



FCM
Facultad de
Ciencias Médicas



TRABAJO FINAL INTEGRADOR

PADECIMIENTO PSICOSOMATICO EN LA CRONICIDAD DEL TRATAMIENTO DIALITICO; EL CUIDAR DE ENFERMERIA

Tutores: Dra.COMETTO, Cristina

Dra.GOMEZ, Patricia

Autor: Lic.CARDOZO, René Ángel

Córdoba, julio 2019

INDICE	Página
INTRODUCCION.....	4
ENFERMEDAD CRÓNICA Y ALTERACIÓN EN LA SALUD MENTAL	3
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN: UN CAMINO PARA ACOMPAÑAR.....	8
COMUNICACIÓN: UN MODELO DE INTERVENCIÓN.....	10
PRESENTACION DE UNA HISTORIA DE VIDA: HOSPITAL NACIONAL DE CLINICAS SERVICIO DE NEFROLOGIA.....	14
HISTORIA DE VIDA.....	15
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.....	17
FACTORES DE RIESGOS ENCONTRADOS.....	17
IDENTIFICACIÓN DE CUIDADOS.....	17
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	18
CONCLUSION.....	25
RECOMENDACIONES.....	26
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	27
BIBLIOGRAFIA.....	30

Resumen: el objetivo principal de esta obra es el compartir los conocimientos relacionados con los cuidados inherentes que la enfermera/o debe prestar en un espacio en donde se realiza tratamiento crónico respecto a insuficiencia renal en función de alteraciones en la salud mental de las personas en tratamiento; valorando signos y síntomas.

Se aborda una historia de vida, valiéndose del Proceso de Atención de Enfermería

Se puede concluir que el cuidado reflexivo, complejo y total contempla incorporar, aparte de los conocimientos referentes a la enfermedad, aquellos relacionados con su etapa de desarrollo, contexto, preferencias y, en general, las diferentes esferas vitales.

Se recomienda la promoción de la gestión del cuidado en forma oportuna, segura y satisfactoria; el imperativo ético de conservar claridad en los pensamientos y programar todas las actividades en forma coordinada, continuadas y a largo plazo; integrando a la persona en tratamiento, a la familia y al personal de la salud del equipo interdisciplinario.

Palabra clave: enfermedad crónica, cuidados de enfermería, comunicación, ansiedad, depresión.

Summary: the main objective of this work is to share the knowledge related to the inherent care that the nurse must provide in a space where chronic treatment is performed regarding renal failure based on alterations in the mental health of people in treatment; assessing signs and symptoms.

A history of life is approached, using the Nursing Care Process.

It can be concluded that reflexive, complex and total care contemplates incorporating, apart from the knowledge related to the disease, those related to its stage of development, context, preferences and, in general, the different vital spheres.

The promotion of care management in a timely, safe and satisfactory manner is recommended; the ethical imperative of keeping clarity in thoughts and scheduling all activities in a coordinated, continuous and long-term manner; integrating the person in treatment, the family and the health personnel of the interdisciplinary team.

Keyword: chronic disease, nursing care, communication, anxiety, depression.

Introducción

Al referirse al padecimiento crónico, muchas personas presentan pérdida de autonomía, incapacidad y fragilidad clínica, lo cual supone un desafío importante para sus familias y para el sistema sanitario, ya que esta situación limita la calidad de vida y el estado funcional de aquellos que están en tratamiento crónico.

Ahora bien, Enfermería como disciplina ha llevado a cabo un proceso de trabajo alineado al modelo biomédico de atención (congruente con el paradigma en enfermería de la categorización, donde los fenómenos son considerados como clases o categorías aisladas), lo cual no resulta adecuado para las enfermedades crónicas que, además del diagnóstico y del tratamiento farmacológico, requieren un abordaje integral de la persona, de su entorno familiar y social, mediante un equipo interdisciplinar teniendo en cuenta la salud mental de la persona afectada; en un contexto de tratamiento sustitutivo renal. En este sentido, el deterioro que sufre la persona en tratamiento renal sustitutivo ante las dificultades, es una oportunidad para la adquisición de factores protectores a través del aprendizaje de nuevas actitudes y estrategias lo que los transforman en personas resilientes.

La clave de la resiliencia psicológica es, compromiso, control y reto: “El compromiso con uno mismo ayuda a disminuir la amenaza que se percibe por los elementos estresantes. Al fin y al cabo, decía Aristóteles que “todo arte y todo saber y todo lo que hacemos y elegimos parece tender a algún bien” (1).

El control es la forma que tiene la persona de actuar y pensar creyendo en la influencia personal sobre los acontecimientos.

Pascal decía que “aquel que duda y no investiga se torna no sólo infeliz, sino también injusto”.

El reto es afrontar el cambio como una oportunidad y una ocasión para el crecimiento madurativo personal, lo que facilita la flexibilidad cognitiva y la agilidad adaptativa y con la relevancia de tener en cuenta que cuidar y como cuidar, dentro del marco disciplinar de enfermería la cual está en continua evolución y abierta a todos los cambios que sirvan para dar respuesta en lo que se refiere a las demandas sociales en cuanto a gestión del cuidado en la salud.

