (uci).
- ❖ Los resultados del cuestionario socio demográfico recibieron un tratamiento específico, para ser considerado como línea de comando de cada entrevista. Al

finalizar el total de entrevistas de la muestra, se procedió al rodaje de los datos en el software ALCESTE 2012. Para esta actividad se contó con el apoyo técnico del Grupo de Investigación de la Escuela Anna Nery de la Universidad Federal de Río de Janeiro – Brasil.

- C. **En el tercer momento**, cumpliendo con el criterio de científicidad y confiabilidad, se retornó a los entrevistados para realizar la verificación de los datos recolectados.

2.6 Análisis y tratamiento de la información

La información recogida se procesó para analizar el texto bajo las normas del software ALCESTE, este software fue creado por Max Reinert en 1986. El software Alceste emplea una cantidad significativa de datos estadísticos, organizados para realizar análisis cuanti y cualitativo de datos textuales con el objetivo de diferenciar las clases de palabras que representan diferentes formas de discurso, posibilitando los segmentos de texto, establecimiento de semejanza entre segmentos y jerarquía de clases de palabras, estableciendo presupuesto o trayectorias de interpretaciones para la investigación. El objetivo del programa Alceste es de establecer cartografía de los principales lugares comunes, los cuales se elaboran simultáneamente en el mundo del discurso y el mundo del enunciado.³²

2.7 Criterios éticos

Esta investigación se afirma en los Principios de la bioética personalista de Mons. Elio Sgreccia³³.

Primer principio. - Valor Fundamental de la Vida Humana

Se enfoca en los sujetos de investigación, considerados como seres humanos que merecen respeto en su ser y en su dignidad. Considera que la exploración de conocimiento que proporcionan los participantes a través de los instrumentos de recolección de información, en este caso la entrevista semiestructurada y el cuestionario socio cultural-, no debe deteriorar en ningún momento la dignidad como persona de los adultos mayores

participantes. Se tuvo especial cuidado en respetar sus expresiones y no producir ningún daño físico o psicológico. Los discursos de los participantes y su identidad fueron mantenidos en el anonimato, utilizándose seudónimos para su identificación y guardándose la debida confidencialidad.

Segundo principio. - Libertad y Responsabilidad

En todo momento se garantizó la fluidez de la libertad de cada participante, con la consecuente libre expresión, también se aceptó, rechazó y se dio a elegir cuando fue necesario, respetando el parecer de las personas participantes. Durante el desarrollo de la ejecución y aplicación de los instrumentos se respetó la autonomía, el valor de las opiniones y la elección de que realizaron los adultos mayores, absteniéndose de obstruir sus opiniones y/o acciones. La intervención de todos los sujetos de estudio se concretó previo consentimiento informado. De manera preliminar se informó sobre los objetivos de la investigación y todo lo que con ella se relaciona, de esa manera se evitó la posibilidad de negarse a participar, por parecerle indebida esta investigación. De igual forma, la investigadora mostró el desarrollo de la investigación y la responsabilidad de llevarla a cabo tal y conforme estuvo estipulada, garantizando que ninguno de los momentos será alterado.

Tercer principio. - Socialización y subsidiariedad

Este principio permitió a la investigadora realizar de manera autónoma la intervención con todos los participantes, siempre garantizando la búsqueda del bien del otro. En todo momento, se procuró extremar los posibles beneficios y minimizar al máximo los posibles riesgos hacia los adultos mayores participantes. Se respetó la autonomía de cada uno de los sujetos entrevistados, atendiendo a sus necesidades sin sustituirles en su capacidad de decidir y actuar oportunamente. Se indicó, asimismo, que los resultados obtenidos se darán a conocer, en primer lugar, en el acto de la sustentación, posteriormente en el escenario donde se desarrolló la investigación y finalmente serán difundido en congresos nacionales, internacionales y artículos de publicación científica.

2.8 Criterios de rigor científico

Para asegurar este rigor³⁴ se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- ❖ **Confidencialidad:** Los “secretos” que incluyen los testimonios de los participantes no se hicieron públicos conservándose bajo anonimato. Los nombres de las personas que padecen de ERCT sometida al tratamiento de hemodiálisis que participaron del siguiente trabajo, fueron guardados en total reserva y se identificaron a través de seudónimos y la información obtenida respecto al objeto de estudio fue tratado únicamente con fines de investigación.
- ❖ **Credibilidad:** Se procuró una atmósfera de plena confianza, a fin de conseguir el valor de la verdad de los testimonios. Se solicitó a los entrevistados responder con total veracidad a las preguntas. Los datos obtenidos aplicando la técnica de la entrevista, fueron analizados y presentados en el informe final, ciñéndose exactamente a la verdad de la información.
- ❖ **Confirmabilidad:** La información que se recolectó se plasmó en el presente trabajo de investigación con total objetividad y neutralidad sin incluir prejuicios, ni opiniones personales.

Capítulo III: Caracterización del perfil sociodemográfico de los adultos mayores

La representación social corresponde a la construcción del conocimiento sobre un determinado objeto a partir de la socialización entre sujetos que tienen un hábitat y características comunes, originando comportamientos como producto de este proceso de socialización a través de la comunicación. En ese entendimiento, la investigadora desarrolló como parte de los instrumentos de recolección, un cuestionario para conocer el perfil socio-cultural de los 32 sujetos de estudio –las personas adultas mayores-, la cual incluyó seis variables: la edad, el sexo, la ocupación, la procedencia, el grado de instrucción y el tiempo de tratamiento, enseguida se presentan los resultados e interpretación de las mismas.

3.1 Caracterización del Perfil Sociodemográfico de los adultos mayores

Tabla 2: Distribución numérico porcentual según edad de personas adultas mayores hemodializadas en una clínica privada en la región Lambayeque 2022.

EDAD		
RANGO	N°	%
60-70	22	68.7
71-79	8	25
80 a más	2	6.2
TOTAL	32	100

En la tabla 2 encontramos a la primera variable edad de las 32 personas entrevistadas, destacando al grupo de personas de 60 a 70 años constituyen el mayor porcentaje (68.7%), seguido de los pacientes de 71 a 80 años (25%), y solo el (6.2%) fueron de las edades de 80 a más años.

La Enfermedad Renal Crónica a nivel mundial es actualmente, un serio problema de salud pública, donde la prevalencia se está extendiendo ampliamente impulsada por el envejecimiento de la población¹.

El envejecer es un proceso irremediable, que no tiene un inicio determinado, varía entre las personas, dependiendo de sus propios marcadores genéticos y ambientales³⁵. Existe un aumento de la esperanza de vida y una disminución de la tasa de fecundidad, ampliando apresuradamente la proporción de personas mayores de 60 años, en relación a cualquier otro grupo etario, en casi todos los países. Las tendencias previstas entre 2015 y 2050, orientan que la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad pasará de 900 millones hasta 2000 millones, representando un aumento del 12% a 22%³⁶. Muchas personas oscilando entre estas edades y que a la vez realicen tratamiento de hemodiálisis, tienen una supervivencia limitada, llevando una vida de calidad aceptable.

Los datos recogidos en este primer cuadro permiten visualizar la pertinencia y relevancia del objeto de estudio, dado que el proceso de envejecimiento poblacional y el fenómeno de la longevidad cada vez es mayor, por ello, los establecimientos de salud cada vez más reciben personas mayores afectadas de dolencias agudas y crónicas. Entre estas últimas, se reportan a las enfermedades renales que ocasionan serias complicaciones en la vida de la persona, ya sea de índole física, emocional y/o social.

Tabla 3: Distribución numérica y porcentual según sexo de las personas adultas mayores hemodializadas en la región Lambayeque 2022.

SEXO		
RANGO	Nº	%
M	15	46.88
F	17	53.13
TOTAL	32	100

En la tabla 3 se reporta a la variable sexo de las 32 personas entrevistadas, los resultados obtenidos responden a lo esperado dado que sigue la misma tendencia latinoamericana y mundial, el grupo de pacientes de sexo femenino es el mayor, correspondió al (53.13%) y el sexo masculino el (46.88%).

De acuerdo a los estudios proyectados para los próximos diez años, la gran parte de la población fue considerada "vieja", debido al proceso de envejecimiento poblacional que existirá a nivel mundial, también se proyecta que la mayoría de estas personas serán mujeres por la mayor expectativa de vida que tienen. Siendo así, las mujeres vivirán más que los hombres, por consiguiente, su morbilidad será mayor, dependiendo en gran medida de su estilo de vida y comportamiento³⁷.

En algunos argumentos explican que puede deberse al factor socio-cultural, genético o por las diferencias atribuidas tradicionalmente a las actividades propias a cada género; hombres en la categoría "trabajo" y mujeres en la categoría "tareas domésticas"³⁸

Cual fuese la situación, los resultados obtenidos nos llevan a priorizar del grupo de personas adultas mayores, tomar especial atención a las mujeres, dado que ellas representan el mayor porcentaje. En el caso particular de las personas entrevistadas en esta investigación, nos corresponde analizar cómo esta condición de ser mujer y asumir roles propios en el hogar y fuera de él, influye positiva o negativamente en su representación del tratamiento de hemodiálisis.

Tabla 4: Distribución numérica y porcentual según ocupación de las personas adultas mayores hemodializadas en la región Lambayeque 2022.

OCUPACIÓN		
RANGO	N°	%
Si	5	15.625
No	27	84.375
TOTAL	32	100

En la tabla 4 encontramos la variable ocupación, del 100% de personas entrevistadas, el (84%) de los adultos mayores reportan no tener una situación laboral activa y sólo el (15.6%) manifiesta seguir trabajando.

Existe un porcentaje bajo de pacientes que se encuentran en situación laboral activa, y el otro porcentaje ya no labora, aunque mucho de ellos reconocen que pueden seguir trabajando. Esta situación se debe a diversos factores como la edad, el nivel de educación, comorbilidad, personalidad y motivación³⁸, pero también por el impacto de la enfermedad renal crónica y su tratamiento, lo cual genera en la persona sentimiento de inferioridad, impotencia e incapacidad que condiciona a los pacientes a depender de la familia provocando sentimientos de frustración³⁹.

Este resultado también es coherente con resultados de otros estudios aplicados a los adultos mayores de Latinoamérica y el mundo, pues la tendencia de nuestra sociedad es otorgar mayores oportunidades a la generación joven en detrimento de la generación adulta. Esta variable, tiene una importante influencia en el presente estudio tomando en consideración analizar cómo las 5 personas que trabajan, conjugan esta actividad con sus sesiones de hemodiálisis y conocer cómo es el grado de afectación social-laboral; pero también es importante aclarar que de una u otra forma las restantes 27 personas –sobre todo, si son mujeres-, realizan actividades en el hogar, que muchas veces está “camuflada” como apoyo, pero que generan responsabilidades y cumplimientos exigidos por los familiares. Esta situación será analizada en el capítulo respectivo.

Tabla 5: Distribución numérica y porcentual según procedencia de las personas adultas mayores hemodializadas en la región Lambayeque 2022.

PROCEDENCIA		
RANGO	N°	%
Costa	21	65.625
Sierra	10	31.25
Selva	1	3.125
TOTAL	32	100

Como ha sido mencionado en los párrafos superiores, los estudios bajo el abordaje de la representación social, exige conocer a la persona que representa un objeto determinado. En el presente estudio, el objeto es – tratamiento de hemodiálisis-, y cómo diversas variables personales influyen en dicha representación.

Justamente en la tabla 5 se reporta la variable procedencia, encontrándose que el (65.6%) pertenecían a la región costa, el (31.2%) son de la región sierra y el (3.1%) de la región selva. En los últimos 50 años se ha registrado una tendencia de desplazamiento desde la zona rural hacia la zona urbana, por primera vez, la mayoría de la población mundial vive en ciudades⁴⁰. En este estudio, las personas reportan residir en la zona urbana y periurbana de la ciudad, algunos de ellos tuvieron que migrar de su lugar de origen para establecerse en la ciudad, dado que ello facilitaba el manejo de especialistas para su enfermedad y la terapia de hemodiálisis.

Pero en el presente estudio, el interés de conocer esta variable procedencia, va más allá de las razones que tuvieron los adultos mayores para elegir el lugar de su residencia, en realidad responde a la influencia socio cultural arraigada en cada uno de ellos, a lo largo de toda su vida y que ahora al padecer la enfermedad podría estar determinado, ciertas formas de comportamiento que aporta o limita la vivencia de su enfermedad. Más aún que en el Perú tenemos tres regiones muy marcadas: costa, sierra y selva, donde se viven mitos, creencias, estereotipos propios a cada región.

Tabla 6: Distribución numérica y porcentual según grado de instrucción de las personas adultas mayores hemodializadas en la región Lambayeque 2022.

GRADO DE INSTRUCCIÓN		
RANGO	N°	%
Analfabeto	5	15.625
Primaria	19	59.375
Secundaria	7	21.875
Superior	1	3.125
TOTAL	32	100

Se muestran los resultados con relación al grado de instrucción, reportándose que del total de 32 personas (100%), el (59.37%) de los adultos mayores entrevistados poseen estudios primarios, el (21.8%) con estudios secundarios y un (15%) son analfabetos.

En las poblaciones adultas mayores de Latinoamérica y particularmente en el Perú, se reportan según el INEI que el mayor porcentaje corresponde a personas mayores en situación de analfabetos y/o nivel primario incompleto, un mínimo porcentaje de este grupo etáreo cuenta con estudios superiores. La calidad de vida se conserva o es mejor en las personas con un mayor nivel de estudios o una situación socioeconómica estable causando efecto positivo en las dimensiones físicas y psicosociales³⁸. Hay estudios donde se demuestra que la mayor escolaridad brinda una calidad de vida mejor, esto se debe que el paciente busca recursos como una adhesión al tratamiento o más medidas de salud³⁹.

Los datos son preocupantes, dado que refuerza la idea de una presencia mayor de la Enfermedad Renal Crónica, en personas de bajo nivel socioeconómico y educativo. Hay una estrecha relación entre la deficiente educación, y el grado de entendimiento de la patología, como resultado será difícil conseguir la participación adecuada de la persona, para su tratamiento⁴¹.

Adicional a la información proporcionada es relevante mencionar que para este estudio la variable grado de instrucción guarda estrecha relación con las oportunidades sociales y culturales, que de alguna forma la persona adulta mayor ha adquirido durante su vida, y de

acuerdo a esa realidad va a responder a su situación actual de salud y modo de vida en general. Es decir, la manera como él (ella) represente a su tratamiento de hemodiálisis estará influenciada por las oportunidades de conocimiento que tenga sobre la enfermedad y las experiencias cercanas o lejanas de acuerdo al contexto de vida que esta persona haya tenido.

Tabla 7: Distribución numérica y porcentual según tiempo de tratamiento de las personas adultas mayores hemodializadas en la región Lambayeque 2022.

TIEMPO DE TRATAMIENTO		
RANGO	N°	%
1-3 años	21	65.625
4-7 años	11	34.375
TOTAL	32	100

Esta última variable registrada en la tabla 7 muestra los resultados con relación al tiempo de tratamiento, observándose que del 100% de las personas entrevistadas, el (65.6%) tiene entre 1 a 3 años en el tratamiento de la hemodiálisis y el restante (34%) tiene entre 4 a 7 años.

En los centros de hemodiálisis, cada vez es mayor evidenciar el porcentaje de pacientes añosos, sin embargo, de manera general obtienen niveles muy aceptables de supervivencia y de calidad de vida, algunos viven poco tiempo y su estado de salud está severamente afectado³⁸.

Existen diversos estudios que analizan el estado de los pacientes sometidos a hemodiálisis y su percepción de la calidad de vida. En algunas investigaciones comparan que las personas que se encuentran dializándose por más años obtienen puntuaciones más altas en escalas de calidad de vida, que las personas que llevan menos tiempo o acaban de comenzar su tratamiento, así mismo obtienen mejores puntuaciones en el afrontamiento de la enfermedad, el control sobre las emociones y la adherencia al tratamiento³⁹.

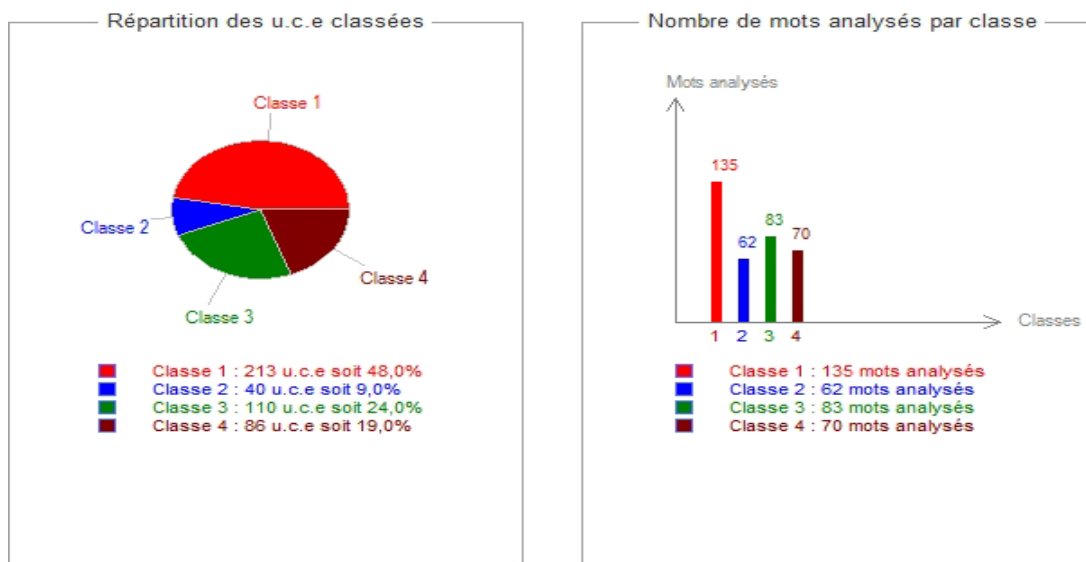
La variable “tiempo de tratamiento” se torna relevante en el análisis del objeto de estudio, tomando en consideración los conceptos de “lo conocido” y “desconocido” de la representación social. Como se verá en el capítulo de análisis, los adultos mayores que

cuentan con más años de tratamiento, han tornado este proceso como “familiar”, por lo tanto, su actuación es diferente a la etapa inicial durante la cual el tratamiento era concebido como “no familiar” por las personas afectadas.