El paradigma que encuadra el desarrollo teórico y práctico al presente trabajo es el de la transformación, que se asocia con teorías actuales que conecta con la corriente de pensamiento del constructivismo y con la teoría de la complejidad (2).

Se hace referencia a la humanización de los cuidados profesionales tiene que venir de la mano de la necesidad percibida de los profesionales y de un cambio de paradigma; también del estudio y la reflexión, de la voluntad y el compromiso de mejora y huida del inmovilismo; de la pérdida del miedo al riesgo, a la incertidumbre y al azar. Hay iniciativas que parten de la docencia crítica y reflexiva para avanzar en el cuidado y la investigación, pero el poder y la subordinación han estado históricamente en el mismo estamento y es difícil hacer el cambio cuando existen intereses compartidos (3).

En presentación de formato en monografía, el objetivo principal de esta obra es el compartir los conocimientos relacionados con los cuidados inherentes que la enfermero/a debe prestar en un espacio en donde se realiza tratamiento crónico (insuficiencia renal) en función de alteraciones en la salud mental de las personas en tratamiento; valorando signos y síntomas. En su totalidad está formado por cuatro partes.

La primera parte se busca transmitir que es la enfermedad crónica y la alteración en salud mental para lo cual se hace referencia a distintas teóricas enfermeras como lo son Oren, I. King, J. Watson Haciendo referencia al cuidado desde la concepción de la transformación y a Bernard Chauveau para explicar ansiedad y angustia evidenciándose desde su aspecto somático para lo cual se valdrá de la comunicación como modelo de intervención.

La segunda parte se basa en la presentación de un caso con la elaboración de un Proceso de Atención de Enfermería desde una teoría social (Jean Watson); la forma en que se piensa la gestión del cuidado (Cicely Saunders) intentando plasmar los problemas de salud de la persona en tratamiento renal sustitutivo; así como aquellos que implican también a la familia o al cuidador.

La tercera parte está constituida por las conclusiones que se devienen del desarrollo del marco teórico presentado en la primera parte reafirmar el cuidado como objeto de estudio científico congruente con el quehacer profesional diario, desde una mirada humanizada.

Por último, en la cuarta parte se establecen recomendaciones teniendo en cuenta que las actitudes y las prácticas de los cuidados es lo único que distingue a enfermería como disciplina profesional.

Enfermedad crónica y alteración en la salud mental

El concepto de cronicidad es un constructor médico que designa situaciones que no pueden ser curadas. El término “enfermedad crónica” no transmisible se utiliza para referirse a aquellas causadas por una susceptibilidad genética, el estilo de vida o exposiciones medioambientales. Sin embargo, en la actualidad, el concepto de cronicidad o de estados crónicos es mucho más amplio; la OMS incluye, en este concepto, tanto las enfermedades no transmisibles como las transmisibles duraderas, como sida, tuberculosis y algunas neoplasias hematológicas, así como los trastornos mentales de larga duración y las discapacidades permanentes” (4).

A partir de los años ochenta se comienza a realizar estudios cuantitativos que investigan los aspectos subjetivos y el significado que las personas y los cuidadores otorgan a la experiencia de vivir con una enfermedad crónica.

Kleiman (5) plantea el concepto de Modelo Explicativo (ME), que hace referencia a las nociones y las percepciones que las personas en tratamiento crónico y sus familias tienen sobre una determinada enfermedad y su tratamiento. Este ME puede ser diferente del que tienen los profesionales sanitarios, así como otras personas en tratamiento y familiares.

La persona en tratamiento crónico es como un “procesador activo” que elabora una representación mental de su enfermedad y, en función de esta, regula su comportamiento para elaborar este esquema; “la persona utiliza diferentes fuentes de información: la propia experiencia corporal (síntomas), la concepción predominante de la enfermedad en la cultura de la persona, la información, los conocimientos y las experiencias personales previas“(6).

Ahora bien, el aspecto dinámico del proceso de salud-enfermedad nos plantea la dificultad de establecer límites inflexibles y claros.

Es por ello, que el proceso o conducta patológica lo será en función de la pérdida de autonomía, capacidad de desarrollo y autorrealización; es decir, la pérdida de ser y actuar en libertad en su ecosistema.

Por ello, enfermería desde su rol de cuidar y potenciar el autocuidado, es quien mejor puede evaluar la capacidad de funcionar del individuo y observar su particular idiosincrasia. Una vez más, esta aportación será clave en el equipo interdisciplinario, ya que permitirá el esclarecimiento de las dificultades que hayan podido surgir.

Se asume que la persona es un ser racional, social, que percibe, controla, tiene propósito está orientado a la acción y en el tiempo. La persona en tratamiento renal sustitutivo tiene necesidades, deseos y objetivos, participa en las decisiones que afectan a su vida y su salud, aceptando o rechazando el cuidado de la misma.

Oren define el autocuidado como “el conjunto de actividades que realizan los individuos a favor de la manutención de la propia vida, la salud y el bienestar. Normalmente los adultos se cuidan voluntariamente, mientras que los niños, los enfermos y los incapacitados necesitan completa asistencia en actividades de autocuidado... autocuidado de carácter universal; autocuidado referido al desarrollo y maduración de la persona y para compensar defectos” (7).