3.2 Resultados del Software Alceste®

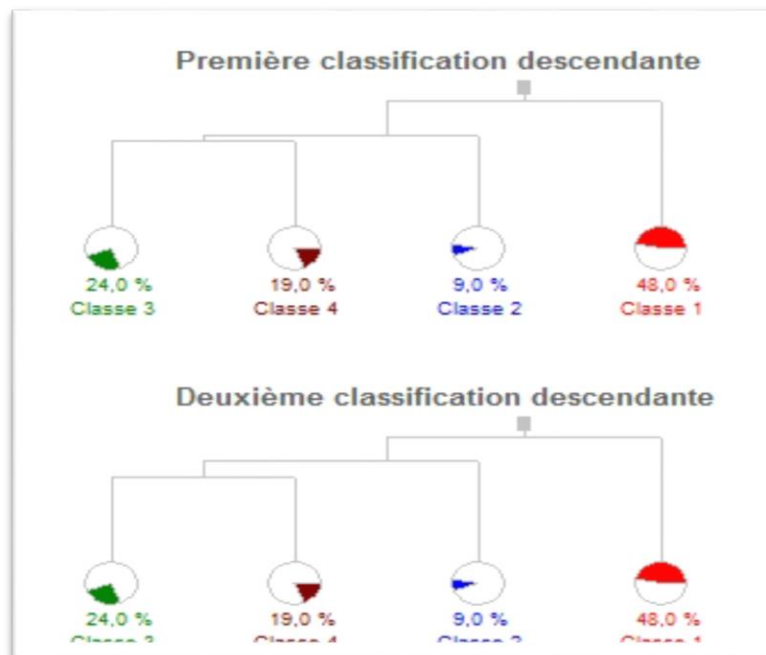
Este capítulo presenta los resultados de análisis de los datos procesados por el programa Alceste®⁷². El cuerpo estuvo constituido por 32 Unidades de Contexto Inicial (uci), que fue repartido en 449 Unidades de Contexto Elemental (uce), formado por 2830 palabras o formas de vocabularios distintos. Posteriormente el programa redujo los vocabularios a sus raíces, originando 490 palabras analizables (sustantivos, adjetivos, verbos) y 175 palabras suplementarias (conjunciones, artículos, preposiciones). De un total de 449 uce, el programa seleccionó 449 de ellas lo que corresponde al 74% del cuerpo.

Figura 1: Representación gráfica de los resultados del procesamiento del texto por el programa Alceste® -número de uce y número de palabras analizables por clase.



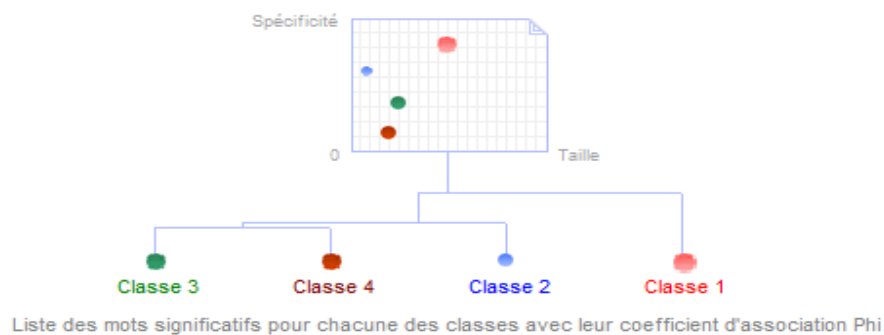
La figura 1 representa la distribución de las clases 1 al 4 y notamos con claridad que el porcentaje relativo a la presencia de UCE; corresponde a la clase 1 el mayor porcentaje 48.0%, seguida de la clase 3 con el 24% y corresponde al más bajo porcentaje la clase 2. Así mismo el cuadro de la derecha considera el número de palabras que fueron analizadas en cada clase, y coherente con el primer cuadro, la clase 1 presenta mayor número de palabras analizadas.

Figura 2: División de las clases – Clasificación Jerárquica Descendente (CHD)



La figura 2 representa la Clasificación Jerárquica Descendente (CHD) que ratifica de manera gráfica los mismos resultados de la figura 1.

Figura 3: Dendrograma: Organización de las clases a partir del análisis lexical de las entrevistas por el programa Alceste®



Présence Φ (Phi)	Présence Φ (Phi)	Présence Φ (Phi)	Présence Φ (Phi)
cambi 0,29	vivi 0,37	igual 0,61	doctor 0,30
esposa 0,26	edad 0,34	trat 0,51	cateter 0,27
pasaje 0,25	adelante 0,33	paciente 0,38	hemodializa 0,28
trabaj 0,25	seguir 0,30	diferencia 0,37	hemodializa 0,25
apoy 0,21	dios 0,29	clinica 0,36	agua 0,23
sus 0,19	content 0,27	personal 0,34	primer 0,24
casa 0,19	sigo 0,26	mayor 0,33	hinch 0,23
vend 0,18	alegr 0,25	brindan 0,33	llev 0,22
depend 0,17	nietos 0,25	atencion 0,33	vez 0,22
conmigo 0,17	voluntad 0,25	atiend 0,31	hospital 0,21
carg 0,16	pese 0,23	joven 0,28	liquido 0,19
cosa 0,16	sola 0,23	atento 0,26	accept 0,18
pens 0,16	vida 0,23	enferme 0,25	inici 0,17
perd 0,16	esper 0,23	pedir 0,25	rinon 0,17
traig 0,16	solo 0,19	salv 0,23	sent 0,16
lavo 0,15	real 0,19	alivi 0,23	queria 0,16
sient 0,15	fuerza 0,19	descans 0,23	hacerme 0,16
chaora 0,15	verdad 0,19	diferente 0,23	emergencia 0,16
dinero 0,15	estar 0,18	persona 0,18	cueillo 0,15
incomod 0,15	vivo 0,16	cambiaría 0,17	comienz 0,15
Absence Φ (Phi)	Absence Φ (Phi)	Absence Φ (Phi)	Absence Φ (Phi)
sangre -0,14	doctor -0,16	ano -0,10	sient -0,25
cateter -0,14	si -0,14	dia -0,10	edad -0,25
agua -0,13	hinch -0,13	cosa -0,10	vida -0,23
hemodializa -0,14	hemodializ -0,14	doctor -0,10	dios -0,22
rinon -0,12	un -0,13	hemodialisis -0,10	trat -0,20

Corpus melissa (156 Ko) - Classification double - code 121 - Samedi 10 Août 2019 à 16 h 20

La figura 3 el dendrograma⁴² representa la organización de las clases, estructura y forma de relación entre ellas generadas por el programa con los léxicos más característicos de cada una. En la descripción de las clases se observa las formas reducidas que le dan identidad, acompañadas del grado de asociación a cada clase, representado por *Phi* (Φ), ya sea por su presencia o ausencia en la clase.

A partir de los léxicos encontrados y su relación intraclases, complementadas por la *Clasificación Hierárquica Ascendente* (CHA), permite una noción de cómo el pensamiento de los adultos mayores, se organizan por medio de los sentidos que tales léxicos poseen en las UCE que estructuran las clases.

En el dendograma se observa una estructura jerárquica de las clases, la cuál se divide en dos grandes ramificaciones (I y II). La clase 1 es la primera aislada pues se separa de los tres restantes desde la primera ramificación del dendograma. En un segundo nivel de ramificación se separa la clase 2 de las clases 3 y 4, las cuales se encuentran más relacionadas entre sí que con las otras clases. De esta forma se puede observar que ambos bloques poseen significados diferentes, e incluso en el segundo nivel de las clases 2, 3 y 4 poseen significados en común y diferentes entre sí; es decir, a pesar de haber una aproximación entre los significados, el sentido e ideas de los elementos que componen la clase 2, son diferentes a los elementos que componen la clase 3 y 4, lo que sirve para justificar la división realizada por el programa.

Bloque 1: Confrontando universo consensual y reificado al inicio del tratamiento de hemodiálisis

En este primer bloque se encuentra la clase 1 separada de las demás clases, posiblemente por contener radicales de palabras con un sentido relacionado a vivencias del inicio del proceso de la enfermedad renal crónica terminal y la terapia de reemplazo renal.

Este radical de palabras, contenidos en el dendograma, asumen diferentes sentidos para las personas mayores en situación de TRR. Esta información se ha podido clasificar de acuerdo a temas generales y secundarios según lo que se observa en el siguiente cuadro:

Cuadro 1: Clases del discurso al bloque I.

N° de la clase de discurso	Clase 1
Tema general de la clase	Confrontando universo consensual y reificado al inicio del tratamiento de hemodiálisis.
Temas secundarios	<ul style="list-style-type: none"> • Primer impacto ante la enfermedad. • Negación, rechazo y sufrimiento para aceptar el tratamiento. • Preconceptos sobre enfermedad renal: sinónimo de muerte/ de vida. • Hemodiálisis para toda la vida. • Desconocimiento de proceso salud-enfermedad. • Tratamiento Hemodiálisis: Bendita, salvación, milagro, limpiadora, automática, tranquilidad, confianza, fidelización al tratamiento.
Variables	Edad de 60 a 70 años, varón, no trabaja, procedencia costa, grado de instrucción primaria, tiempo de tratamiento 1-3 años.
% en relación al discurso total	48%

La clase 1 estuvo formada por 213 UCE respectivamente, con 135 palabras analizables. Esta clase tiene una significancia estadística de 48% total.

Cuadro 2: Elementos significantes de la Clase 1 Alceste.

Présence Φ (Phi)	
doctor	0,30
cateter	0,27
hemodializa	0,26
hemodializa	0,25
agua	0,23
primer	0,24
hinch	0,23
llev	0,22
vez	0,22
hospital	0,21
liquido	0,19
accept	0,18
inici	0,17
rinon	0,17
sent	0,16
queria	0,16
hacerme	0,16
emergencia	0,16
cuello	0,15
comienz	0,15
Absence Φ (Phi)	
sient	-0,25
edad	-0,25
vida	-0,23
dios	-0,22
trat	-0,20

En la clase 1 aparecen como importantes verbos de acción y en el tiempo presente, así como sustantivos que demuestran actividades realizadas en el ambiente hospitalario durante las primeras visitas que la PAM realiza para iniciar su tratamiento de hemodiálisis, denotando una característica práctica de esta clase. Los elementos doctor (Phi 0,33), catéter (Phi 0,27), Hemodializar (Phi 0,26), Hemodializando (Phi 0,25), agua (Phi 0,23), primer (Phi 0,24), son representativos de esta clase. El software Alceste, define los “testimonios” de los entrevistados a partir de las Unidades de Contexto Elementales (UCE) y en este caso fueron seleccionados los siguientes por asociarse de manera típica a la clase 1:

uce n° 234 Phi = 0,05 uci n° 11: *ind_11 *edad_01 *sexo_02 *ocup_01 *proc_01 *gi_02 *tt_2 (el) (doctor) (me) (dijo) (que) (no) (vaya) a (comer) (carnes) de res, (pescado) (salado), (me) prohibieron (varias) cosas, pero (no) obedecí (y) de (nuevo) (me) enfermé (y) (volvieron) los cálculos. la segunda (vez) (que) (me) (hospitalizan) (me) (dijeron) (que) (tenían) (que) (colocarme) (un) (catéter) para (hemodializarme) (y) (accepte) porque (no) (me) (quedaba) de otra, si ya (estaba) (un) (paso) a la muerte, solo (tenia) (que) (hacerme) (el) tratamiento.

uce n° 140 Phi = 0,05 uci n° 7: *ind_07 *edad_01 *sexo_01 *ocup_02 *proc_01 *gi_04 *tt_2*K_2 (yo) (no) conocía (lo-que) era (un) nefrólogo, (lo-que) era (hemodiálisis), menos-que (me) (iban) a (poner) (el) (catéter), (fue) una situación (traumática) (al) (comienzo). (cuando) (el) (medico) (me) (dijo) (que) (yo) (tenia) (insuficiencia) (renal) (y) (que) (tenia) (que) (hemodializarme), (yo) (no)

(acepté), le (dije) (al) (doctor) (que) (me) de tratamiento, (me) aferraba a mi condición física, porque era (un) hombre relativamente fuerte (y) (no) lo podía creer.

uce n° 57 Phi = 0,05 uci n° 3: *ind_03 *edad_02 *sexo_02 *ocup_02 *proc_01 *gi_01 *tt_1 (después) ya (no) (estaba) bien, ya (no) (caminaba) bien, (me) dio sueño, para mí era (día) (y) (noche) dormir; (yo) (no) (sabía) si amanecía o anochecía, (no) podía (tomar) nada de (agua), (no) podía (comer), (después) (me) (iba) (hinchando), (y) ya (no) (orinaba), (se) (me) tapo (el) (riñón), (ahí) (fue) (cuando) caí mal, con decirle (que) ya (no) (me) daba (cuenta), (no) (recuerdo) como (me) (llevaron) (al) (hospital).

uce n° 352 Phi = 0,05 uci n° 18: *ind_18 *edad_01 *sexo_02 *ocup_02 *proc_01 *gi_02 *tt_2*K_2 en este tratamiento (tengo) ya (siete) largos años, la (primera) (vez) (que) la (doctora) (me) (dijo) para (hemodializarme) (me) angustie (bastante), (me) decaí (demasiado), entonces (me) hice la (hemodiálisis) (un) (día), pero (después) (me) retiraron (el) (catéter) porque (yo) ya (no) (quería) (hemodializarme); (y) a la (semana) (que) (no) (me) (deje) de (hemodializar), (caí) (mal), nuevamente (me) (hinche) (toda) (y) de (nuevo) (me) (llevaron) por (emergencia), entonces de (nuevo) (tuvieron) (que) (hemodializarme).

uce n° 525 Phi = 0,05 uci n° 27: *ind_27 *edad_01 *sexo_01 *ocup_01 *proc_01 *gi_02 *tt_1*K_4 con las justas (caminaba), mi (cuerpo) (estaba) (hinchado) (y) (tuve) (que) (aceptar), (me) (colocaron) (catéter) (y) por (ahí) (me) (hemodializaban), actualmente (tengo) (fistula), gracias a dios. la (primera) (vez) (que) (me) hemodialize lo hice por (querer), (estaba) sin ánimos de nada por (el) (peso) (que) (tenía), (llegué) a (un) promedio de ochenta_y_cinco_kilos (y) (poco-a-poco) (fui) bajando de (peso) con la (hemodiálisis) (que) (me) hicieron.

uce n° 561 Phi = 0,04 uci n° 30 : *ind_30 *edad_03 *sexo_02 *ocup_02 *proc_01 *gi_01 *tt_1 (llevo) (hemodializandome) un_año_y_medio, he tenido (días) (buenos), (días) malos, sufría de la (presión) alta, pero (un) (día) (me) (puse) (mal) (y) (me) (llevaron) (al) (hospital), (me) (cuentan) (que) (yo) ya (no) reconocía a mi familia, entonces (me) hicieron la (hemodiálisis)

uce n° 489 Phi = 0,04 uci n° 25 : *ind_25 *edad_01 *sexo_01 *ocup_01 *proc_01 *gi_03 *tt_1*K_1 (cuando) (me) (dijeron) (que) (tenía) (que) (entrar) a (hemodiálisis), le (pregunte) (al) (medico) (que), si con (ese) tratamiento (me) (iba) a (sentir) mejor, (y) (dije) (que) si, (no) (tuve) más dudas, les (dije) háganlo lo más (rápido) (y) (no) (me) (puse) triste, (al-contrario),

uce n° 481 Phi = 0,05 uci n° 25: *ind_25 *edad_01 *sexo_01 *ocup_01 *proc_01 *gi_03 *tt_1*K_1 esa bendita máquina, es la (que) nos salva. (al) (inicio) mi (cuerpo) comenzó a (hincharse) de tal manera (que) (no) podía dormir echado en mi (cama), dormía (sentado) debido a (lo-que) (estaba) (hinchado) ...

uce n° 472 Phi = 0,09 uci n° 24: *ind_24 *edad_01 *sexo_02 *ocup_02 *proc_01 *gi_02 *tt_1 en la (clínica) todo el (personal) está preparado, (atienden) (bien) a (todos) quienes estamos allí, (son) (amables) y a (todos) los (pacientes) (nos) (atienden) (por) (igual). la (máquina) (nos) (limpia) la sangre, una está acostada y la (máquina) va avanzando, (mientras) (descanso) (o) miro (televisión) (ella) hace su trabajo.

uce n° 576 Phi = 0,08 uci n° 30: *ind_30 *edad_03 *sexo_02 *ocup_02 *proc_01 *gi_01 *tt_1 A veces pienso si no me (hubiera) hemodializado ya (hubiese) (muerto), hace rato (estuviera) (muerto) porque (prácticamente) estaba desahuciado y la (máquina) me (salvo). yo ya no me (cambiaría) de tratamiento, me (quedo) (acá) hasta que me (muera), hasta que dios me (recoja). en la (clínica) (nos) (tratan) a (todos) (por) (igual), (las) (enfermeras) se rotan (para) atendernos y (ellas) ya me (conocen).

uce n° 589 Phi = 0,07 uci n° 31: *ind_31 *edad_01 *sexo_02 *ocup_02 *proc_01 *gi_02 *tt_1 *K_4 la (máquina) (es) la (máquina) que me/ hemodializan y si no (existiera) ya me (hubiera) (muerto) la (atención) que/ (brindan) en la (clínica) (atienden) a (todos) (por) (igual). yo (le) pido a dios/ que me (alivie), que me quite (para) no estar (acá) en la hemodiálisis, (para/) no venir y que me (mejore), (tanto) (le) pido eso a dios.

uce n° 359 Phi = 0,06 uci n° 18: *ind_18 *edad_01 *sexo_02 *ocup_02 *proc_01 *gi_02 *tt_2 *K_2 (para) mi la (máquina) significa (salvar) vidas, y de nombre (le) (pondría) (milagros), porque (prácticamente) (es) un (milagro) que (alivie) el (dolor), (nos) de un poco de (descanso) y esperanza (por) vivir.