Imogenes King propone “el cuidar enfermero desde un marco conceptual de sistemas abiertos como base para su teoría (teoría general de sistemas), las ciencias de la Conducta y el razonamiento inductivo y deductivo; hace especial hincapié en los procesos interpersonales” (8).

Menciona a la persona como ser social, emocional, racional, que percibe, controla, con propósitos, orientado hacia una acción en el tiempo; participa en las decisiones que afectan a su vida y su salud y acepta o rechaza el cuidado de salud.

King considera que la salud está relacionada con el afrontamiento al estrés: “La salud se considera como un estado dinámico en las experiencias de la vida del ser humano, que implica continuos ajustes ante la tensión derivada del entorno interno y externo, a través del uso óptimo de los recursos individuales para lograr su potencial máximo en la vida diaria” (9).

Si bien no define explícitamente entorno, puede interpretarse desde la teoría general de sistemas, como un sistema abierto con límites permeables que permiten el intercambio de materia, energía e información.

King (10) anima a la enfermera y a la persona a compartir información sobre sus percepciones (si las percepciones son acertadas, se alcanzan las metas, se alcanzará un crecimiento y desarrollo, así como resultados de los cuidados de enfermería efectivos; produciéndose una transacción, si la enfermera y la persona perciben expectativas de rol congruentes y las llevan a cabo, mientras que se producirá estrés si resulta un rol conflictivo). Utiliza un enfoque orientado hacia una meta, en que los individuos interactúan dentro de un sistema social. La enfermera aporta conocimientos y habilidades específicas para el proceso de enfermería y la persona aporta su autoconocimiento y sus percepciones.

Ahora bien, existen una serie de habilidades que el personal de enfermería en su diario quehacer le resultan imprescindibles: el autocontrol, el entusiasmo, la automotivación, la empatía, etc.; la presencia de las mismas facilita alinear recursos anímicos que propician mayor habilidad en la resolución de problemas, en fomentar relaciones interpersonales armoniosas.

Se realiza en ocasiones el cuidado en dependencia de la habilidad de la enfermera/o para percibir y afirmar la subjetividad del otro. Este es un concepto más activo que el término respeto como manifestación de cortesía, porque se manifiesta en acciones, palabras y maneras de ser que traen a la luz la experiencia personal de la persona. Otra dimensión de este proceso es la habilidad de la enfermera/o para sentirse unida/o y cercana/o al otro y experimentar e imaginar sus sentimientos (11).

La enfermera/o debe estar preparada/o ante posibles sentimientos tanto positivos como negativos, y reconocer que la comprensión intelectual y emocional de una situación no tiene por qué coincidir. Se trata de comprender la mutua relación entre pensamientos, emociones y comportamiento (12).

Para la provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual, las/os enfermeras/os tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos de relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo.

Solo quién sabe por qué se siente, cómo se siente; puede manejar sus emociones, moderarlas y ordenarlas de manera consciente; ya que las emociones negativas y el estrés afectan al sistema inmune, haciéndolo más vulnerable, mientras que las emociones positivas, el buen humor, el optimismo y la esperanza, junto al apoyo de otros, ayuda a soportar una enfermedad y facilitan la recuperación. También las personas con adecuada conciencia emocional conocen sus valores, metas y se guían por ellos, han desarrollado la capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias del otro, incentivando el desarrollo de una relación de ayuda – confianza. El desarrollo de una relación ayuda –confianza entre enfermera/o y persona en tratamiento crónico renal promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos e implica congruencia, empatía, afecto no posesivo y una comunicación eficaz (13).

Jean Watson hace un señalamiento importante cuando plantea: la enfermera debe estar preparada ante posibles sentimientos tanto positivos como negativos, y reconocer que la comprensión intelectual y emocional de una situación no tiene por qué coincidir. Lo que Jean Watson nos convoca es a comprender la mutua

relación entre pensamientos, emociones y comportamiento. Avizora que compartir los sentimientos es una experiencia riesgosa tanto para el paciente como para la enfermera (14).

Al centrarse en la persona en tratamiento sustitutivo renal (tanto la técnica como el control y el seguimiento durante la sesión de hemodiálisis son competencias exclusivas de enfermería), se puede expresar que se expone a trastornos de ansiedad y/o depresión; las cuales no se pueden considerar por si mismas como patológicas. Sólo pueden llegar a serlo en el caso de una duración e intensidad excesiva.

Como dice Bernard Chauveau, la ansiedad y la angustia son independientes de cualquier objeto o situación real. Se trata de un sentimiento de peligro cercano pero indefendible, la espera de una amenaza inminente e imparable. Se podría simplificar diciendo que la ansiedad es “un miedo sin causa”, estableciendo que ansiedad es un estado emocional desagradable constituido por dos elementos: la espera de un acontecimiento impreciso y que supone un peligro; y fenómenos psíquicos objetivos y subjetivos. Se la puede considerar patológica cuando interfiere en la capacidad de adaptación e impide llevar adelante las tareas cotidianas (15).