Estas UCE que vienen a ser segmentos de textos compuestos por sucesiones de palabras principales, permite observar el papel que juegan en la formación de los mundos lexicales, que en este caso recoge el conocimiento del sentido común del adulto mayor hemodializado y por otro se enfrenta a nuevos saberes reificados, traducidos en los procedimientos del tratamiento de hemodiálisis.

Bloque 2: (Re) significando la convivencia personal, familiar y social

El segundo bloque se estructura alrededor de las clases 3, 4 y 2 donde se dirige a la familia (apoyo emocional, dificultades, papel que actualmente desempeña, sentir del paciente) y al ambiente donde se realiza su tratamiento de la hemodiálisis (personal de salud, la atención que brindan, y como suelen pasar su tiempo mientras se están hemodializando).

La clase 3 y 4 presenta elementos que los aproxima, en la experiencia vivida del proceso de la enfermedad y tratamiento, donde la clase 3 se enfoca en la persona y su familia, siendo ellos la principal fuente de apoyo, pasando por momentos difíciles donde se ven cambios en las funciones familiares, cambios económicos, conllevando muchas veces a que los adultos mayores dejen de trabajar y ya no les alcance para el pasaje y poder acudir a su tratamiento, volviéndose de un ser activo a un ser pasivo, muchas veces llegando a la depresión y sintiéndose una carga para su familia; la clase 4 se enfoca más en la persona y su lado espiritual, muchas veces se sienten alegres de que Dios les haya dado más tiempo de vivir a través de su tratamiento de la hemodiálisis para seguir con su familia (esposo (a), hijos (as), nietos (as), etc.); por ellos los adultos mayores siguen para adelante por ellos y para ellos; siendo la fuerza que les impulsa seguir viviendo, pero a la misma vez resignados y esperando la voluntad de Dios.

La clase 2 define la figura del lugar donde el adulto mayor lleva su tratamiento de hemodiálisis, la calidad de atención brindada, y la comunicación que tienen con el personal de salud que trabaja en dicha institución especialmente del personal de enfermería quienes son las que están en constante relación con los pacientes, donde la comunicación es valorada a través de elementos como el trato, la sonrisa, el acogimiento entre otros y como se sienten ellos durante el tiempo que ellos llevan su tratamiento.

Cuadro 2: Clases del discurso al bloque II.

N° de la clase de discurso	Clase 3	Clase 4	Clase 2
Tema general de la clase	Dinámica familiar que influye en el nuevo estilo de vida del adulto mayor hemodializado. Condiciones sociofamiliares.	La espiritualidad. La representación de la espiritualidad y religiosidad en el tratamiento de hemodiálisis.	El ambiente clínico y personal de salud como segundo hogar.
	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica familiar. • Dificultad económica. • De sentirse activo pasa a pasivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • La espiritualidad como bienestar. • Religiosidad. • Proceso final de la vida. • Resignación. • Edad y dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trato igualitario. • Cuidado equipo salud. • Trato digno. • Confidencialidad en información.
	<ul style="list-style-type: none"> • Relación con la sociedad. • Su sentido de independencia. • Sentirse carga para la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Auto percepción. • Voluntad de vida. 	
Variable	Edad de 60 a 70 años, hombre, no trabaja, procedencia costa, grado de instrucción primaria,	Edad de 60 a 70 años, hombre, no trabaja, procedencia costa, grado de instrucción	Edad de 60 a 70 años, mujer, no trabaja, procedencia costa, grado de instrucción

	tiempo de tratamiento 1-3 años.	primaria, tiempo de tratamiento 1-3 años.	primaria, tiempo de tratamiento 1-3 años.
% en relación al discurso total	24%	19%	9%

La clase 3 estuvo formada por 110 uce respectivamente, con 83 palabras analizables. Esta clase tiene una significancia estadística de 24% total.

Cuadro 3: Elementos significantes de la Clase 3 Alceste.

Présence Φ (Phi)	
cambi	0,29
esposa	0,26
pasaje	0,25
trabaj	0,25
apoy	0,21
sus	0,19
casa	0,19
vend	0,18
depend	0,17
conmigo	0,17
carg	0,16
cosa	0,16
pens	0,16
perd	0,16
traig	0,16
lavo	0,15
sient	0,15
chacra	0,15
dinero	0,15
incomod	0,15
Absence Φ (Phi)	
sangre	-0,14
cateter	-0,14
agua	-0,13
hemodializa	-0,14
rinon	-0,12

En la clase 3 aparecen como importantes verbos de acción y en el tiempo presente, así como sustantivos que demuestran la relación del adulto mayor y su familia, siendo fuente de apoyo para que la persona sobrelleve el tratamiento de la hemodiálisis. Los elementos cambio (Phi 0,29), esposa (Phi 0,26), pasaje (Phi 0,25), trabajo (Phi 0,25), apoyo (Phi 0,21), sus (Phi 0,19), son representativos de esta clase.

Los siguientes extractos de Unidades de Contexto Elementares (UCE) seleccionados se asocian de manera típica a la clase 3:

uce n° 14 Phi = 0,05 uci n° 1: *ind_01 *edad_01 *sexo_01 *ocup_02 *proc_01 *gi_02 *tt_1 (primero) me (cuidaba) (mi) (esposa), (porque) me veía que estaba todavía como (quien) dice adolorido, luego, (mi) (hija) me dio (una) propina, (pero) (ellos) no tenían (trabajo) y yo solo jodia. me iba por el mercado (en) (mi) silla (de) ruedas (a) pedir colaboración, al-menos para (mis) (pasajes), (pero) (poco) me daban. (mi) (hijo) se fue (a) (trabajar) y me dijo que (de) (donde) este me iba (a) (mandar) (dinero) y hasta (ahora) lo ha (cumplido).

uce n° 186 Phi = 0,05 uci n° 8: *ind_08 *edad_01 *sexo_01 *ocup_02 *proc_01 *gi_02 *tt_1 *K_3 no me (siento) (una) (carga) para (mi) (familia), (porque) (en) (su) momento yo (les) di (a) (mis) (hijos), (ahora) (ellos) (están) correspondiendo, por (eso) no pienso-que soy (una) (carga). al (principio) (de) (repente) pensaba que era (una) (carga) (porque) (mi) (esposa) me tenía que dar (de) comer, me bañaba (pero) (ahora) no.

uce n° 159 Phi = 0,05 uci n° 7: *ind_07 *edad_01 *sexo_01 *ocup_02 *proc_01 *gi_04 *tt_2 *K_2 pregunto las (cosas) que no entiendo (a) (los) médicos. no me (siento) (una) (carga) para (mi) (familia) (porque) somos (una) (familia) (muy) unida, (en) (su) momento yo (les) (ayudado) (también), (mi) (esposa) (vende) (sus) tortitas, (su) tortita helada (allá) (en) (pacora) se recursea.

uce n° 220 Phi = 0,05 uci n° 10: *ind_10 *edad_01 *sexo_02 *ocup_02 *proc_01 *gi_02 *tt_1 *K_2 por el miedo que me vaya (a) quemar, (porque) no tengo (hija) (mujer). (eso) me frustra, me (siento) (una) (carga) para (mi) (familia) yo lo (siento), (porque) no tengo (hija) (mujer) sino son cuatro (hijos) varones no hay (quien) me diga, mama que necesitas, que (te) (hago) o como (te) (cuido), yo (por-ejemplo) (de) aquí (tengo-que) (irme) (a) calentar (mi) comida.

uce n° 237 Phi = 0,05 uci n° 11: *ind_11 *edad_01 *sexo_02 *ocup_01 *proc_01 *gi_02 *tt_2 me iba (a) (vender) (porque) me daba la (oportunidad) (de) (conversar) con (mis) (amigas). yo me iba (a) (vender) y (te) diré que cansada (una) (duerme) tranquila, (porque) cuando no (trabajas) estas (pensando).

uce n° 375 Phi = 0,05 uci n° 19: *ind_19 *edad_01 *sexo_02 *ocup_02 *proc_01 *gi_02 *tt_2 después (mis) (hijos) me dijeron que ya no (trabajara), y no pude (hacerlo) mas, (pero) me (siento) (una) (carga) para (mi) (familia), (porque) ya todos son casados y yo no voy-a estar pidiéndoles (a) (ellos), tienen (sus) propios (gastos) y me da (mucho) (vergüenza) pedirles.

uce n° 346 Phi = 0,05 uci n° 17: *ind_17 *edad_01 *sexo_01 *ocup_02 *proc_02 *gi_03 *tt_2

*K_3 vivimos (de) un garaje que/ tenemos, por el momento (mis) (hijos) no me (apoyan), (pero) no (porque) no me/ quieren (apoyar), sino que yo no (los) (molesto), (ellos) tienen (sus) propios/ (gastos) con (sus) (familias), no me (gusta) molestarles.

uce n° 177 Phi = 0,04 uci n° 8: *ind_08 *edad_01 *sexo_01 *ocup_02 *proc_01 *gi_02 *tt_1 *K_3 ... (tome) la decisión (de) (irme) (a) (mi) (pueblo), al (principio) (de) (mi) tratamiento (venia) con uno (de) (mis) (hijos) y (mi) (esposa), (pero) gastábamos mucho (pasaje), entonces (les) solicite que me dejen (ir) solo para probar, y comencé (a) (venir) solo al tratamiento.

uce n° 110 Phi = 0,04 uci n° 5: *ind_05 *edad_01 *sexo_01 *ocup_02 *proc_02 *gi_02 *tt_1 con (mi) (familia) me porto bien, con (mis) (hijos) me porto (muy) bien, y (ellos) (también) me atienden (en) (casa), me (van-a) (ver), me (traen) al tratamiento, (ellos) me (apoyan) (en) ese sentido.

uce n° 92 Phi = 0,08 uci n° 4: *ind_04 *edad_01 *sexo_01 *ocup_02 *proc_02 *gi_03 *tt_2 después puse más-de mi (parte), (cada) día más (fuerte) y ahora ya me siento (bien), no siempre mi familia puede acompañarme y yo vengo con la otra (paciente). el (trato) que (recibo) de (las)

(enfermeras), siento que (es) (igual) (para) (todos) los (pacientes), no (importa) ser (jóvenes) (o) (mayores), porque (son) (personas) que también (han) pasado (por) lo mismo que yo estoy pasando.

La clase 4 estuvo formada por 86 uce respectivamente, con 70 palabras analizables. Esta clase tiene una significancia estadística de 19% total.

Cuadro 4: Elementos significantes de la Clase 4 Alceste.

Présence Φ (Phi)	
vivi	0,37
edad	0,34
adelante	0,33
seguir	0,30
dios	0,29
content	0,27
sigo	0,26
alegr	0,25
nietos	0,25
voluntad	0,25
pese	0,23
sola	0,23
vida	0,23
esper	0,23
solo	0,19
real	0,19
fuerza	0,19
verdad	0,19
estar	0,18
vivo	0,16
Absence Φ (Phi)	
doctor	-0,16
si	-0,14
hinch	-0,13
hemodializ	-0,14
un	-0,13

En la clase 4 aparecen como importantes verbos de acción y en el tiempo presente, así como sustantivos que demuestran como el adulto mayor encuentra una conexión con la dimensión espiritual ante el proceso de una enfermedad que no tiene cura, pero si un tratamiento para seguir viviendo. Los elementos viví (Phi 0,37), edad (Phi 0,34), adelante (Phi 0,33), seguir (Phi 0,30), dios (Phi 0,29), contento (Phi 0,27), son representativos de esta clase.

Los siguientes extractos de Unidades de Contexto Elementares (UCE) seleccionados se asocian de manera típica a la clase 4:

uce n° 431 Phi = 0,05 uci n° 22: *ind_22 *edad_01 *sexo_02 *ocup_02 *proc_01 *gi_02 *tt_1*K_4 (solo) me (queda) pedir a (dios) que tenga (fuerzas) para (resistir). mientras me hemodializo le (pido) a (dios) que me ayude para (seguir) (adelante), (soportar) las tres horas que (estoy) aquí, que (este) (tranquila) que no me pase (nada).

uce n° 208 Phi = 0,06 uci n° 9: *ind_09 *edad_02 *sexo_01 *ocup_02 *proc_01 *gi_02 *tt_2 el (trato) que (brindan) en la (clínica) (es) (igual) (para) (todos) los (pacientes), no (hay) distinción (entre) (nosotros), (es) (igual), no dejaría mi tratamiento porque (es) la vida de uno, yo (le) (pediría) a dios que me de más vida.

uce n° 603 Phi = 0,06 uci n° 32: *ind_32 *edad_02 *sexo_02 *ocup_02 *proc_02 *gi_02 *tt_1 *K_1 si no me hemodializo me hincho y puedo morir, lo-que dios manda. yo no me (cambiaría) de tratamiento, (prefiero) venir a hemodializarme y que (ustedes) me hagan el tratamiento a realizarlo yo, me (quedo) (acá), me siento más (segur) todo el (personal) (es) bueno, (atiende) a (todos) (por) (igual) no (hay) (diferencia).

uce n° 578 Phi = 0,03 uci n° 30: *ind_30 *edad_03 *sexo_02 *ocup_02 *proc_01 *gi_01 *tt_1 (esta) (edad) (ya) me siento cansada, me (duelen) los (huesos), me (duelen) las (manos), (ya) me siento cansada, (ya) no soy (la) de antes, (llega) un (momento) que todo nos afecta y (mas) por (esta) (enfermedad) que tenemos.

uce n° 294 Phi = 0,03 uci n° 14: *ind_14 *edad_02 *sexo_01 *ocup_02 *proc_01 *gi_03 *tt_1 *K_3 me he vuelto (mas) ordenado y disciplinado, eso me ayuda espiritualmente, porque yo era una persona muy impetuosa quería (hacer) lo-que me gustaba sin cuidarme, ahora me cuido mucho. (la) (verdad) es que no (quiero) morir, sé que (va-a) (llegar) ese (momento), pero no (quiero) que sea ahora, (ya) a mi (edad) mucha gente (esta) en el (pasado) y (esperando) (solo) (la) muerte, pero yo (sigo) (aun), y (sigo) (luchando) para (vivir) (con) mi familia.

uce n° 417 Phi = 0,04 uci n° 21: *ind_21 *edad_01 *sexo_02 *ocup_02 *proc_01 *gi_02 *tt_1 *K_1 a (esta) (edad) yo (ya) (viví) mis (años), y ahora le (queda) a los (demás), (ya) yo (estoy) en (la) tercera (edad) y no (espero) (nada) (más).

uce n° 42 Phi = 0,04 uci n° 2: *ind_02 *edad_01 *sexo_01 *ocup_02 *proc_02 *gi_02 *tt_2 *K_4 cuando (estoy) hemodializando miro a los (demas) echados en (la) camilla entonces digo: yo (estar) en (este) grupo, (dios) (mio) (por-que)? (por-que) pienso asi? despues (ya) se quita (esa) idea de (la) mente, porque (al-menos) (sigo) (viviendo), (estoy) (con) (vida) (pese) a mi (edad) y eso me tranquiliza.el (trato) que (brindan) en la (clínica) (es) (igual) (para) (todos) los (pacientes), no (hay) distinción (entre) (nosotros), (es) (igual).

uce n° 50 Phi = 0,05 uci n° 2: *ind_02 *edad_01 *sexo_01 *ocup_02 *proc_02 *gi_02 *tt_2 *K_4 no desconfío que (dios) me (va-a) dejar, yo tengo fe que (uno) se (va-a) (sanar). (A) mi (edad) me siento (con) (mas) (fuerza), yo no me siento acabado, me siento (con) (mas) (fuerza) de (seguir) (viviendo), a veces pienso yo (estar) (con) (esta) (enfermedad) no puede-ser, me (resisto), pero después (pienso-que) (quiero) (seguir) (viviendo), me doy (ánimos) y (fuerzas).

uce n° 441 Phi = 0,05 uci n° 22: *ind_22 *edad_01 *sexo_02 *ocup_02 *proc_01 *gi_02 *tt_1 *K_4 (uno) a (esta) (edad) que (va-a) (esperar) (ya), (nada), (solamente) las bendiciones de (dios), y que (dios) nos dé (unos) (años) (más-de) (vida), (nada) (más). (A) los setenta años que vamos a (esperar)? (nada), (ya) no hay (nada) que (esperar), (solamente) (la) (voluntad) de (dios) eso es todo, ahora yo no puedo caminar (sola), me (duele) las (piernas) para caminar, camino una o dos cuadradas y tengo-que detenerme porque no puedo (seguir) caminando

uce n° 590 Phi = 0,04 uci n° 31: *ind_31 *edad_01 *sexo_02 *ocup_02 *proc_01 *gi_02 *tt_1 *K_4 yo pienso a (esta/) (edad) que voy-a (estar) en (este) tratamiento (hasta) que (dios) me diga (basta). Me siento (tranquila), pero a veces me (duele) (la) (espalda), me (duele) mis (piernas). (la) hemodiálisis me permite (estar) (mas) tiempo (con) mis hijas, (con) mi (esposo), (con) mis (nietos) y pasar (momentos) (alegres) (con) ellos, (estar) (tranquilos).

uce n° 27 Phi = 0,04 uci n° 1: *ind_01 *edad_01 *sexo_01 *ocup_02 *proc_01 *gi_02 *tt_1 (pero) todo ha (cambiado), (mi) vida ha (cambiado) (desde-que) me (enferme). para (mi), (desde-que) me quebré la cadera, no podía (salir) y me (acostumbré) (a) estar al lado (de) (mi) (esposa), ya no volví (a) (trabajar) y me (siento) (una) (carga) para (mi) (familia).

uce n° 206 Phi = 0,05 uci n° 9: *ind_09 *edad_02 *sexo_01 *ocup_02 *proc_01 *gi_02 *tt_2 (antes) del tratamiento (he) (trabajado), y (ahora) ya no, (porque) me dijeron la (chacra) está lejos, (te) vas (a) (ir) (solito), mejor hay que (vender) el terreno y lo (vendí). me (siento) (una) (carga) para (mi) (familia), yo decía (mi) (familia) (de) (donde) va sacar (plata), tratar (de) (vender) para (pagar), (porque) hasta prestaron (plata) en-el-momento.

uce n° 272 Phi = 0,03 uci n° 13: *ind_13 *edad_02 *sexo_02 *ocup_02 *proc_02 *gi_01 *tt_1*K_1 por eso que (ya) no (quiero) (seguir) (viviendo) es mucho dolor, (basta) (ya), me siento una carga para mi familia porque (solo) en mi cama paro, me da vergüenza decirles que tengo dolor y me aguanto (sola) el dolor, esto no es (vida).

uce n° 185 Phi = 0,05 uci n° 8: *ind_08 *edad_01 *sexo_01 *ocup_02 *proc_01 *gi_02 *tt_1*K_3 me (incomoda) que (mis) (hijos) (trabajen) y me den (dinero), yo como padre (debería) darles (a) (ellos), sin-embargo, (ahora) (ellos) pagan (mis) (pasajes), (los) (gastos) (de) la (casa) y todo, (mis) (hijos) se (hacen) (carga).

uce n° 580 Phi = 0,03 uci n° 30: *ind_30 *edad_03 *sexo_02 *ocup_02 *proc_01 *gi_01 *tt_1 ellos son (la) razón por cual (aun) (vivo) y también para (estar) (con) mi (esposo), por eso (dios) nos unió (hasta) (la) muerte, (ya) cuando (dios) me recoja (ya) me separo de todos ellos, no sé cuándo ira a ser ese día y (tampoco) se cuántos (años) iré alcanzar,

uce n° 95 Phi = 0,04 uci n° 4: *ind_04 *edad_01 *sexo_01 *ocup_02 *proc_02 *gi_03 *tt_2 (quiero) (vivir) mejor, sanarme, recuperarme, para (estar) mejor (con) mi familia, pero siempre hay algo que nos falta. yo no pienso (todavía) en (la) muerte, quien (va-a) querer morirse? siempre deseamos (la) mejoría y (seguir) siempre (dando) una sonrisa y sacar (la) (fuerza) que (uno) necesita, pero que vamos (hacer) así es (la) (vida), (solo) (tenemos-que) (seguir) (adelante), (pese) a (la) (edad) que tiene.

uce n° 348 Phi = 0,03 uci n° 17: *ind_17 *edad_01 *sexo_01 *ocup_02 *proc_02 *gi_03 *tt_2 *K_3 porque (este) tratamiento es caro y nos podemos/ hacernos cargo personalmente; (llegado) el (momento) (uno) tiene que/ resignarse a morir, (nada) (mas) no (queda) de (otra). me siento (conforme/) porque (ya) he tenido un gran recorrido en mi (vida), sesenta_y_siete_años/ no (ha)

(pasado) por (la) puras, pero (estoy) (soportando) el tratamiento de una/ manera (tranquila) los días que tenga que (vivir), (ya) (viví) y que voy (hacer/) si viene lo (peor).

uce n° 253 Phi = 0,05 uci n° 12: *ind_12 *edad_03 *sexo_02 *ocup_02 *proc_01 *gi_02 *tt_1*K_4 pero en (realidad) no (estoy) (tranquila). (quizá) físicamente (estoy) bien (con) el tratamiento, pero (estoy) triste por lo-que me (ha) (pasado), yo le (pido) a (dios) que me dé (la) fortaleza de (seguir) (adelante), que voy (hacer), el que siembra (vida), (solo) él sabe que nadie es (eterno) y nadie se vuelve (eterno).

uce n° 116 Phi = 0,06 uci n° 5: *ind_05 *edad_01 *sexo_01 *ocup_02 *proc_02 *gi_02 *tt_1 el sufrimiento de que uno se hincha, no puede comer (las) comidas, (prácticamente) ni (viajar), (para) ya no estar sufriendo (tanto) que dios me (recoja). no (hay) (ninguna) (diferencia) en el (trato), a (todos) (nos) (tratan) (igual), adultos y (jóvenes).

uce n° 273 Phi = 0,07 uci n° 13: *ind_13 *edad_02 *sexo_02 *ocup_02 *proc_02 *gi_01 *tt_1*K_1 vivir solo con (dolor) y callada (para) no preocupar a la familia. yo (le) (pediría) a dios estar (bien), (bien) y (poder) trabajar. (todas) (las) (enfermeras) y (personal) que (nos) (atiende) (aquí), (nos) (tratan) (bien) yes (igual) con (todos) los (pacientes), (atentos) con (todos).

uce n° 104 Phi = 0,04 uci n° 5: *ind_05 *edad_01 *sexo_01 *ocup_02 *proc_02 *gi_02 *tt_1 (actualmente) (ya) me acostumbre asimilo todo lo-que me pasa, (ya) no me tensiono y (ya) no me (preocupo) y yo sé que primero es (dios), después (la) (ciencia) y (sigo) (adelante), (ya) acepte mi (enfermedad) y (sigo) (contento) (adelante), (pese) a lo-que tengo.

uce n° 129 Phi = 0,04 uci n° 6: *ind_06 *edad_02 *sexo_02 *ocup_02 *proc_02 *gi_01 *tt_2 *K_3 cuando no (vengo), al toque me (pongo) mal. no quiero cambiarme (de) tratamiento, ya me (acostumbre) (en) esta máquina, que al inicio fue tan (difícil). (mi) vida ha (cambiado) después (de) la hemodiálisis, (en) (mi) (casa) tejía, (cocinaba), iba (a) (mi) (chacra), veía (a) (mis) (animalitos), así andaba yo, (ahora) ya no, (ahora) solamente (barro), (cocino), (pero) (cosas) livianas, (lavo) la ropita, (pero) ya no es como (mi) (tierra).

uce n° 74 Phi = 0,05 uci n° 3: *ind_03 *edad_02 *sexo_02 *ocup_02 *proc_01 *gi_01 *tt_1(mis) (hijos) (están) comprometidos, con (sus) (esposas), (mis) (hijas) (también), (pero) para verlos (otro) día más necesito estar viva; aunque (ellos) sean ingratos (porque) no me (van-a) (ver) todos (los) días, (pero) yo (si) quisiera verlos (a) todos, esa es (mi) motivación para seguir viva y con la hemodiálisis me (siento) más tranquila, yo (hago) (mis) (cosas) (en) (mi) (casa), (cocino), (lavo).

uce n° 389 Phi = 0,03 uci n° 20: *ind_20 *edad_01 *sexo_01 *ocup_02 *proc_01 *gi_02 *tt_2 *K_3 ahí (trabajan) (también) (mis) (hijos) y (de) lo-que tengo saco para comer, (si) no hubiera tenido (mi) empresa (ahora) no tuviera para comer, (mis) (hijos) no hubieran tenido para darme, gracias (a) dios que tengo (también) (mis) (chacras), (claro) que yo no lo (trabajo).

La clase 2 estuvo formada por 40 uce respectivamente, con 62 palabras analizables. Esta clase tiene una significancia estadística de 9% total.

Cuadro 5: Elementos significantes de la Clase 2 Alceste

Classe 2
3 classes avec leu

Présence Φ (Phi)	
igual	0,61
trat	0,51
paciente	0,38
diferencia	0,37
clinica	0,36
personal	0,34
mayor	0,33
brindan	0,33
atencion	0,33
atiend	0,31
joven	0,28
atento	0,26
enferme	0,25
pedir	0,25
salv	0,23
alivi	0,23
descans	0,23
diferente	0,23
persona	0,18
cambiana	0,17
Absence Φ (Phi)	
ano	-0,10
dia	-0,10
cosa	-0,10
doctor	-0,10
hemodialisis	-0,10

En la clase 2 aparecen como importantes verbos de acción y en el tiempo presente, así como sustantivos que demuestran como el paciente adulto mayor se siente en el lugar donde le brindan su tratamiento de hemodiálisis. Los elementos igual (Phi 0,61), trato (Phi 0,51), paciente (Phi 0,38), paciente (Phi 0,37), clínica (Phi 0,36), personal (Phi 0,34), son representativos de esta clase.

Los siguientes extractos de Unidades de Contexto Elementares (UCE) que fueron seleccionados se asocian de manera típica a la clase 2:

uce n° 364 Phi = 0,09 uci n° 18: *ind_18 *edad_01 *sexo_02 *ocup_02 *proc_01 *gi_02 *tt_2*K_2 se olvidan de mí. (aquí) en la (clínica) el (trato) que (brindan) (las) (personas) que (nos) (atienden) (es) (igual) (para) (todos), no (veo-que) haya (diferencia) (entre) (las) (personas) de (diferentes) edades, (es) (igual) (para) (todos).

uce n° 501 Phi = 0,08 uci n° 25: *ind_25 *edad_01 *sexo_01 *ocup_01 *proc_01 *gi_03 *tt_1*K_1 el (trato) que/ (nos) (dan) (acá) (es) (igual) (para) (todos), no (existen) (diferencias) si (son) (mayores/) (o) menores, quizá (por) la enfermedad el (trato) (del) (personal) (es) (igual), (todos) tenemos a veces molestias, (otros) pasamos tranquilos.

uce n° 150 Phi = 0,08 uci n° 7: *ind_07 *edad_01 *sexo_01 *ocup_02 *proc_01 *gi_04 *tt_2*K_2 (purifican) mi sangre a-través de la (máquina) y con la (atención) (tan) (amable) que (recibo) de (parte) de (ustedes) (las) (enfermeras) y de la (clínica), no sentimos (aliviados), alegres, actualmente (es) como una (bendición) de dios.

uce n° 66 Phi = 0,07 uci n° 3: *ind_03 *edad_02 *sexo_02 *ocup_02 *proc_01 *gi_01 *tt_1 actualmente estoy (bien) (para-que) me voy-a quejar desde-que (entre) a la (clínica), (son) (bien) cariñosas (las) (enfermeras), me aprecian, no me gritan, no me riñen, (nos) (tratan) a (todos) (por) (igual), (jóvenes) (o) (mayores), todo (bien).

uce n° 157 Phi = 0,07 uci n° 7: *ind_07 *edad_01 *sexo_01 *ocup_02 *proc_01 *gi_04 *tt_2*K_2 el (trato) (es) (igual) (para) (todos) los (pacientes), lógicamente que (cada) (paciente) (es) un universo (diferente), a algunos les gusta conversar, (otros) (son) más serios, a (otros) les gusta jugar, se (encuentra) de todo.

uce n° 222 Phi = 0,06 uci n° 10: *ind_10 *edad_01 *sexo_02 *ocup_02 *proc_01 *gi_02 *tt_1*K_2 durante el tratamiento siento que a nosotras (las) (personas) adultas (mayores) (nos) (dan) (mejor) (trato), yo en esta (parte) no me quejo, considero que siempre están (atentos) a (nuestro) cuidado, he (tenido) la buena (atención) de (todos), (nos) (tratan) (bien).

uce n° 456 Phi = 0,06 uci n° 23: *ind_23 *edad_01 *sexo_02 *ocup_02 *proc_02 *gi_03 *tt_1 me (da) miedo caerme y romperme los huesos. Cuando vengo a mi hemodiálisis (descanso), veo (televisión) no me pongo a pensar, yo no (cambiaría) este tratamiento, estoy (bien) (aquí), (nos) (atienden) (bien), (son) profesionales de la (salud), el (trato) (es) (para) (todos) (igual).

uce n° 378 Phi = 0,06 uci n° 19: *ind_19 *edad_01 *sexo_02 *ocup_02 *proc_01 *gi_02 *tt_2 el (trato) que (recibimos) en la (clínica) (es) (igual) (para) (todos), no (hay) preferencias (del) que tenga (o) no tenga, (las) (enfermeras) no se fijan en quien tiene y no tiene dinero (o) que tienes más (o) menos edad, (para) (ellas) (todos) (somos) (iguales).

Capítulo IV: (Re)significando la representación del adulto mayor, frente al tratamiento de hemodiálisis

Un problema social notable que ha tenido impacto en este siglo XXI es el envejecimiento acelerado de la población, observándose en las transformaciones relevantes de los perfiles demográficos y epidemiológicos, conduciendo a consecuencias para el sistema de salud, su personal y su presupuesto^{40, 43}.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 viejas o ancianas, y las personas que sobrepasan los 90 años, se les denomina grandes viejos o grandes longevos. Resalta que, a toda persona mayor de 60 años, se le llamará persona de la tercera edad⁴⁴. En esta investigación encontramos que el 68.7% de los adultos mayores oscilaban entre los 60 y 70 años clasificados como edad avanzada.

Las tendencias orientan que en los próximos diez años una mayor proporción de la población será considerada vieja, debido al envejecimiento poblacional a nivel mundial. La palabra “viejo” seguirá variando en su definición entre los países y las sociedades, de acuerdo con la cultura, las costumbres y ligada a la relación con otras variables, como la discapacidad o la demencia.³⁷

Es difícil ignorar esta realidad, dado que es inminente el crecimiento demográfico, la elevada incidencia en las estadísticas mundiales y, sobre todo, su impactante repercusión en la vida de las personas y la sociedad, exigiendo una llamada de atención a las políticas públicas y una mirada global del problema, con especial atención por los profesionales de las diferentes disciplinas.

La problemática del envejecimiento de la población asume similar tendencia en los países latinoamericanos, siendo uno de los factores que viene aumentando el número de pacientes en hemodiálisis. Para la OMS³ la ERCT está incrementada de manera considerable impulsada por el envejecimiento de la población, por el incremento de la diabetes mellitus y también la hipertensión. Se muestra una estrecha relación entre el incremento de enfermedades crónicas y el mismo proceso de envejecimiento poblacional, sumando a este

problema de salud pública las condiciones de comorbilidad asociadas al estilo de vida inadecuados de las personas (obesidad, sedentarismo, tabaquismo y etilismo)^{10,45}.

La enfermedad crónica renal terminal, es una enfermedad que no tiene cura, pero si un tratamiento; se caracteriza por la evolución lenta que tiene en el organismo durante varios años, la enfermedad se instala, convive con la persona y va dejando secuelas progresivas¹⁹.

Cuando la persona recibe el diagnóstico de una enfermedad, cuya gravedad implica riesgo de muerte, el mundo se derrumba alrededor de ella, la enfermedad y sus consecuencias obliga a replantear todo. Las personas se ven y se sienten solas ante esta situación, con un sin de preguntas inquietantes, pero sin respuesta: ¿por qué a mí?, ¿qué pasará ahora?, aún más se proyectan en un futuro inmediato y mediato, ¿cómo vivo ahora?, ¿moriré?; solo la persona que vive algo semejante conoce a ciencia cierta, lo que esto supone y lo que implica vivir con estas dudas y miedos, y levantarse por las mañanas sabiendo que a poco o nada va a cambiar o lo peor que todo puede empeorar.

Delimitándonos al Perú, en los últimos 50 años también ha pasado por una transformación demográfica donde la principal característica está siendo la expectativa de vida y el esperado envejecimiento de la población mayor o igual a 60 años; y en esta perspectiva se prevé para el 2050, que la proporción de la población de 60 años a más, será del 21.8%, es decir, tres veces más, a lo observado en el año 2000¹. Si seguimos esta tendencia, es fácil imaginar cómo avanzaremos en el número de personas adultas mayores, que presentarán en el 2050, enfermedades crónicas, entre ellas, la ERCT.

No cabe duda, que el envejecimiento de la persona es un proceso universal, progresivo, continuo y natural donde la calidad de vida y la funcionalidad está verdaderamente relacionada con el estilo de vida, medio ambiente, el acceso y disposición de la oferta de servicios de salud. Dando como consecuencia a una situación demográfica social y económica, que requiere de respuestas activas de los diferentes sectores de la sociedad involucrando a la misma vez al sector salud para mejorar la temática del adulto mayor⁴⁶.

En esa comprensión respecto a la vejez, debemos asumirla como una fase del ciclo de vida, donde cada persona tiene sus episodios personales, algunas más agradables que otras,

que se presentan en forma gradual, de acuerdo a sus factores personales, actitudes y circunstancias que rodean su vida. Asumiéndola como un conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psico- sociológicos, que, si bien es cierto, el paso del tiempo ocasiona daños de forma definitiva, también es posible superarla con mayor funcionalidad para los adultos mayores si la atendemos oportunamente⁴⁷.

Asumiéndola de esta manera, el envejecimiento se torna en un proceso complejo que requiere de múltiples estudios que la profundicen y de esta manera aportar con respuestas que promuevan al envejecimiento saludable. De esta manera se contribuye para una imagen positiva del adulto mayor donde se expongan las bondades de esta etapa y se resalten valorativamente su contribución, obteniendo la misma oportunidad de crecimiento, de desarrollo, aprendizaje y nuevas experiencias como cualquier otra etapa de vida, pese a las limitantes que pueda imponerle la edad⁴⁴.

Si bien es cierto, en el Perú el envejecer es frecuentemente estudiado y experimentado fisiológicamente como una etapa de progresiva declinación en las funciones orgánicas y psicológicas, o como una pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas. También es cierto, que cada vez más existen disciplinas enfocadas en la promoción del envejecimiento y debemos asumirla como procesos con pérdidas propias a la etapa, pero que son vividas de manera diferente por cada persona, dado que el envejecimiento es personal⁴⁴. Ofreciéndonos una oportunidad a los profesionales de la salud para encararla positivamente.

No cabe duda, la relación que se establece entre el envejecimiento, con la presencia de las enfermedades no transmisibles, que pueden inducir alteraciones funcionales con mayor intensidad, sumándose al proceso de envejecimiento y a la situación social en la que vive el adulto mayor. Tornando este padecimiento en uno de los acontecimientos más representativos en la vida de las personas mayores que lo sufren, y que son vividas y reinterpretadas de forma individual, con repercusión social, lo que exige al personal de salud, ser vista como una experiencia que no puede ser evitada, más bien, precisa ser actuada con un enfoque globalizante⁶.