La ansiedad no siempre se puede detectar, y en muchas ocasiones sólo podemos hacerlo a través de la expresión y la experiencia de la propia persona que nos alerta de esta situación. Se expresa tanto en el aspecto psíquico como somático. En el aspecto psíquico, la persona con tratamiento sustitutivo renal se encuentra nerviosa, inquieta, con un sentimiento de malestar moral. Vive en un estado de constante tensión diurna y nocturna, presentando al llegar a la noche, dificultad para dormir o pesadillas.

En el aspecto somático, los síntomas pueden ser muy amplios como: palpitations, taquicardia, astenia, disnea, opresión torácica, temblores, sudoración. Todas estas manifestaciones se expresan a través de una crisis de angustia y las formas somáticas de la ansiedad.

Con respecto a la crisis de angustia, la persona se siente invadida por una sensación de peligro inminente y con manifestaciones somáticas y psíquicas; teniendo, por lo general, una duración de 1 a 15 minutos.

Las manifestaciones somáticas (16) las podemos agrupar en un complejo neurovegetativo, con diversos problemas funcionales a reconocer:

- Cardiovascular: con taquicardia, palpitations, lipotimias.

- Respiratorio: con disnea, bradipnea, sofocamientos, dolor, malestar torácico.
- Digestivo: con náusea, vómitos, diarrea, molestias abdominales.
- Neurológico: temblores, vértigo, visión borrosa, mareo, desmayo.

Con relación a las manifestaciones psíquicas, la persona siente una intensa inquietud y sensación de soledad total. Representa un verdadero estado de pánico, con miedo a perder el control o volverse loco y con sensación de muerte inminente.

La angustia es tan intensa que puede traducirse por una especie de estupefacción, de inhibición motriz o bien por el contrario, la persona es presa de una intensa agitación con llantos, gritos y reacciones desmesuradas ante el mínimo estímulo.

Este malestar llena la vida de la persona y lo condena a una vida limitada existencialmente (social, laboral, sentimental), distorsionando la realidad en sentido pesimista, evidenciado una alteración del humor.

Aquí, las enfermedades físicas que conllevan una cronicidad del tratamiento, ejercen un gran impacto sobre el desarrollo de los problemas emocionales. Un apoyo social escaso, como tener pocos amigos o no contar con allegados, intensifica la soledad de la persona, en tanto que las reacciones al estrés, así como las crisis repetidas agotan su resistencia emocional.

Por ello, el verdadero origen de la depresión y de otros trastornos afectivos sigue siendo incierto.

En un episodio de depresión mayor, “los síntomas relacionados incluyen: alteración del apetito, alteración del sueño, cambios de peso, agitación psicomotora o retraimiento, falta de energía, sentimiento de inutilidad o culpa, dificultad para pensar, de concentración o para tomar decisiones, pensamiento recurrente de muerte, e ideas o intento de suicidas” (17).

El estado de ánimo es descrito por la persona como deprimido, triste, desesperado o desanimado, algunos incluso presentan quejas somáticas en lugar de hablar de tristeza. Muchos presentan irritabilidad o ataques de ira, sentimiento de frustración por cosas sin importancia.

Aparecen cambios psicomotores: agitación (incapacidad para permanecer quieto) o enlentecimiento. Otro problema es la falta de energía, el cansancio y la fatiga. El

sentimiento de inutilidad y culpa se puede manifestar con expectativas negativas sobre la propia persona, o pensamiento de culpa por errores pasados.

Todos estos condimentos son constructores determinantes en la salud mental de la persona con tratamiento renal sustitutivo. Como resultado de la interrelación eficaz en el cuidar enfermera/o, se puede aminorar el impacto de dicha enfermedad condicionante renal lo suficientemente como para mejorar la capacidad de vivir y de sufrir en un entorno dado y transformable sin destructividad pero no sin rebelarse (18).

Ansiedad y depresión: un camino para acompañar

Ahora bien, específicamente las enfermeras/os debe reconocer las diferentes características y formas en que la persona con tratamiento crónico reacciona, para tratar de adaptarse y actuar para prestar la ayuda necesaria bien para evitar que aparezca la ansiedad y/o depresión o bien para tratarlos y disminuir su impacto cuando se produce.

Reconocer el afrontamiento que realiza cada persona en tratamiento crónico y cada familia permite explicar los mecanismos fisiopatológicos de ansiedad y otros síntomas como soledad, depresión, al mismo tiempo que poder ayudar con la máxima efectividad.

Con respecto a ansiedad (19), al recoger datos tanto objetivos como subjetivos habrá que prestar especial interés en registrar:

- Presencia de pesadillas, sueños desagradables o insomnio. Registrar si la persona refiere tener miedo a dormir y no despertarse; así, la ansiedad aumenta de forma llamativa al atardecer y disminuye en gran manera a la salida del sol.
- Quejas, solicitudes o peticiones desmesuradas. La persona demanda un control constante y a veces la presencia de una persona concreta a su lado.
- Labilidad emocional o cambios frecuentes en el estado de ánimo (trata de afrontar la situación pero en ocasiones esta la supera).
- Alteraciones en el estado de ánimo, pasando de la euforia y optimismo irreal a la tristeza exagerada y sensación de muerte cercana, anticipando incluso situaciones o síntomas que no han aparecido aún.
- Exacerbación de ciertos síntomas físicos como dolor, náuseas, agitación, insomnio o delirio.