En ese marco, la investigadora optó por analizar en el presente trabajo las representaciones del tratamiento de la hemodiálisis como consecuencia de una ERC, vivido

por los adultos mayores, con la finalidad de analizar su significado e impacto para estas personas. Asumimos la hipótesis que vivir los procesos de enfermedad crónica, con tratamiento de hemodiálisis de por vida, a la vez, estar transitando por un proceso de envejecimiento, pueda interferir en sus relaciones y en la forma como la persona adulta mayor se comporta en su propio universo, considerando que es en éste contexto donde la persona reflexiona acerca de las cuestiones de su cotidiano, sus actitudes, sus sentimientos y perspectivas en relación a su propia vida¹⁰.

Este universo de la persona mayor de 60 años que recibe tratamiento de hemodiálisis, se muestra en la primera clase del dendograma -formando parte de las evidencias del presente estudio-, y vale decir, es la más importante dado que asume un 48% de las UCE, trayendo sentido de ese primer impacto ante una enfermedad que les confronta entre representaciones de vida & muerte; juventud & vejez; representación de un tratamiento de hemodiálisis -hasta entonces- desconocido para ellos, pero cargado de estereotipos y preconceptos que generan rechazo y sufrimiento inicial, con posterior negociación dado que es un tratamiento que viene para quedarse en sus vidas. Negociación que finalmente asume sentidos positivos al considerarla como un acontecimiento bendito, salvadora, milagrosa. En síntesis, un tratamiento que le otorga vida.

Enfocar el estudio en torno a la representación social, es decidir por una modalidad particular del conocimiento, cuya tarea es elaborar los comportamientos y la comunicación entre las personas. Es una organización de imágenes y de lenguaje, compuesta de figuras y expresiones socializadas. Es decir, una representación social, habla, muestra, comunica, produce y determina comportamientos. Es un conjunto de proposiciones, de reacciones y de evaluaciones referentes a puntos particulares, emitidos en una u otra parte, durante una encuesta o una conversación, en un diálogo colectivo, del cual necesariamente formamos parte, las que están organizadas de maneras sumamente diversas según las clases, las culturas o los grupos que existen¹⁵.

Las personas mayores que formaron parte de esta investigación, enfrentaron un proceso permanente de tratamiento de hemodiálisis, como consecuencia de la enfermedad renal crónica. Coincidiendo todos ellos en afirmar que el inicio fue traumático y desequilibrante, dado el desconocimiento de la enfermedad, su tratamiento y consecuencias; por la sintomatología invalidante que presentaban, caracterizado por vómitos, sueño, edema en todo el cuerpo, hasta inconciencia; así como, por el primer impacto con la máquina de hemodiálisis. En esta situación, ellos se sentían desahuciados y próximos a la muerte. Frente a la realidad planteada, el médico les presentó la posibilidad de realizarse el tratamiento de hemodiálisis, la cual la asumieron como un proceso necesario para la manutención de su vida.

Surge así una simbiosis vida & muerte indisoluble, destacando el término vida, como consecuencia de un procedimiento de sustitución de la función renal, en este caso corresponde a la hemodiálisis, condición sin la cual, sería imposible continuar vivo. En este proceso de negociación frente a lo desconocido que es el tratamiento de hemodiálisis, la persona asume mayor sentido, a la necesidad de sentirse vivo. Por lo tanto, el tratamiento pasa a verse como una estrategia compensatoria, frente a una sensación que existen situaciones aún más indeseables de lo que el propio tratamiento de hemodiálisis impone. Por este motivo, es más fácil aceptar el tratamiento de hemodiálisis^{10,49}.

Actualmente, la Hemodiálisis es uno de los tratamientos que se utilizan con mayor frecuencia, y consiste en el retiro de las toxinas de la sangre, a través de la solución dialítica, ocasionando con mucha frecuencia cambios psicológicos, físicos, sociales, entre otros. El tratamiento de la hemodiálisis, es un proceso altamente complejo y exigente, que implica cambios radicales en el estilo de vida de la persona, permitiendo prolongar su vida y garantizando su supervivencia, pero afecta la ejecución de sus actividades de la vida cotidiana y por ende su calidad de vida²⁰. La mayoría de adultos mayores iniciaron su tratamiento de HD por emergencia, y aceptaron el tratamiento para salvar sus vidas, estas personas son golpeadas por el cambio repentino en su vida diaria, suscitando en algunos, problemas emocionales negativos que pueden interferir en la adherencia al tratamiento de hemodiálisis, e incluso, puede llegar a un serio temor a la muerte. Cada uno experimenta su modo único de la enfermedad y desarrolla su manera de enfrentar y vivir con el problema.

Los años de supervivencia que actualmente ofrece el tratamiento de hemodiálisis en personas con ERCT enseñan la necesidad decisiva de delinear estrategias encaminadas no sólo a lograr una mayor cantidad de años de vida, sino también, brindar más vida a esos años. Para ello se requiere tomar en cuenta las variables psicosociales de la ERC⁶. Vale decir que la sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión, informa que la tasa de supervivencia de diálisis es de casi el 80% para un año, 64% durante dos años, 33% después de 5 años y 10% durante 10 años⁵. En este estudio el 65% de las personas adultas mayores tienen entre 1 a 3 años en el tratamiento de HD.

Frente a estas estadísticas proporcionadas por los especialistas, cabe resaltar la importancia de su estudio, especialmente en la mirada cualitativa que recoge las manifestaciones de la propia persona. En este caso, el adulto mayor que representa al tratamiento de hemodiálisis ligada en primera instancia a la sobrevivencia, a la salvación, o de otro modo, al prolongamiento de la vida. Antes de llegar a esta aceptación, la persona adulta mayor que recibe tratamiento de hemodiálisis, pasa por características bastante distintivas con este tratamiento, generando una relación compleja, acompañada de contradicciones y ambigüedades relacionados con su proceso de vida, como son la etapa de la misma vejez y su sentido personal de lo que es la vida, y lo que es la muerte, para ellos^{10,45,49}.

En estas circunstancias la hemodiálisis pasa a ser representada como una mixtura de sentimientos entre amor y odio, ya que las personas necesitan este tratamiento para seguir viviendo, garantizando su vida, pero a la misma vez los vuelven dependientes de la tecnología. Por esta razón se identifica binomio ambivalente como la vida y la muerte, entre los símbolos asignados a la hemodiálisis y vinculado tanto en sobrevivir en la obligación²⁸.

La hemodiálisis fue vinculada a la sobrevivencia y a la obligación. La sobrevivencia surge como significación mayor para el tratamiento, considerada una posibilidad de la manutención de su existencia y conflicto con una situación inminente de muerte. Y la obligatoriedad fue marcada por la falta de otras opciones terapéuticas para la enfermedad renal. Hemodiálisis fue marcada por el simbolismo de la máquina, por proporcionar a los portadores la continuidad de la vida. La hemodiálisis es necesaria para la manutención del

bienestar de estas personas, más allá, de traer una realidad sufrida para el enfermo y estar marcada por consecuencias relativas al tratamiento, éste también fue considerado difícil, arduo y repleto de restricciones. Así, en esta investigación las personas consideran a la ERC como sinónimo de riñón paralizado y lo refieren como pesadilla⁵⁰.

Para Moscovici, son estas categorías los rótulos que dan sentido al objeto estudiado. Siendo en la construcción de la realidad social, donde concurren los universos de pensamiento clasificado como reificado y consensual. En los universos reificados se produce y circulan las ciencias y el conocimiento técnico. Ya los consensuales corresponde aquellos donde, a partir de la reificación y de los procesos de anclaje y objetivación, son elaborados las representaciones sociales⁵¹.

Los pacientes experimentan la enfermedad renal crónica como una ruptura que tenían con la vida, el hecho de realizarse una fistula arteriovenosa o colocarse un catéter de alto flujo para hemodiálisis representan la inclusión en el mundo de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal, las marcas dejadas en el cuerpo de la enfermedad y el tratamiento son vistos como el sello distintivo de los cuales son enfermos renales crónicos⁵².

Diversas investigaciones, señalan que la hemodiálisis está orientado a una representación simbólica de la máquina y para la proximidad de la muerte. A este binomio vida & muerte, no solo alineado en el sentido de lo que representa el tratamiento de hemodiálisis para la persona mayor, sino también se muestra relacionada como un elemento ambiguo y contradictorio a la proximidad con la muerte durante el proceso del tratamiento. Es decir, hay un sentido de muerte en el recibir o no tratamiento de diálisis, pero también está relacionado con los riesgos que exige el tratamiento. Y es que, en muchas ocasiones, ellos han acompañado situaciones críticas de otras personas, que han llegado hasta la muerte durante el procedimiento^{10,45,49,50}. Como consecuencia la posibilidad de morir es un elemento constante, si no se realiza el tratamiento, como también durante el procedimiento del mismo. Más allá de la convivencia con la muerte por consideraciones propias a la enfermedad y tratamiento, la persona aprende a asumir el tratamiento como un acto bendito, milagroso, de salvación. Simplemente donador de vida.

A nivel de América Latina, se han estudiado el significado e impacto del tratamiento de la hemodiálisis para el adulto mayor, coincidiendo en una ambigua representación entre la vida y la muerte. El tratamiento significa la esperanza de conservar la vida, y al mismo tiempo su ausencia se consideraría la muerte. La hemodiálisis es representada como un procedimiento necesario para la supervivencia, y pese a los efectos del mismo procedimiento es percibido como “salvador”. Este estudio también revela a la hemodiálisis con un significado de bienestar para el adulto mayor, representando una mejora en su calidad de vida, y permitiéndole llevar actividades en su vida diaria que antes del tratamiento no era posible. Los autores señalan que la comprensión del significado y sentido de la hemodiálisis y sus consecuencias fisiológicas y psicológicas para personas de edad avanzada, puede ser un apoyo para el equipo de salud, para hacer frente a la enfermedad y adaptarse a las situaciones difíciles del tratamiento hemodialítico^{10,45,52}.

El sentido y significado puede ser estudiado desde diferentes enfoques, en ésta investigación se viene haciendo desde la orientación psicosocial - teoría de la representación social. Según esta teoría, la representación debe ser tomada como un objeto de estudio, donde el individuo o grupo piensa, organiza y comparte un fenómeno dado; validando el conocimiento diseñado y construido a partir de la experiencia en su vida diaria. Todas las personas tienen y utilizan este tipo de conocimiento para organizar la experiencia cotidiana e incluso interactuar y actuar frente a ella⁵³. Es importante enfocar que la teoría se construye en la realidad de la vida cotidiana, mediante procesos de interacción y comunicación, cuya significación se va formando con el predominio del contexto histórico-social, económico y cultural, a partir del cual la persona o sociedad, conforma la memoria colectiva y la identidad de la propia sociedad frente a un objeto social¹⁵.

Esta teoría nos permite explorar los modos y los procesos de configuración mental de la hemodiálisis, por los adultos mayores, enfocada en el pensamiento social, que determinan las distintas representaciones de la dinámica social de la persona, la familia y la comunidad.

Cuando los adultos mayores son diagnosticados con ERCT y por ende tienen que recibir un tratamiento como es la hemodiálisis; al inicio por desconocimiento, tanto del familiar como del sujeto no aceptan la terapia, poco a poco ellos reciben orientación del

médico tratante quien les informa sobre la enfermedad y el tratamiento, también reciben información de su entorno, familiares y amigos; así forman un conocimiento elaborado socialmente de su realidad, una vez que aceptan ingresar a la hemodiálisis, ellos adquieren experiencias, reciben información y aumenta su conocimiento convirtiendo a ese conocimiento consensual en un conocimiento conceptual con fundamento.

La representación social, constituye entonces el resultado de un proceso de transformación de aquello que no es familiar, ni conocido, en algo familiar y particular. Cuya función básica es la integración de lo nuevo, que es obtenida por medio de dos procesos interligados: el anclaje y la objetivación. El anclaje transfiere lo desconocido para el esquema de referencia por medio de la comparación y de la interpretación; a su vez, el proceso de objetivación reproduce lo desconocido, entre lo que es visible y tangible. Así surge una nueva representación social, delante de un nuevo objeto, por medio de la materialización de una entidad abstracta que fue ancorada por la clasificación y la nominación⁵⁰.

Un estudio realizado en Brasil por Costa²⁸ representa a la máquina como una “amiga”, pues si no las tuviesen ya estarían muertos. Y una de las entrevistadas de este estudio asume la misma connotación de amistad, colocándole el nombre de “milagros”, porque para ella “es un milagro que alivie el dolor, que le otorgue descanso y esperanza por vivir”. Sin embargo, en otra investigación brasilera las personas representan a la ERC como una pesadilla⁵⁰.

La actitud que se asume frente a esta realidad es diferente para cada persona, dependiendo del conocimiento del senso común acerca de la enfermedad renal y en el grado de conocimiento y/o desconocimiento focalizado en las causas que ocasionan la enfermedad renal, bien como en el tratamiento y sus dificultades. No cabe duda que la hemodiálisis es un procedimiento para evitar la muerte, sin embargo, pese a ser un recurso importante para la supervivencia, también conlleva considerables dificultades para aquellos que además conviven con los obstáculos inherentes al propio proceso de envejecimiento.

Esta clase nos permite analizar el primer impacto del adulto mayor que vive el inicio del tratamiento de hemodiálisis, causándole un gran impacto emocional del que nacen respuestas físicas, cognitivas y conductuales amenazando las habilidades de afrontamiento

de la persona que lo vive, de los familiares y las personas que forman parte de su entorno social. Pasado este primer proceso de tornar familiar lo no familiar, la persona enfrenta un confronto entre vida y muerte dada las características del tratamiento en sí, pero también el proceso que le es inherente, quien superando diversos estereotipos y preconceptos construidos frente a este tratamiento logra establecer una relación positiva y productiva con el tratamiento de hemodiálisis.

Esta primera clase se basa fundamentalmente en la persona que vive la experiencia de salud-enfermedad, sin embargo, en la complejidad de la persona y en particular la persona adulto mayor en estudio, tiene una convivencia socio-familiar, que a la vez está influenciada por aspectos socio cultural, que van determinando un significado y un sentido diferente a la convivencia. Se asume concepciones basadas en el imaginario social, la persona y la familia del adulto mayor construyendo una realidad basada en ciertos estereotipos, mitos y preconceptos, frente al tratamiento de hemodiálisis y a la condición de ser viejo, que muchas veces fomentan actitudes confrontacionales entre los miembros de la familia⁵⁴.

Éstos y otros aspectos han sido recogidos como parte de los resultados del tratamiento ALCESTE, y corresponde a la segunda clase con mayor importancia en este estudio con un 24% de presencia de UCE. El sentido que asume esta clase corresponde a la dinámica familiar frente a uno de sus integrantes que presenta enfermedad crónica y además recibe tratamiento de hemodiálisis, lo que genera atención especial para su cuidado. Pero resalta, sobre todo, los sentimientos que asume esta realidad para la persona que vive el tratamiento, asumiéndose como una carga para su familia, por la fragilidad y dependencia con la cual se representa y que, sin duda, obstaculiza no solo sus relaciones con la familia, frente la necesidad que alguien la cuide, sino también con la sociedad por la limitación económica que presenta, impidiéndole tomar decisiones propias.

Tornándose a la hemodiálisis como una forma de tratamiento que altera el estilo de vida, aprisiona y limita las acciones de la persona, comprometiendo su libertad y convivencia social a consecuencia de un procedimiento rutinario, diversos estudios enfocan tanto en hombres y mujeres mayores que reciben este tratamiento, modificaciones en su convivencia

familiar y su círculo de amigos, por situación generada como consecuencia del tratamiento hemodialítico^{28,45}.

Esta modalidad terapéutica genera frustración y limitación en la mayoría de las veces, toda vez, que se acompaña de diversas prohibiciones, como el cumplimiento de una dieta asociada a restricciones hídricas y la modificación en la apariencia corporal, en razón de la presencia del catéter para acceso vascular o la fistula arteriovenosa. Generando dependencia de la aseguradora social, y necesidad de la adaptación ante la pérdida de la autonomía, aún más, un sentimiento ambiguo entre miedo de vivir y de morir⁴⁵.

Si bien es cierto, la hemodiálisis es una alternativa importante para la manutención de la vida de la persona enferma, asumiendo a la máquina, como un equipamiento imprescindible a su vida, y asumiendo estrategias de relacionamiento para tornarla armoniosa⁴⁹. No siempre, esté deseado equilibrio se logra. Al contrario, es vista como una experiencia debilitante, y a veces, descrita como una situación de dependencia y de pérdida de autonomía, pues genera algunas dificultades para el propio cuidado, el trabajo y otras mayores aún para establecer relaciones con el entorno.

Diversas UCE de la presente investigación colocan en evidencia esa experiencia debilitante, no necesariamente por su circunstancia de adulto mayor, sino por la propia enfermedad renal y la hemodiálisis, representando una alta fragilidad que le torna dependiente del otro -especialmente su familia, sin limitarse también, a la dependencia de la máquina²⁸. Al parecer las condiciones crónicas tienden a manifestarse de manera simultánea y con mayor expresión en los adultos mayores, si tales expresiones no son tan extremas, pueden comprometer de manera significativa la calidad de vida. Como resultado puede surgir un proceso incapacitante, la cual afecta la funcionalidad del adulto mayor, consecuentemente el desempeño de sus actividades cotidianas⁵¹.

Estas actividades cotidianas, colocan frecuentemente enfrentadas al adulto con la familia. Para Araujo⁵¹, la vida familiar constituye un espacio importante para la elaboración de un destino común, para el madurecimiento de un saber sobre el espacio, el tiempo, la memoria, la transmisión de conocimiento e informaciones. Los aspectos positivos o negativos

vivenciados en este contexto domiciliario con otros familiares influyen en su condición de tranquilidad y/o desasosiego en el

adulto mayor, tornándolo seguro o a veces temerosos e inseguros delante de la propia familia. En este último caso se observa que la convivencia cotidiana entre mayores y familiares puede contribuir para la instalación del proceso de fragilidad o puede influir para la elaboración de esta representación social del adulto mayor.