En general todas las intervenciones terapéuticas tienden a intentar lograr el mejor afrontamiento de la enfermedad y crear mecanismos adaptativos con todos los que participan alrededor de la persona, como la familia, el cuidador primario y el equipo sanitario.

Entre las actividades se destacan:

- Valorar e identificar las causas que motivan la ansiedad.
- Fomentar una relación empática donde el ambiente cálido y amable debe prevalecer.
- Favorecer la expresión de sentimientos con atención particular a las necesidades espirituales.
- Utilizar técnicas de comunicación que ayuden a clarificar y planificar la estrategia para alcanzar un afrontamiento adecuado.
- Presencia física siempre que la persona lo solicite.
- Informar de su proceso y clarificar las dudas.
- Integrar a la familia a los cuidados.
- Utilizar el tiempo de tal manera que disminuya el aburrimiento.

El distrés (20) o falta de adaptación también puede manifestarse en forma de depresión. Por ello, recoger datos tanto objetivos como subjetivos involucra prestar especial interés en registrar:

- Desesperación. Generalmente se presenta cuando la persona pierde la esperanza de ser curado o de control de determinado síntoma. También puede deberse al engaño, dificultad de comunicación o planteamiento poco realistas de mejoría parcial.
- Disminución de la autoestima y de la imagen. Es posible que estos sentimientos puedan incrementarse a medida que progrese la enfermedad y aumente su dependencia.
- Tristeza y llanto. La persona no sabe como afrontar la situación y siente impotencia ante ella y ante su pérdida.
- Desinterés por las cosas que lo rodean y falta de energía.
- Ideas recurrente de muerte y suicidio.
- Mutismo. Es incapaz de entender y expresar.

- Síntomas como:
 - Lentitud o agitación psicomotora.
 - Pérdida o ganancia de peso.
 - Insomnio o hipersomnio.
 - Cansancio y falta de energía.
- Más atípicas son las manifestaciones de:
 - Irritabilidad.
 - Agitación y ansiedad.
 - Comportamiento histriónico.
 - Hipocondría.
 - Rasgos psicóticos como delirio o paranoia.

A través de la conceptualización de síntomas, se intuye la importancia que adquiere la comunicación desde un sentido terapéutico e integrador entre lo que se percibe y lo que se puede conocer de la persona en tratamiento sustitutivo renal de su ser histórico-social.

Comunicación: un modelo de intervención

La comunicación es una interrelación interactiva y dinámica que permite un intercambio permanente de significados con la finalidad de lograr comprensión entre dos o más personas. Es decir que todos los intercambios de comunicación son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia.

La persona en tratamiento sustitutivo renal en su ser histórico-social busca ser escuchado, comprendido u orientado con el propósito de modificar su situación como ser doliente, y para ello se hace vital una comunicación empática, siendo ella la “habilidad para entender las necesidades, sentimientos y problemas de los demás, poniéndose en su lugar y responder correctamente a sus reacciones emocionales” (20).

La comunicación es una de las dimensiones en lo que se refiere a seguridad emocional, que evita la exposición a situaciones de peligro y la actuación para quedar cubierto frente a contingencias adversas (21).

El arte de la comunicación es un componente fundamental en la disciplina de enfermería ya que es una herramienta que promueve la posibilidad de brindar seguridad emocional (disminución de la ansiedad y aumento de la confianza) entre otras cosas.

Tras tener claros los puntos anteriores y al ser seres sociales que necesitamos la trasmisión entre nosotros de información, de sensaciones, de pensamientos, de emociones y determinando que la comunicación es la herramienta clave del manejo del sufrimiento por parte, en este caso, del personal de enfermería, vamos a ver los aspectos fundamentales para lograr una buena comunicación. Es decir, que en este punto se verá reflejado el medio por el que, desde la enfermería, se puede ayudar a la gente que padece un sufrimiento (22).

La autenticidad: como ser genuino o verdadero, expresado en una relación franca y sincera, que permita la construcción de un vínculo significativo.

El respeto: facilita la expresión de las preferencias ya que es un mensaje que no evalúa o reprocha la conducta de los demás.

La actitud de escucha: para que la persona se sienta aceptada es necesario que perciba que el otro está atento para poder llegar al fondo de sus problemas.

La preocupación por hacerse comprender: adquiere valor la percepción, que es el punto de vista de una persona sobre los acontecimientos producidos en su entorno. Es importante como la persona interpreta la información recibida en el proceso comunicacional.

La atención positiva permanente: el considerar a la persona de manera positiva facilita elevar la autoestima, la motivación, facilitar las críticas cuando se hagan y ser bien recibidas.

La cantidad y calidad de la información: es informar de modo simple y completo teniendo en cuenta su monto y profundidad, condiciones individuales, familiares, contextuales y particulares del proceso salud-enfermedad vigente.

El sentido del humor: es importante que enfermería conozca su capacidad natural para sonreírle a una persona, resultando un elemento facilitador constructor de seguridad.

Debido a que la asertividad se basa en el respeto mutuo, es un estilo de comunicación efectivo para relacionarte con la gente que te rodea a partir del lenguaje verbal, no verbal y actitud.

Es importante cómo se relaciona uno con las personas. La comunicación asertiva da la posibilidad de enviar un mensaje claro y de forma respetuosa, comunicarse de manera pasiva o agresiva, el mensaje se puede perder o simplemente no ser tenido en cuenta por los demás.

Por lo tanto, aprender técnicas de comunicación es necesario para consensuar un estilo de cuidado enfermera/o.

La comunicación es el concepto más transversal y compasivo en el cuidado de la persona en tratamiento sustitutivo renal. Es un desafío, porque constantemente se encuentra mediatizada por la tensión alrededor de la persona en tratamiento sustitutivo renal en relación con el impacto que produce el deterioro sobre sí mismo y la familia en todas las dimensiones (física, emocional, social y espiritual).

Retomando uno de los elementos de la comunicación, el sentido del humor como experiencia vital puede desempeñar un papel importante en la comunicación con la persona en tratamiento crónico; actúa como un bálsamo para tratar con el estrés y la ansiedad presente.

La aplicación del humor debe estar en concordancia con la propia opinión y personalidad, tanto en el personal de enfermería como en la relación con las personas en tratamiento sustitutivo renal.

Un modelo sencillo y práctico que lleva a incrementar la confianza entre los profesionales es el modelo smiles (sonríe, mira, intuye e imagina, lenguaje verbal y no verbal: escucha, empatiza, sensibilidad en cada momento (23).

Primer paso. Sonríe. Una sonrisa en los momentos de tensión puede ser contagiosa y sirve de ayuda para neutralizar el estrés.

Segundo paso. Contacto visual. Una mirada que vaya más allá de lo que realmente se ve. No es una mirada a la que se está acostumbrado, es una mirada que brilla y hace brillar a la persona en tratamiento crónico.

Tercer paso. Intuición e imaginación. El profesional enfermera/o debe imaginar que se abre una puerta para dar entrada al humor. La intuición es una parte importante porque permite observar la receptividad de la persona en tratamiento crónico y detectar si está abierto al cambio.

No sirve cualquier cosa para cualquier persona. Lo que a uno le gusta y puede hacer sonreír y disfrutar, otra persona puede rechazarlo. Hay que observar mucho y ver la respuesta al humor y la risa. Por supuesto que no todos son receptivos, pero en contrapartida a veces encontramos que son ellos los que muestran iniciativa.

Cuarto paso. Escucha. Si se les escucha poniendo interés en el mensaje verbal y no verbal, tendremos una gran oportunidad para estimular su risa en el momento adecuado y preciso.

Quinto paso. Empatiza. Con un alto grado de empatía, las enfermeras/os pueden tener más seguridad a la hora de utilizar el humor, teniendo en cuenta sus peculiaridades y evitando un humor sarcástico u hostil. La empatía hace ver a la persona en tratamiento crónico como ser humano, no como un problema.

Sexto paso. Sensibilidad en cada momento. Una persona en tratamiento crónico que sufre el deterioro de su salud puede que no se vea el instante preciso para plantear tentativas de humor. En estos casos, una iniciativa sensible es acompañar de forma serena, abierta y sonriente con la tranquilidad de que se está dispuesto para lo que desee.

PRESENTACION DE UNA HISTORIA DE VIDA

HOSPITAL NACIONAL DE CLINICAS - SERVICIO DE NEFROLOGIA

El Hospital Nacional de Clínicas nació como Hospital escuela, rol que viene cumpliendo desde el año 1903, marcando una impronta única en nuestra provincia y el país. En él está inserto el servicio de Hemodiálisis constituido por un total de 31 personas en tratamiento dividido en dos turnos (mañana-tarde) y asistiendo cada uno de ellos 3 veces a la semana (lunes-miércoles-viernes y otro grupo de personas martes-jueves-sábado). El contexto de cuidado está circunscripto a una sala con 9 sillones para el tratamiento dialítico con sus respectivas máquinas y una sala separada y cerrada con un sillón y su máquina correspondiente para el tratamiento dialítico en caso de reciente ingreso o con serología positiva.

En este marco, cuando el profesional de enfermería proporciona cuidados establece una relación interpersonal que requiere de nosotros contar con una serie de competencias relacionales profundas, como empatía, comprensión, inquietud, preocupación y el compromiso de promover el bienestar para el otro, lo que debe enseñarse y practicarse en el período de formación. Por una parte, la profesión de enfermería es un trabajo que requiere de quién lo realiza un interés emocional por la persona que recibe los cuidados y, por otra, un aspecto práctico, cuidar a otro.