Comprender que la vejez es una fase de dificultad -incluso- para comprenderse el mismo adulto mayor y muchas veces entre la familia, en la cual el individuo puede necesitar de más cuidados y apoyo familiar. El proceso de cuidar de la persona mayor depende de la integración de las relaciones familiares, de la disponibilidad de recursos personales y externos en diferentes momentos y situaciones, y de la historia anterior de relacionamiento con el adulto mayor⁵¹.

En este estudio, el adulto mayor se representa como una carga familiar por las consecuencias de la enfermedad y el tratamiento de hemodiálisis, consecuentemente lucha por valerse por sí mismo -sobre todo-, al inicio de su enfermedad. Sentir que tiene que depender de otro miembro de la familia, especialmente sus hijos, lo hace sentirse frágil y vulnerable para tomar decisiones que implica su cuidado. Sobre todo, porque teme alterar la vida de sus hijos -que en su percepción-, tienen muchas preocupaciones que resolver, y ellos no quieren darle una preocupación adicional con su cuidado. Los adultos mayores se siguen preocupando constantemente por sus hijos que, aunque ya mayores, para ellos siguen siendo sus niños; a la misma vez temen interferir dificultando aún más la vida de su familia. Sin embargo, consciente e inconscientemente existe una relación de interdependencia emocional y económica entre ellos²⁸.

Es conocido que la instalación de una enfermedad crónica en la familia, potencia positiva o negativamente las relaciones pre existentes. Estas relaciones generalmente están influenciadas por diferentes estereotipos y preconceptos que circulan en los miembros de la familia, alrededor del valor de la propia persona (y su etapa de vida), así como la(s) funciones que ella desarrolla. A su vez, la persona mayor al enfrentarse al padecimiento crónico, van

organizando sus actividades y prácticas cotidianas, de acuerdo a las condiciones que le otorga la familia²⁸.

Esta actitud, asumida por los miembros de la familia, responden a la manera cognitiva como ellos van construyendo su realidad familiar. Como señala Moscovici, una representación social, es un modo de pensamiento siempre ligado a la acción, a la conducta individual y colectiva, una vez que ella crea al mismo tiempo las categorías cognitivas y las relaciones de sentido que son exigidas⁵¹. Es decir, las personas asumimos actitudes que en la acción de relacionamiento reflejan de una u otra forma dicha representación.

Esta representación se infiere a través de los procesos de objetivación y anclaje, “sentirse una carga familiar” genera una actitud en el adulto mayor, de ocultar sus dolores, malestar y/o necesidades, solo con el objetivo de no “molestar” o “incomodar” a los hijos, tal cual lo señalan algunas UCE de esta investigación. Esta representación, se transforma en algo familiar y concreto, mostrando que, más allá de la definición científica encontrada en los universos reificados, sentirse carga familiar, puede ser resignificada y construida dentro de universos consensuales. Para los adultos mayores de este estudio ser una carga familiar, representa de modo general, una condición relacionada a la presencia de las consecuencias del tratamiento de hemodiálisis, y los cambios que ella genera en su vida cotidiana: ceñirse a una dieta rigurosa como parte de su tratamiento, ser atendida por su fragilidad posterior al tratamiento de hemodiálisis, hasta buscar compañía “obligada” de algún familiar y/o conocido, para trasladarse dos o tres veces por semana para realizar su tratamiento de hemodiálisis.

El tratamiento por hemodiálisis juntamente con el avance de la enfermedad renal crónica, causan limitaciones y prejuicios en el estado de salud de la persona. Estas limitaciones principalmente de orden física, aumentan con el avance de la enfermedad, pues la persona mayor evidencia cada vez más, la fragilidad consecuencia del proceso de envejecimiento y están más sujetos a las concurrencias de las múltiples comorbilidades⁴⁵.

Se identifican cuatro necesidades básicas para los pacientes geriátricos enfrentando situaciones que puedan llevarlos a la muerte: a) la manutención del sentido de sí mismo; b) participación efectiva en las decisiones relacionadas a su enfermedad y a su vida; c) tener la

certeza de que su vida aún tiene valor para los suyos; y d) recibir tratamiento y cuidado adecuado. Sin duda, la familia tiene un rol protagonista para cubrir estas necesidades⁴⁵.

Pero no es fácil, lograr esta meta, sobretodo, en un proceso de enfermedad cuyo tratamiento -como la hemodiálisis-, exige no sólo tiempo y disponibilidad de la familia, sobretodo exige recursos económicos para cubrir necesidades de traslado cotidiano a los centros de tratamiento. Varios estudios relacionados al objeto de investigación, recogen evidencias de las grandes dificultades financieras, extensivas al núcleo familiar, principalmente ocasionada por las limitantes para trabajar normalmente, más aún, que en este caso, es una persona con afección renal y en etapa de adultez mayor, lo que genera dificultades para la adquisición de alimentos dentro de un patrón dietético recomendable y cubrir las necesidades mínimas de atención para el traslado de la persona hemodializada y acompañante²⁸.

Esta realidad tornada “familiar” para el adulto mayor hemodializado, genera una representación social de dependencia, y carga familiar, incorporada por las circunstancias de vida de esta persona. La representación social del tratamiento de hemodiálisis elaborada por estos pacientes corrobora la necesidad de soporte emocional, una vez que esa representación fue basada en la objetivación y anclaje construido por su propia realidad. Destacando cuestiones como no alterar la vida de sus propios hijos, toda vez que ellos tienen su propia vida^{28,50}.

Según la teoría de la Representación social, las personas mayores pueden ser vistas como actores sociales y, por eso, acaban construyendo teorías de senso común las cuales, en parte, sirven para explicar esos fenómenos por ellos representados y, de otra pueden sustentar sus prácticas sociales en relación a como relacionarse con la familia y la sociedad, frente a su enfermedad⁵¹.

Por lo tanto, las representaciones pasan a desempeñar un rol muy importante en la práctica y la dinámica de las relaciones sociales, explicando los procesos cognitivos y sociales con las cuales se enfrenta el adulto mayor y la familia ocasionado por el tratamiento de hemodiálisis, por lo tanto, es interesante conocer la forma en la que el adulto mayor (sujeto social)¹⁷ enfrenta el proceso de una enfermedad crónica y lleva un tratamiento de por

vida como es la hemodiálisis, los acontecimientos de su vida cotidiana, las características de su entorno, las informaciones que circulan a su alrededor, las personas de su entorno y el trato hacia él. Es decir, el conocimiento común proveniente de su experiencias, de la información, la socialización y educación, lo que Jodelet¹⁸ denomina como conocimiento práctico, dado que se forjan las evidencias de su realidad consensual y participa en la construcción de su realidad, en el desarrollo de su identidad personal, y búsqueda de sentido o construcción del conocimiento de sentido común¹⁵.

En el marco de la teoría de las representaciones sociales, el sujeto elabora el objeto en estudio, a la luz de las relaciones colectivas, es un ser activo que no piensa individualmente acerca de los objetos, pero sí lo hace junto a su grupo al cual pertenece⁵⁵. En esta investigación el grupo de adultos mayores que reciben tratamiento de hemodiálisis, construyen saberes sobre su terapia, desde el momento de su ingreso, siempre en relación con el colectivo de su entorno, ya sea familiar, amigos, u otros. Estas representaciones sociales, son construidas en torno a tres dimensiones: 1) la actitud (tomada de posición en relación a un objeto); 2) la información (cantidad y calidad de conocimiento respecto del objeto social); y 3) el campo de la representación (estructura que organiza y jerarquiza los elementos de las informaciones aprehendidas y reelaboradas). El análisis de estas tres dimensiones posibilitan comprender la formación de las representaciones sociales en los grupos sociales y las comparaciones de sus contenidos⁵⁵.

En todos los procesos crónicos la actuación de la familia es fundamental. Son inevitables los cambios que se producen en este ciclo familiar, tanto en sus actividades de la vida diaria como en el estado anímico de los integrantes, pese a ello, es importante reconocer que su implicancia en la vida del enfermo renal, en sus tratamientos, en compartir sus inquietudes en las sesiones de hemodiálisis, en acompañarlo en las visitas médicas, y comprender los cambios de humor, será parte del proceso. Sobre todo, hay que dejar que la familia y amigos traten de ayudarlos en los malos momentos.

La familia es el cimiento de toda persona donde el paciente renal encuentra el apoyo que necesita para poder sobrellevar su enfermedad, es indudable que los enfermos que tienen un ambiente familiar adecuado, responden mejor al tratamiento, siguen mejor las dietas y sus

relaciones sociales son óptimas. Las enfermedades renales crónica puede desequilibrar las relaciones familiares, y será necesario tener mucha paciencia e ir adaptándose poco a poco a la nueva situación, y según sea la relación entre ellos habrá unos patrones diferentes de comunicación⁵⁶.

Cada integrante de la familia tendrá sus acciones y sus conductas que influirán en los sentimientos y pensamientos de los demás, si existe una buena convivencia se formará alianzas estratégicas que ayudan al paciente a conllevar el tratamiento y enfermedad, existiendo relaciones saludables reflejados en los integrantes, es por eso que es importante el rol que cumple o desempeña la familia ante la enfermedad y tratamiento⁵⁷.

Se evidencia en las entrevistas realizadas a los adultos mayores que muchas veces la familia sobreprotege al enfermo crónico renal hasta el punto de que ellos se llegan a sentir una carga para la familia, la cual es incapaz de realizar nada sin la familia, limitándolos con el miedo de que les ocurra algo, sintiéndose dependientes de otras personas, muchas veces con sentimientos de culpabilidad, enojo, desesperación e impotencia. Este es un punto muy importante donde los profesionales de salud deben ofrecer apoyo y solucionar las dudas familiares en relación al cuidado del enfermo crónico.

En la familia todos los integrantes ayudan en alguna u otra forma, pero siempre existe esa persona más cercana al paciente en quien deposita toda la confianza, que puede ser el familiar más próximo como el cónyuge, hijo o hermano; convirtiéndose en el cuidador principal asumiendo toda la responsabilidad y dedicación hacia el paciente, especialmente en los pacientes con grado de discapacidad que reciben cuidado del entorno familiar⁵⁸.

El adulto mayor en el tratamiento de hemodiálisis se siente más seguro y confiado cuando tiene el apoyo familiar, convirtiéndose en un factor directo que influye en el éxito o fracaso del tratamiento, obteniendo un impacto positivo y significativo en su salud y bienestar. Por ende, la familia se vuelve en un recurso significativo para poder sobrellevar la enfermedad siendo una fuente de apoyo por excelencia⁵⁹.

De manera general retomamos la idea que las representaciones sociales vienen a ser un conjunto de conocimientos, conceptos, ideas y explicaciones configurados a partir de las vivencias de las personas y a partir de sus relaciones interpersonales influenciadas en un

contexto social determinado (familia, comunidad, centro de trabajo, grupo, etc.), mediante el cual se orientan y movilizan sus comportamientos. Este conocimiento compartido socialmente, alude desde su concepción, no solo, al carácter eminentemente social de las representaciones, sino además a su naturaleza individual y psicológica⁶⁰.

La representación social¹⁷ siempre es una representación de algo y de alguien. Un objeto social, viene a ser un acontecimiento o una situación, que por su condición de novedoso o desconocido es considerado relevante para un grupo que vive en un contexto social determinado, originando la necesidad de ser conocido, comprendido e incorporado al sistema de referencia cotidiana. Ello genera el proceso de constitución o construcción de una representación social sobre "un algo por un alguien".

Es preciso tener en cuenta la existencia de los dos polos en esta relación, "alguien" que puede ser una persona, un grupo social, una población o una comunidad, y un "algo", genéricamente denominado como "objeto de representación".

En este proceso de construcción o reconstrucción, denominada subjetivación de una representación, se establece una relación entre sujeto y objeto social, modificándose mutuamente. El sujeto que se representa algo es el actor que de manera activa y creativa participa de la construcción del proceso representacional y además en el aquí y ahora de su vida, reconstruye al objeto de representación, a partir de su historia anterior, de las emociones y afectos que el objeto actualiza, por la posición que ocupa en la sociedad y por sus referentes actuales. Dado su carácter constructivo de la representación social, ambos tienen que ser tomados en cuenta. Se habla también de su carácter cognitivo debido a la integración a modo de proceso, del conjunto de informaciones y conocimientos que definen y caracterizan al objeto de representación. Este conjunto puede ser más o menos variado, estereotipado y productivo respecto al universo de posibles conocimientos.

Poseen también un carácter histórico, pues se refiere a sujetos, hechos y procesos sociales que tienen una naturaleza histórica. No pueden manifestarse desvinculadas de las condiciones históricas donde se han constituido, tampoco de la propia historia del objeto representado. Los contenidos y las características de una representación guardan relación

directa con las prácticas, valores y normas sociales prevalecientes en la historia del contexto particular donde se forman.

Frente a lo tratado en esta clase, podemos considerar que la familia a pesar de no haber sido un punto principal de este trabajo, apareció muchas veces en las UCE, tanto como una elucidadora de las construcciones de relacionamiento familiar relacionadas al tratamiento de la hemodiálisis, pero también como la principal red de apoyo para el enfermo. Delante de la importancia que posee, precisa cada vez más, ser comprendida como un elemento indispensable en el cuidado a la persona mayor que vive una enfermedad crónica y se encuentra en tratamiento de hemodiálisis⁵³.

En este trabajo emergieron diversos sentidos y significados en las UCE que ponen en evidencia la vivencia de esta nueva realidad, atribuyéndole significados diferentes a la enfermedad crónica y al propio tratamiento de hemodiálisis. Así en la clase cuatro del dendograma, enfoca que la mayor fortaleza del adulto mayor para superar los efectos y consecuencia del tratamiento de hemodiálisis es la fé y la religión que profesan. La cual les hace superar el dolor físico y la resignación frente a una inminente enfermedad y tratamiento, potenciado por el proceso de envejecimiento que vive la persona.

Una representación de la espiritualidad y religiosidad que permite superar a la persona adulta mayor, una resignación al proceso final de la vida caracterizado por la sintomatología de un envejecimiento que se agudiza y un dolor consecuente a la enfermedad. Una representación que (re)significa un proyecto de vivir.

El tratamiento hemodialítico es irremediamente necesario en las personas que padecen alguna enfermedad renal crónica terminal, un procedimiento necesario para continuar viviendo, pero esto no impide que otras acciones, de carácter simbólico, espiritual o religioso, se sumen al tratamiento y que, igualmente sean eficaces en su proceso. Justamente por ser una situación crítica, ambigua y de gran fragilidad para el paciente, es que ella propicia significaciones múltiples y la persona acciona una gama de regencias religiosas o espirituales disponibles para luchar con la experiencia. Se observa dentro de las estrategias de enfrentamiento de la enfermedad, expresiones de fé y manifestaciones espirituales ligadas

a las diferentes filiaciones religiosas de la persona enferma. La presencia de la religiosidad es una constante, frente a la forma de afrontar su condición de salud⁴⁹.

El tratamiento se ancoró en la esfera espiritual, por medio de la objetivación: Dios. La fé en un ser superior es apuntada como fuente de esperanza, fuerza y conforto proporcionando al adulto mayor, el apoyo necesario para enfrentar los cambios relacionados a la enfermedad. La religión y la espiritualidad son propiciadores de sentido para la vida favoreciendo que el individuo encuentre la paz consigo, de modo a adaptarse, no sólo a la enfermedad y su tratamiento, sino también, a los múltiples problemas fisiológicos y psicológicos decurrentes de la enfermedad crónica⁵⁰.

Cuando hablamos de una forma de conocimiento social donde los individuos y grupos interpretan y piensan su realidad cotidiana, viviendo situaciones, acontecimientos hablamos de las representaciones sociales. El adulto mayor aprende de los sucesos de la vida diaria, las características de su medio ambiente, de las personas que viven en su entorno próximo o lejano, es decir, adquieren su fortaleza a través de la objetivación de un ser superior que ilumina su vida. Este conocimiento espontáneo o ingenuo, pasa a constituirse a partir de las experiencias, pero también de las informaciones y conocimientos que reciben a través de la tradición, la formación y la comunicación social, e intenta dominar su entorno, comprendiendo y explicando los hechos que rodean su universo de vida o que surgen en él¹⁶.

La espiritualidad está ligado a cuatro grandes temáticas: 1) aceptación del diagnóstico, del tratamiento y de sí mismo; 2) fortificación, en la misma medida que las personas buscan fuerza en Dios, ellos son capaces de combatir a su enfermedad; 3) entendimiento, la espiritualidad permite que los pacientes tengan diferentes percepciones de la enfermedad, lo que les permite cuestionar, entender y aprender con su enfermedad, y así mayores conocimientos sobre la enfermedad puede ayudarlos en el autocuidado; 4) modulación de las emociones, la espiritualidad también es esencial para reducir el miedo, proporcionando paz y ayudando a los individuos a mantenerse en una perspectiva positiva delante de la enfermedad⁵⁰.

La espiritualidad es una necesidad básica humana que conforma parte de la totalidad del ser humano, donde las afirmaciones y prácticas espirituales permiten luchar con la

enfermedad, considerando que la persona con enfermedad renal pasa por acontecimientos estresantes y una variedad de problemas otorgando fortaleza interior¹².

El hombre es un ser complejo que vive bajo distintas dimensiones para lograr constituirse. Una de esas dimensiones corresponde a la espiritualidad, creer en ese ser divino que da vida y bendice, otorga un sentido diferente a cada ser vivo. Los pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas, comienzan a afianzar su espiritualidad que les permite garantizar una paz, tranquilidad y aceptación a los cambios que conlleva la enfermedad”⁶¹.

La espiritualidad viene a ser la dimensión de la persona que la hace humana, de su propio ser, de carácter subjetivo, dinámico e individual. Íntimamente relacionado con las creencias, valores y trascendencia, guiando a las personas en la búsqueda de sus significados y propósitos. Guían sus maneras de establecer la conexión con el momento, con su yo interno y con los otros. Establece relación con la naturaleza, lo significativo y lo sangrado⁶².

Este tratamiento es responsable de muchos cambios en el cotidiano del paciente, algunos procesos se pueden reflejar en su esperanza de vida. La esperanza ante la enfermedad es un proceso continuo e importante que incita al paciente y la familia a buscar nuevos caminos y aceptar la nueva condición impuesta por la enfermedad. A la vez, la espiritualidad y la religiosidad están asociadas como herramientas de apoyo y fortalecimiento para el enfrentamiento de las dificultades en su cotidiano, sobretodo, relacionadas a sus creencias espirituales individuales⁶³.

El adulto mayor al estar sometido a sesiones interdiarias de hemodiálisis, repercuten en el aspecto físico, psicológico, social, pero también su aspecto espiritual. Son muchos los casos de adultos mayores y su familia, que recurren a la espiritualidad a la religión como técnica para poder afrontar positivamente este proceso de adaptación.

Los adultos mayores recurren a la espiritualidad porque experimentan cuando están enfermos cambios de la visión de sí mismos, cambios con la familia, amigos más cercanos y sobre la vida; la espiritualidad les ayuda a confrontar y adaptarse a su nueva forma de vida, tomando otra connotación el significado de su salud, vida y muerte. Lo que desencadena el

deseo de la búsqueda por un ser supremo o un Dios, quien otorga sentido a la vivencia de su proceso de salud – enfermedad, al sufrimiento y le permita trascender como ser humano.

Es a través de la espiritualidad que el paciente cuestiona el significado, el propósito de su vida, de su enfermedad y de su sufrimiento. En algunos casos los convierte en un recurso principal para afrontar dicho proceso. Los niveles altos de bienestar espiritual se relacionan significativamente con una mejor calidad de vida, apoyo social y alta satisfacción con la vida. También se reporta menor afectividad de tipo depresivo, una mayor satisfacción con la vida, una mayor satisfacción con el tratamiento nefrológico y una tasa más alta de supervivencia⁶⁴.

La espiritualidad, viene a ser lo interno de la persona para comprender el sentido y propósito de su propia vida, pudiendo incorporar o no una práctica religiosa, o la creencia o no de la existencia de un ser superior. Esta situación torna relevante brindar a los adultos mayores un especial cuidado de la parte espiritual, al contrario, debe ser enfocado como un aspecto de amplia relevancia para el cuidado integral de pacientes con enfermedades crónicas terminales.

Un estudio de correlación, confirmó la existencia de relación entre el nivel de esperanza y de espiritualidad en paciente renal crónico, esos constructos deben ser considerados en la asistencia prestada por los profesionales de la salud, priorizando en el enfrentamiento de la enfermedad y el tratamiento⁶³.

A nivel del Perú, se realizó una investigación de Espiritualidad en adultos mayores con enfermedades crónicas hospitalizados en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, usando la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS) concluyendo que la mayoría de la población evaluada tienen un nivel moderado de espiritualidad, práctica que ponen de manifiesto para aliviar su enfermedad⁶⁵.

La espiritualidad asume un rol importante, cuando el adulto mayor se enfrenta a una enfermedad, sobre todo, cuando se habla de enfermedades crónicas o evidencia que su vida se encuentra amenazada. Durante esta amenaza las personas reaccionan de diferentes maneras, desde un silencio, hasta una satisfacción generando bienestar o malestar a la

persona, contribuyendo entonces de manera positiva o negativa durante la enfermedad e incluso afectando el grado de aceptación de la enfermedad y tratamiento⁶⁶.

La enfermedad crónica enfrenta al paciente con su patología y tratamiento, empezando a cuestionar qué sentido tiene su vida, que hay más allá de la vida o la muerte, el perdón, la justicia. Emerge la búsqueda de un ser superior y busca agradar a este ser superior. Duda o cuestiona posiciones diferentes de cada persona⁶⁷.

Un estudio cualitativo realizado en Brasil, mide como la religión influye en el tratamiento de la enfermedad, muchas veces la religión representa fuerza y bienestar para hacer frente a cualquier enfermedad; y los pacientes, depositan en la religión la esperanza que todo va a mejorar, proporcionando apoyo, alivio y optimismo⁶⁸.

Cuando el adulto mayor se encuentra pasando por un episodio de enfermedad crónica renal donde tiene que recibir un tratamiento como es la hemodiálisis se ven perdidos, deprimidos y haciéndose la pregunta ¿Por qué a mí?, ellos son conscientes que están en una edad avanzada, y con una enfermedad incurable es ahí donde muchos de estas personas se insertan en la religión, encomendándose y pidiendo a Dios que les de unos años más de vida para pasarlo con sus hijos, nietos; siendo ellos los principales actores que los motiva y les da la fuerza para seguir adelante, agradecen seguir vivos y haber llegado a los años que tienen con sus experiencias positivas y negativas en toda su vida, ahora solo esperan la voluntad de Dios.

Por lo tratado hasta el momento, deja notar que la representación social tiene carácter simbólico / significativo, en tanto el símbolo, corresponde a uno de los elementos que la integran. Una representación constituye el objeto que está ausente de nuestra percepción inmediata, el que mediante símbolos e imágenes se hace presente. El objeto de representación tiene un significado que se actualiza en cada persona y desde el cual, como referente, interpreta y construye la representación. De esa forma los significados se actualizan mediante imágenes y esa imagen a su vez, inciden sobre los significados. Desde este punto de vista, el contenido simbólico de las representaciones se refiere a la estructura imaginaria de las personas, que junto a los discursos (manifiestos en el lenguaje) constituyen los medios de expresión de las representaciones¹⁵.

Al finalizar este capítulo de la tesis, tratamos un tema que si bien es cierto aparece en un número menor de UCE tornándolo poco significativo por su porcentaje obtenido (9%), sin embargo, importante en la representación de un grupo de los adultos mayores entrevistados. Y trata sobre la representación que el personal de salud tiene en la vida de estas personas hemodializadas. Sintiendo que viven un proceso de inclusión, igual y trato digno frente a otros pacientes de menor edad que también se hemodializan.

En los adultos mayores que formaron parte del presente estudio, reciben su tratamiento en hospitales y clínicas bajo un servicio de tercerización, donde tienen relaciones interpersonales con otras personas que también llevan el tratamiento de hemodiálisis; conocer a otras personas en la misma situación, ayuda también a aceptar la enfermedad, sobre todo ayuda el permitir que la familia ofrezca su apoyo en esos momentos tan duros. Estas personas refieren que el personal de salud que trabajan en dicha institución les brindan una buena atención, un buen trato; no existiendo diferencias entre los pacientes jóvenes y los pacientes adultos mayores el trato es igual para todos, son atentos, preocupados y tratan de brindar lo mejor de ellos, algunos refieren que mientras se hemodializan, pueden descansar porque confían en las personas que los atienden.

La relación enfermera-paciente es implícita en el proceso del cuidado, se origina durante los breves contactos que la enfermera tiene con el paciente. Basado en los principios enfocados a proporcionar este cuidado deben tener una base científica enfocada en habilidades resultantes de la experiencia y en el equilibrio a la hora de ejecutarlos. La clave para lograr una atención de calidad reside en una efectiva comunicación entre el paciente y el equipo de salud. así como en los diferentes componentes que intervienen en su atención⁶⁹.

Durante la atención al paciente, se tiene la oportunidad de desarrollar importantes relaciones de confianza con el personal de salud. Quizá la única forma para establecer un vínculo entre el personal de enfermería y el paciente, es generando un ambiente de confianza entre ambos y que el personal responda con una atención sensitiva, competente y compasiva. Durante este vínculo establecido existe el riesgo que tanto la enfermera como el paciente, respondan de una forma inapropiada si están influenciados por experiencias negativas en este contexto⁷⁰.

No es el caso de las personas entrevistadas en este estudio, que se sienten como parte de una familia en la clínica donde se hemodializan y se sienten agradecidas con el personal de salud, que pese a ser personas mayores no las diferencian de los otros pacientes. Al contrario, alguna de las entrevistadas señala que a veces las enfermeras muestran mayor acompañamiento y dedicación, justamente por ser mayores. Destacan además la seguridad que sienten cuando son atendidos, el buen trato que reciben y consideran que dentro de lo negativo de la enfermedad, superan esta experiencia, gracias al cuidado que reciben y al vínculo tan cercano que se crea entre los pacientes y los profesionales.

Cerrando el presente capítulo se puede acotar que en el sistema de representación que construyen las personas mayores que se hemodializan, los miembros del equipo de salud, le dan un sentido a sus vidas y pasan a formar parte de su sistema de apoyo vital, por la seguridad y esperanza que ellos representan, más aún, por su frecuente y permanente cercanía entre ellos y por los lazos cualitativos que se establecen entre ellos, durante cada tratamiento de hemodiálisis. Dicho esto, el sentido de la representación objetivada por el adulto mayor debe ser aprovechada para el plan de cuidado que le dedique el personal de salud, en particular la enfermera, sumando éstos elementos para diseñar una mejor calidad y esperanza de vida en el adulto hemodializado.

Capítulo V: Consideraciones finales

La enfermedad renal crónica terminal se muestra con un incremento considerable impulsado por el envejecimiento de la población, y por el incremento de las enfermedades crónicas, que la hace ser considerada como un problema de salud pública que afecta a más del 10% de la población mundial.

Frente a esta realidad global diversos investigadores de las diferentes áreas del saber, han realizado estudios bajo enfoques cuantitativo y cualitativo, con resultados que aportan al conocimiento y la actuación profesional frente a las personas mayores sometidas a tratamiento de hemodiálisis. De acuerdo a la búsqueda que ha realizado la investigadora en el Perú, no se reportan trabajos con este objeto de estudio en el enfoque procesual de la Teoría de la Representación Social, otorgándole la originalidad exigida al presente estudio.

La teoría de la Representación social propuesta por Serge Moscovici en el año 1961, es un proceso complejo, referido a una modalidad particular del conocimiento, cuya función se orienta a la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre las personas. También ha sido considerada como un corpus organizado de conocimiento y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales las personas, hacen inteligible la realidad física y social, y se integran a un grupo o una relación cotidiana de intercambios, liberando los poderes de su imaginación.

En esa orientación el presente estudio, buscó caracterizar, analizar y discutir las representaciones sociales del tratamiento de hemodiálisis, por personas adultas mayores sometidas a éste tratamiento y que se circunscriben a una institución ubicada en la región de Lambayeque – Perú. Se pretende encontrar los posibles elementos escondidos en dichas representaciones, debido a su carácter no familiar. Esta faceta “no familiar” de las representaciones sociales no pueden ser expresadas en situaciones habituales de recolección de datos, pues no son identificados de manera consciente por las propias personas que lo viven, generando imágenes negativas de aquello que las explica.

La recolección de la información se realizó a través de la técnica de la entrevista semi estructurada a profundidad, se desarrolló a través del software ALCESTE, emergiendo

cuatro clases, cuyos temas centrales fueron los siguientes: clase 1, con 48% de UCE en relación al discurso total, confrontando el universo consensual y reificado al inicio del tratamiento de hemodiálisis; clase 3, con 24% de UCE en relación al discurso total, dinámica familiar que influye en el estilo de vida del adulto hemodializado; clase 4, con 19% de UCE en relación al discurso total, la representación de la espiritualidad y religiosidad en el tratamiento de la hemodiálisis; clase 2, con 9% de UCE en relación al discurso total, la clase menos representativa pero importante para algunos de los entrevistados y trata sobre el ambiente clínico y personal de salud, representado como su segundo hogar.

El presente análisis asumió el estudio de la vejez, como una fase del ciclo de vida, caracterizado por cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, que, si bien es cierto, el paso del tiempo ocasiona daños de forma irreversible, pero también es posible superarla con mayor funcionalidad para los adultos mayores si se atiende oportunamente. Agregándole valor a esta etapa de vida, una construcción social positiva con (re)significación del adulto mayor y su familia, superando estereotipos y preconcepciones propia a la vejez y al mismo tratamiento de la hemodiálisis.

En esta construcción social el adulto mayor caracteriza al tratamiento de la hemodiálisis con sentido de ese primer impacto ante una enfermedad que les confronta entre representaciones de vida & muerte; juventud & vejez; representación de un tratamiento de hemodiálisis -hasta entonces- desconocido para ellos, pero cargado de estereotipos y preconcepciones que generan rechazo y sufrimiento inicial, con posterior negociación que finalmente la asume con sentido positivo objetivándola como un acontecimiento bendito, salvadora, milagrosa. Un tratamiento que le otorga vida.

Considerando los hallazgos de éste y otros estudios anteriores, es posible percibir una simbiosis vida & muerte indisoluble, destacando el término vida, como consecuencia de una terapia de sustitución de la función renal, que en este caso es la hemodiálisis, condición sin la cual, sería imposible continuar vivo. En este proceso de negociación frente a lo desconocido que es el tratamiento de hemodiálisis, la persona asume mayor sentido, a la necesidad de sentirse vivo. Por lo tanto, el tratamiento pasa a verse como una estrategia compensatoria, representando a la máquina de hemodiálisis como salvadora, amiga y milagrosa. Pero también se encuentran resultados que la representan como “pesadilla”

Es importante destacar a la hemodiálisis vinculada a la sobrevivencia y a la obligación. La primera como significación de posibilidad para la manutención de la existencia y conflicto con una situación inminente de muerte. Y la obligatoriedad, marcada por la falta de otras opciones terapéuticas para la enfermedad renal. Hemodiálisis está marcada por el simbolismo de la maquina como continuidad de la vida.

Por otro lado, el elemento dinámico familiar, aparece en la caracterización de la representación del adulto mayor. Quien se objetiva como una carga para su familia, a consecuencia de no valerse por sí mismo -sobre todo-, al inicio de su enfermedad. Sentir que tiene que depender de otro miembro de la familia, especialmente sus hijos, la hace sentirse frágil y vulnerable para tomar decisiones que implica su cuidado. Esta fragilidad y dependencia que presenta, obstaculiza no solo sus relaciones con la familia, frente a la necesidad que alguien le cuide, sino también, con la sociedad por la limitación económica que presenta, impidiéndole tomar decisiones propias.

en la clase cuatro del dendograma, enfoca que la mayor fortaleza del adulto mayor para superar los efectos y consecuencia del tratamiento de hemodiálisis es la fe y la religión que profesan. La cual les hace superar el dolor físico y la resignación frente a una inminente enfermedad y tratamiento, potenciado por el proceso de envejecimiento que vive la persona. En este estudio, emergieron también resultados de una representación del tratamiento de hemodiálisis que enfoca a la espiritualidad y religiosidad como elementos que fortalecen a la persona adulta mayor frente este tratamiento y su condición de vida. Le otorga una resignación al proceso final de la vida, caracterizado por la sintomatología de un envejecimiento que se agudiza y un dolor consecuente a la enfermedad. Una representación que (re)significa un proyecto de vivir.

El adulto mayor ancoró en la esfera espiritual, por medio de la objetivación: Dios. Representando la fe en un ser superior, apuntada como fuente de esperanza, fuerza y conforto proporcionando al adulto mayor el apoyo necesario para enfrentar los cambios relacionados a la enfermedad. La religión y la espiritualidad son propiciadores de sentido para la vida favoreciendo que el individuo encuentre la paz consigo, contribuyendo a la adaptación de la

enfermedad y al tratamiento con sus consecuentes problemas fisiológicos y psicológicos decurrentes de la enfermedad crónica.

Finalmente, se considera que en el sistema de representación que construyen las personas mayores que se hemodializan, los miembros del equipo de salud, le dan un sentido a sus vidas y pasan a formar parte de su sistema de apoyo vital, por la seguridad y esperanza que ellos representan, más aún, por su frecuente y permanente cercanía entre ellos y por los lazos cualitativos que se establecen entre ellos, durante cada tratamiento de hemodiálisis. Dicho esto, el sentido de la representación objetivada por el adulto mayor debe ser aprovechada para el plan de cuidado que le dedique el personal de salud, en particular la enfermera, sumando éstos elementos para diseñar una mejor calidad y esperanza de vida en el adulto hemodializado.

Se considera que los resultados de esta investigación, pueda contribuir para el campo de conocimiento en salud pública, dada la amplitud de los resultados, donde el pensamiento social ocupa un espacio importante. Más allá concurre para el fortalecimiento del conocimiento en la ciencia de enfermería y el cuidado a la persona adulta mayor en proceso de tratamiento de hemodiálisis, por el apuntamiento de posibles elementos orientadores de la acción, en la compleja trata de relaciones con personas que viven con el procedimiento de hemodiálisis.

Capítulo VI: Recomendaciones

- Presentar los resultados al Grupo de Investigación en Enfermería Social y Cuidado a la Persona Adulta (GIESCA), para formar investigadoras que den continuidad y elijan como respaldo teórico-conceptual la Teoría de la Representación Social propuesto por Moscovici, obteniendo investigaciones de alcance nacional, regional y local.
- Los resultados servirán para la creación de programas y guías de actuación e intervención especialmente cuando el adulto mayor se encuentre en la antesala para un tratamiento de reemplazo renal como única opción de supervivencia.
- Presentar los resultados a la Sociedad de Enfermeras Especialistas en Nefrología, con la finalidad de socializar los resultados de la investigación y aportar con futuras investigaciones que nos ayuden a cambiar la realidad del cuidado de la persona adulta mayor con un tratamiento de reemplazo renal.
- Demostrar los resultados al nivel de atención primaria de salud y a líderes comunitarios para facilitar la multiplicación del conocimiento y participación decisiva de la sociedad a través de la expansión de la acción sanitaria extrahospitalaria como símbolo de proyección social de nefrología.
- Los resultados de esta investigación servirán para que los gobiernos locales y regionales implementen nuevas políticas que vayan dirigidas a atender las necesidades de la población adulta mayor mejorando su nivel y calidad de vida.