Como dice Jean Watson “el cuidado es un constructor conceptual abstracto, es una interacción terapéutica en sí misma, fundado en la racionalidad y el enriquecimiento del ser, como un proceso subjetivo y humanista que persigue un ideal moral centrado en el conocimiento (24).

Por ello las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos (provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual). Los conceptos relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

La persona doliente, expuesta desde su enfermedad y necesidades no resueltas, sufre. Suele relacionarse con el dolor físico, aunque lo supera y es independiente de éste. El sufrimiento es equiparable al concepto de dolor total de Cicely Saunders (24) (psicológico, social, físico y espiritual). La multiplicidad de aspectos relacionados con el dolor y el sufrimiento precisan de un abordaje holístico en el que se integren de forma interdisciplinaria distintos profesionales que sean capaces de tratar de forma eficaz cada una de las parcelas vitales que se ven afectadas por la presencia de dolor y la experiencia de sufrimientos.

Cuando el proceso del cuidado tiene un elemento creativo, es estético. Transciende un procedimiento específico, tiene belleza, armonía y a su vez, produce en quien cuida sentimientos de plenitud, satisfacción, alegría, se sincronizan las acciones del que cuida y de quién es cuidado, otorgándole perfección.

Es así que, asumiendo una posición crítica, se elabora un Proceso de Atención de Enfermería desde una teoría social(Jean Watson);la forma en que se piensa la gestión del cuidado (Cicely Saunders) y su materialización a través de la experticia en el quehacer diario profesional y las bases científicas disciplinares; teniendo en cuenta el entorno donde se desarrolla el cuidado enfermera/o ya que el servicio de diálisis se caracteriza por la presencia de personas en tratamiento con determinantes sociales y de salud mental muy marcados.

Historia de vida

M. R. de 61 años que nació el 23/08/1957; de estado civil soltera, no posee hijos, ni sobrinos. Posee estudio secundario completo, jubilada por su edad y refiere trabajar haciendo costuras para afuera cada vez que alguien se lo solicite (trabajo no calificado).

El 25/07/2018 M. R. es internada en el HNC con diagnóstico de síndrome anémico/ ERC reagudizada secundaria a ITU. La ecografía abdominal evidencia dilatación moderada de los sistemas colectores. Creatinina de 9.9mg%, Urea 172 mg%, K 5.2 meq/l, acidosis metabólica. Urocultivo evidencia infección por Klebsiella. Se instrumentan medidas de hidratación, ATB y reposición de bicarbonato. Sus signos vitales fueron de 160mmhg de sistólica y 80mmhg de diastólica; 82 LPM; 20 RPM y 37.1°C axilar derecha. Evoluciona favorablemente con descenso leve de valores nitrogenados. Ese día fue acompañada por su hermana.

Se decide alta médica de M. R. el 10/08/22018 retirándose con un familiar por su propios medios y se la cita por consultorio externo de Nefrología y de Urología para seguimiento y programación de ingreso a terapia sustitutiva (Diagnóstico ERC estadio V secundaria a Nefropatía obstructiva).

El 30/08/2018 por falta de mejora de parámetros de laboratorio y presencia de clínica urémica de M. R. se decide colocación de catéter para hemodiálisis. Se colca catéter transitorio yugular anterior derecho. Se inicia terapia hemodialítica sin complicaciones fisiológicas. Se la recibe en la sala de hemodiálisis en silla de rueda acompañada por el médico con signos vitales 160mmhg sistólica y 90

mmhg de diastólica (Hipertensa); su Frecuencia Cardíaca 92LPM (taquicardia); Fr 20 RPM y temperatura axilar izquierda, 36.7°C y en donde enfermería le explica en que consiste el tratamiento sustitutivo renal y que cuidados debe tener en su domicilio. Luego de 2hs. De su primera sesión, se retira en silla con una Ta final de 120mmhg sistólica y 70mmhg diastólica, Fc 72 LPM, Fr 18 RPM y 36.5°C, temperatura axilar izq.

Con respecto a la vida social y personal de M. R., se puede afirmar que vive en el barrio Cupani, habitando vivienda paterna de material con 4 ambientes internos (2 dormitorios, cocina-comedor, baño) y uno externo (pequeña cochera que funciona como taller de costura).

En dicho domicilio convive con una hermana de 63 años viuda, también jubilada con quien no se lleva muy bien ya que dice que ella es impaciente en todo y M. R. se define como una persona callada, sumisa para evitar pelearse con su hermana. Se lleva bien con los vecinos pero no participa en ningún tipo de actividades barriales.

Si dice participar de las misas en la iglesia de su barrio los domingos por la mañana.

Refiere gustarle mucho la natación, pero no puede hacerlo por no contar con recursos económicos suficientes para pagar mensualmente dicha actividad.

Refiere costarle mucho poder descansar bien por las noches, para lo cual fue medicada y le indicaron consultar con el servicio de salud mental.

M. R. dice que siente que es un estorbo para su hermana desde que le pusieron un catéter en el cuello y que depende de su hermana para lavarse la cabeza y peinarse y que es muy bruta, pero no le dice nada por miedo a que no la ayude.

También refiere no gustarle salir al vecindario porque se siente rara y teme por lo que puedan pensar los demás al tener un catéter visible en su cuello.