Referencias bibliográficas

1. Loza M César, Ramos M Willy (eds.) *Análisis de la situación de la enfermedad renal crónica en el Perú, 2015*. Perú: Ministerio de Salud Lima;2016.http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=598&Itemid=353
2. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Cuba. Biblioteca Médica Nacional. Enfermedades renales. Estadísticas mundiales. Factográfico de Salud [Internet]. 2016 Feb [citado Día Mes Año];2(2):[aprox. 17 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2016/02/factografico-de-salud-febrero-2016.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Incidencia mundial de la insuficiencia renal crónica y terminal. Ginebra: HINARI; 2014.
4. Ministerio de Salud (2018). Boletín Epidemiológico del Perú. Volumen 27-SE16. <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/16.pdf>
5. Boletín Epidemiológico. La enfermedad renal crónica en el Perú, epidemiología e impacto de la salud pública. Lima: SPN; 2014. Disponible en <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2014/03.pdf>
6. Campos-Navarro, R, Torrez, D., Arganis-Juarez. Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México. *Cad. Saúde Pública*, 18(5),1271-1279. 2012. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/JJxvvdJPp3spy64qZwCjNKb/?lang=es>
7. Ruiz de A Begoña. Vivir en diálisis: Afrontamiento y calidad de vida. (Tesis de Doctorado) Universidad del País Vasco. 2010. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/303626846_Vivir_en_dialisis_estrategias_de_afrontamiento_y_calidad_de_vida
8. Vélez Esperanza. Representaciones de la insuficiencia renal crónica: afrontamiento y adherencia en el tratamiento. Rev. Researchgate 26 de octubre 2016; Disponible en: <http://hdl.handle.net/10017/9001>

9. Pinheiro B Luciana. A Representação Social do Tratamento Hemodialítico para indivíduos com Doença Renal Crônica. (Diploma de enfermería). Universidad Federal Fluminense. 2016. Disponible en: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/3515/TCC%20Luciana%20Pinheiro%20Beloni.pdf;jsessionid=03FDD599A011147899DF747E595FE560?sequence=1>
10. Kaezer D Felipe, Tosoli G Antonio M, Mattos R Ricardo. Representaciones sociales sobre hemodiálisis para pacientes con enfermedad renal crónica. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2018; 26:e23125. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.23125>.
11. Pustiglione C Caroline, Mantovani Maria, Brum do Maria, Cassi Cristiam. Representaciones sociales de la enfermedad de las personas con enfermedad renal crónica. Rev Gaúcha Enferm. 2015 jun;36(2):106-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.48183>
12. Papaleo Koelzer Larissa. Representacoes sociais da doenca renal crónica e da hemodialise e sua relacao com a qualidade de vida. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de filosofía e ciencias humanas. Programa de Pos-graduacao em Psicologia. Florianópolis. 2015. Disponible en: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/133234>
13. Carneiro de Morais Edclécia. Saúde e tratamento hemodiálitico-representacoes sociais. Universidad Federal de Pernambuco. Centro de filosofía e ciencias humanas. Programa de Postgrado de Psicologia. Brasil. 2013. Disponible en: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/10112/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Edclecia%20de%20Moraes%20Sa%C3%BAde%20e%20tratamento%20hemodial%C3%ADtico_%20representa%C3%A7%C3%B5es%20sociais%20em%20um%20servi%C3%A7o%20de%20terapia%20renal%20substitut.pdf
14. Moscovici, S. El psicoanálisis, su imagen y su público. 2da ed. Argentina: Huemul; 1979.
15. Moscovici, S. La representación social del psicoanálisis. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

16. Moscovici, S. A representação Social da psicoanálise. Tradução de Cabral. P.e.: Rio de Janeiro: edit. Zahar; 1978.
17. Jodelet, J. La representación social fenómenos, concepto y teoría, psicología social II. Barcelona, 1984.
18. Jodelet, D. Las representaciones sociales. P.e. Barcelona. Editorial UERJ; 2001.
19. Cabrera E; Guizado J; Peralta R. Adaptación de pacientes adultos al tratamiento de hemodiálisis en un hospital público, Enero- Abril 2018. (Tesis de especialidad). Universidad Peruana Cayetano Heredia 2018. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3507/Adaptacion_CabreraSilva_Elisabeth.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Arias R Manuel. Hernando Nefrología clínica. 4º Ed. Editorial Médica Panamericana. España. 2013.
21. Méndez-Durán Antonio, Rivera Rivera Gabriela. Nefrología para enfermeros. 2º Ed. Editorial Manual moderno. México. 2014.
22. Allen R. Nissenson & Richard N. Manual de diálisis. 4º Ed. Editorial Elsevier-Masson. Barcelona. 2009
23. Avendaño Luis H. Historia de la nefrología en España. Editorial Nefrología de la sociedad española de nefrología. Ed. Pulso. Barcelona. 2012
24. Guerra G Verónica, Sanhuesa A Olivia, Cáceres E Mirtha. Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* sep-oct 2012; 20(5): [Citado 30 septiembre 2019]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000500004&script=sci_arttext&tlng=es
25. Perez C; Santamaria E. Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en inicio y pacientes con más de 2 años de hemodiálisis en un hospital estatal Chiclayo 2013. (Tesis de licenciatura). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. 2014. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12423/1044>

26. Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores 2010.pdf [Internet]. [citado 13 de diciembre de 2019]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf>
27. Gutiérrez R Maislete, Polanco L Chanel. Gutiérrez-Rufín M, Polanco-López C. Enfermedad renal crónica en el adulto mayor. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2018 [citado 2018 Mar 5]; 8(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/583>
28. Costa MS, Da silva MJ, Santos MD y otros. Representaciones sociales de ancianos en hemodiálisis: un estudio de caso en el nordeste de Brasil. Universidade Federal do Ceará e Instituto de Doencas Renais, Brasil. 2007. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000400008
29. Polit D. Investigación científica en ciencias de la salud. Principios y métodos. México.2011.
30. Moscovici S. Psicología social, pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona,España ;Editorial Paidós;1984
31. Hernández Sampieri, Roberto; et al. Metodología de la Investigación. 2ª. ed. McGraw-Hill. México, D.F., 2015.
32. Martha de alba. El método ALCESTE y su aplicación al estudio de las representaciones sociales del espacio urbano: El caso de la ciudad de México. Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa. Papers on social representations textes sur les représentations sociales. Volume 13, pages 1.1-1.20 (2004). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/228695152_El_Metodo_ALCESTE_y_su_Aplicacion_al_Estudio_de_las_Representaciones_Sociales_del_Espacio_Urbano_El_Caso_de_la_Ciudad_de_Mexico
33. Sgreccia E. Manual de bioética. Fundamento de ética biomédica. Ed. Milano: Vita e Pensiero, 1994
34. Castillo E. El Rigor metodológico en la Investigación cualitativa. Corporación editora médica Del Valle. Colombia, 2003.

35. A.L. Martín de Francisco. Hemodiálisis en el anciano. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. Nefrología. Vol XVIII. Suplemento 4. 1998. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-hemodialisis-el-anciano-articulo-X0211699598024338>
36. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre el envejecimiento y la salud. Mayo de 2017. Disponible en: <https://www.ipsvavals.com/blog/10-datos-sobre-el-envejecimiento-y-la-salud/>
37. Organización panamericana de la salud. Hoja informativa. Programa mujer, salud y desarrollo. Género y el envejecimiento. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/hdp/hdw/genderageingsp.PDF?ua=1>
38. Rivera J. Factores sociodemográficos y su relación con la calidad de vida y depresión, en pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de hemodiálisis [Tesis]. Ecuador:
39. Universidad Nacional de Loja; 2016. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12388/1/tesis%20tribunal%20calidad%20de%20vida%20y%20depresion..pdf>
40. Contreras F, Esguerra G, Espinoza J, et al. Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. [Tesis] Colombia: Univ. Psychol; 2016. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/647/64750305.pdf>
41. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
42. Benavides A, Gomez L. Perfil sociodemográfico y laboral de los pacientes en diálisis: Salud Total EPS-S, Regional Medellín. [Tesis]. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública; 2015. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10495/1371>
43. Martha de alba. El método ALCESTE y su aplicación al estudio de las representaciones sociales del espacio urbano: El caso de la ciudad de México.

44. Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa. Papers on social representations
textes sur les représentations sociales. Volume 13, pages 1.1-1.20 (2004). Disponible
en:
[https://www.researchgate.net/publication/228695152_El_Metodo_ALCESTE_y_su
_Aplicacion_al_Estudio_de_las_Representaciones_Sociales_del_Espacio_Urbano_
El_Caso_de_la_Ciudad_de_Mexico](https://www.researchgate.net/publication/228695152_El_Metodo_ALCESTE_y_su_Aplicacion_al_Estudio_de_las_Representaciones_Sociales_del_Espacio_Urbano_El_Caso_de_la_Ciudad_de_Mexico)
45. Luna Arriola Emma J. La vejez desde una perspectiva intergeneracional. Enfoque
estructural de la representación social. Pomalca. Universidad Católica Santo Toribio
de Mogrovejo. Escuela de Postgrado. 2017. Disponible
en: <http://hdl.handle.net/20.500.12423/1156>
46. Capitulo1: El adulto mayor.pdf [Internet]. [citado 13 de diciembre de 2019].
Disponible en:
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf
47. Pilger C, Rampari EM, Waidman MAP, Carreira L. Hemodiálise: Seu significado e
impacto para a vida do idoso. Esc Anna Nery (impr.)2010 out-dez; 14(4):677-683.
Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000400004>
48. Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas
mayores 2010.pdf [Internet]. [citado 13 de diciembre de 2019]. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf>
49. Marín J.M. Envejecimiento. Sociedad española de geriatría y gerontología. Salud
Pública Educ Salud 2013; 3 (1): 28-33. Disponible en:
<https://mpsp.webs.uvigo.es/rev03-1/envejecimiento-03-1.pdf>
50. Plan Nacional para las personas adultas mayores. PLANPAM 2013-2017.pdf
[Internet]. [citado 13 de diciembre de 2019]. Disponible en:
<https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>

51. Santos V, Borges Z, Lima S, Erels F. Percepções, significados e adaptações a hemodiálise como um espaço liminar: a perspectiva do paciente. Programa de Pós-graduação em saúde e ambiente. Brasil. Interface (Botucatu) vol.22 no.66 Botucatu July/Sept. 2018. Epub Apr 05, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0148>
52. Costa FG; Coutinho MPL. Hemodiálise e depressão: Representação social dos pacientes. Universidad Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, Brasil. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 19, n. 4 p. 657-667, out./dez. 2014. Disponível em: Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-73722381608>
53. Araujo de Oliveira LP, Paiva de Menezes RM. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. Universidade Federal do Rio Grande de Norte (UFRN). Rio Grande de Norte, Brasil. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2011 Abr-Jun; 20(2): 301-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a12v20n2.pdf>
54. Papaleo Koelzer Larissa. Representações sociais da doença renal crônica e da hemodialise e sua relação com a qualidade de vida. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de filosofia e ciências humanas. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Florianópolis. 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/133234>
55. Aline Tonheiro Palm. Representações sociais de doença crônica: um estudo qualitativo com Pessoas diagnosticadas com insuficiência renal ou dor crônica. Universidad federal del programa de postgrado en psicología. Salvador. 2009. Sousa ES, Rodrigues MAS, Rocha FEC, Martins CR. Guia de utilização do software ALCESTE: uma ferramenta de análise lexical aplicada à interpretação de discursos de atores na agricultura. Planaltina(GO): Embrapa Cerrados; 2009. Disponível em: https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/aline_palmeira.pdf

56. Rodríguez L, Rodríguez P. El doble vínculo entre las representaciones sociales y comunicación social. *Palabra Clave* (internet). 2015. (Consultado 15 de noviembre de 2019); 8 (3): p. 1-33. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pacla/v18n3/v18n3a12.pdf>
57. Abric C. *Prácticas sociales y representaciones*. P.e. México: Edit. Coyoacán; 1994.
58. Hidalgo Ana, Montalvo Lola. *Vivir con insuficiencia renal. Guía para enfermos renales crónicos y sus familiares*. Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Editorial Safe Creative. 12 enero 2017. Disponible en: http://bibliosjd.org/wp-content/uploads/2017/03/vivir_con_insuficiencia_renal.pdf
59. Anzures, C.; Chavez, A.; García, P; Pons, A. *Medicina Familiar*. 2013. 2º edición. Editorial Corinter: 205-338.
60. Romero E., Maccausland Y. y Solórzano L. El cuidador familiar del paciente renal y su calidad de vida. *Revista Salud Uninorte* vol.30 no.2 Barranquilla – Cartagena 2014. Accesado el 20-03-2020 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522014000200006
61. Gil Bazan C. Ramos Sanes S. Apoyo familiar y capacidad de autocuidado del paciente en diálisis peritoneal en un hospital de Essalud Lima. Universidad peruana Cayetano Heredia. Facultad de enfermería. ima. Perú. 2016. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/665>
62. Pereira C; A construação do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: Edit. Eduerj. 1998. 45 p. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2810/281021734014.pdf>
63. Palacio C. La espiritualidad como medio de desarrollo humano. *Revista Cuestiones Tecnológicas* [Publicación periódica en línea] 2016. Julio-Diciembre [Citado 2019 setiembre 19]; 42(98): [19 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cteo/v42n98/v42n98a09.pdf>

64. Pérez-García, Esteban. Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2016; 5(2): 41-45. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062016000200006
65. Ottaviani Ana y otros. “Esperanza y espiritualidad de pacientes renales crónicos en hemodiálisis: un estudio de correlación”. *Universidade Federal de São Carlos. Departamento de Gerontologia Rev. Latino-Am. Enfermagem mar.-abr. 2014;22(2):248-54*. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3323.2409>.
66. Galiana L, Oliver A, Gomis C, Barbero J, Benito E. Cuestionarios de evaluación e intervención espiritual en cuidados paliativos: una revisión crítica. *Med Paliat*. 2014;21(2):62-74. Disponible en: DOI: 10.1016/j.medipa.2013.02.003
67. Alarcón M. Espiritualidad en adultos mayores con enfermedades crónicas hospitalizados en el servicio de medicina Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2018. [Tesis para licenciatura]. Lima-Perú. Universidad César Vallejo; 2018. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/18135>
68. Jasso M, Pozos M, Cadena J, Olvera S. Calidad de vida y perspectiva espiritual de los pacientes hospitalizados con enfermedad cardiovascular, México. *Revista Enfermería Inst Mex Seguro Soc [Publicación periódica en línea]* 2017 [Citado 28 septiembre 2019]; 25(1):917. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=69912>
69. Bonelli, R, Koenig, H. “Trastornos mentales, religión y espiritualidad: una revisión sistemática basada en la evidencia”. *Journal of Religion and Health [Publicación periódica en línea]* 2013 [Citado 28 septiembre 2019] 52 (2), 657-673. Disponible en: DOI: 10.1007/s10943-013-9691-4
70. Ávila Sousa J y otros. Religión en el tratamiento de la enfermedad renal crónica: una comparación entre médicos y pacientes. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2015; 23 (3): 618-26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015233098>

71. Müggenburg C, Robles R, Valencia A, Hernández Guillén M, Olvera S, Riveros Rosas A. Evaluación de la percepción de pacientes sobre el comportamiento de comunicación del personal de enfermería: diseño y validación en población mexicana. (Spanish). *Salud Mental* [serial on the Internet]. (2015, July), [citado noviembre 23, 2019]; 38(4): 273-280. Available from: MedicLatina. Disponible en: <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.037>
72. Mastrapa Y, del Pilar Gibert Lamadrid M. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. (Spanish). *Revista Cubana De Enfermería* [serial on the Internet]. (2016, Oct), [citado noviembre 25, 2019]; 32(4): 1. Available from: MedicLatina. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976/215>



Anexo N° 02

Guía de preguntas para la entrevista

La presente investigación trata de profundizar cuales son las representaciones sociales del tratamiento de hemodiálisis por las personas adultas mayores hemodializadas del Hospital Regional Lambayeque y las Clínicas Privadas Nefrocare SAC y Dialimedic SAC. Por lo que solicito a Ud. La mayor veracidad y autenticidad en sus declaraciones. Los datos obtenidos serán confidenciales por lo que se utilizarán seudónimos.

1. ¿Durante el tiempo que usted se dializa cómo ha pasado este tratamiento?
2. ¿Cuándo le indicaron iniciar el tratamiento de hemodiálisis que pensó usted?
3. Ahora ¿Qué piensa sobre su tratamiento de hemodiálisis? ¿Por qué?
4. Antes de recibir el tratamiento, ¿sabía en qué consistía?
5. Si tuviese la oportunidad de cambiar de tratamiento, ¿lo haría?, por qué?
6. Durante el tratamiento de hemodiálisis, ¿Qué piensa?
7. ¿Qué significa para usted la máquina de diálisis?
8. ¿Cómo ha cambiado su vida con su enfermedad y tratamiento? ¿Por qué?
9. Durante el tratamiento ha notado que el personal de salud, le trata a usted igual que a las personas jóvenes o siente que hay una diferencia.
10. ¿Qué siente ser adulto mayor y llevar el tratamiento de la hemodiálisis?
11. ¿Algo más que agregar?



Anexo 03

Autorización para efectuar investigación de tesis en el centro de hemodiálisis Nefro care Chiclayo.





Anexo 04

Consentimiento para participar en un estudio de investigación

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Investigadores : Melissa Gonzales Montenegro

Título : La representación del tratamiento de hemodiálisis por personas adultas mayores hemodializadas en la región Lambayeque 2019.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Melissa Gonzales Montenegro, estudiante de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. La meta de este estudio es conocer la representación del tratamiento de hemodiálisis por personas adultas mayores hemodializadas en la región Lambayeque 2019.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá que responda a preguntas a través de una entrevista. Esto tomará aproximadamente entre 20 a 30 minutos de su tiempo. Se le solicitará autorización para utilizar la grabadora, durante este tiempo, si usted no acepta que sea grabada, el entrevistador tomará algunos apuntes.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de lo planteado en esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas

durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Melissa Gonzales Montenegro. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer la representación social del tratamiento de hemodiálisis por personas adultas mayores hemodializadas en la región Lambayeque, 2019.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 20 a 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Melissa Gonzales Montenegro al teléfono 948040483.

1) Participante

Nombre:

DNI:

2) Fecha

3) Investigador

Nombre: Melissa Gonzales Montenegro

DNI: 44198311

Fecha