Está temerosa por lo que le puede pasar ya que dice que los médicos le explicaron porque se dializa, pero ella afirma no haber entendido nada y por lo tanto no tiene claro como continua su tratamiento y si va a ser durante toda la vida. Durante las sesiones de diálisis se la observa angustiada, demandante y/o quejumbrosa.

Antecedentes patológicos

Hipertensión diagnosticada a la edad de 59 años, hipotiroidismo, sonda vesical permanente. ITU por repetición por E. coli. ERC secundaria a vejiga neurogénica.

Actualmente se encuentra con tratamiento ambulatorio trisemanal en terapia sustitutiva renal, asintomática, con sonda a permanencia (no obstruida). Se programó acceso vascular definitivo.

Factores de riesgos encontrados

- Alteración de la percepción de su imagen.
- Desconocimiento intelectual de su enfermedad actual.
- Exposición a la violencia verbal, agresión y trauma familiar.
- Quejas, solicitudes o peticiones desmesuradas.

Identificación de cuidados

Al recoger datos tanto objetivos como subjetivos se prestó especial interés en:

- Disminución de la autoestima y de la imagen. Es posible que estos sentimientos puedan incrementarse en M. R. a medida que progrese la enfermedad y aumente su dependencia, afectando su relación social.
- Escasa información comprensible sobre su enfermedad. Para lograr la responsabilidad de M. R. en el autocuidado es necesario que tenga la información y comprensión necesaria de su estado de salud para poder autopromoverse conductas saludables.
- Relación conflictiva familiar. Las familias poseen un sistema de relación interpersonal, y si bien no es causante de la enfermedad renal de María Rosa, éste tampoco es el portavoz del grupo familiar, pero en su estado rompe la armonía grupal y se altera el conjunto.
- Quejas, solicitudes o peticiones desmesuradas. M. R. demanda un control constante y a veces la presencia de una persona concreta a su lado.

Proceso de atención de enfermería

□ DIAGNÓSTICO

- Ansiedad de M. R. debido a escasos conocimientos sobre su enfermedad renal.

-Objetivo

- M. R. será capaz de controlar su ansiedad en las dos primeras semanas del tratamiento.

Intervenciones de enfermería:

- Presentarse ante M. R. con nombre de pila y explicarle porque y para qué estamos ante ella.

Fundamentación:

Favorece el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera/o y M. R., lo cual es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.

- Valorar e identificar las causas que motivan la ansiedad de M. R.

Fundamentación:

Al conocer las causas que originan su ansiedad, se podrá llevar a cabo psicoprofilaxis efectiva y certera.

- Fomentar una relación empática entre M. R. y enfermería donde el ambiente cálido y amable debe prevalecer.

Fundamentación:

Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial y a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.

- Utilizar técnicas de comunicación que ayuden a clarificar y planificar la estrategia para alcanzar un afrontamiento adecuado de M. R.

Fundamentación:

El modelo de relación de ayuda basado en la psicoterapia centrada en la persona de Carl Rogers intenta hacer surgir en la otra persona sus capacidades y recursos latentes para que el mismo sea capaz de afrontar la nueva situación y pueda buscar soluciones a los problemas que se plantean.

- Informarle de su proceso y clarificarle las dudas acerca de su situación de salud a M. R.

Fundamentación:

La persona se sentirá más comprendido, aumentando su satisfacción al comprender mejor su situación de salud; permitiéndole modificar conductas de riesgo por conductas promotoras de salud.

- Realizar interconsulta con el servicio de Salud Mental.

Fundamentación:

Las necesidades psicosociales deben ser resueltas con el fin de promover estilos de vida saludables y reducir los factores de riesgo de los trastornos mentales y del comportamiento, como los entornos familiares inestables y los malos tratos.

- Registro de enfermería de los diversos procedimientos realizados en función del bienestar de M. R.

Fundamentación:

Nos permitirá contar con información para la elaboración de estudios científicos y/o valorar el resultado alcanzado.

DIAGNÓSTICO

Imposibilidad de autocuidado mayor dependencia relacionado con alteración de su estado emocional de M.R

-Objetivo:

- M. R. será capaz de mejorar su autocuidado, disminuyendo su dependencia en el menor tiempo posible.

Intervenciones de enfermería:

- Presentarse ante M. R. con nombre de pila y explicarle porque y para qué estamos ante ella.

Fundamentación:

Favorece el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera/o y M. R., lo cual es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz

- Favorecer la expresión de su sentimiento de angustia y considerar a M. R. como un ser único en todo momento.

Fundamentación:

El cuidado debe estar constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad, ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, el sufrimiento, el dolor y la existencia, y ayudar al otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autosanación; lo cual es posible teniendo en cuenta el contexto y la historia personal de esa persona como única.

- Atención particular a las necesidades de consuelo de M. R.

Fundamentación:

El cuidado transpersonal intenta conectarse y abrazar el espíritu o el alma de los demás a través de los procesos de cuidados y de tratamientos y estar en relación auténtica, en el momento.

- Ser solícito ante el pedido de acompañamiento de R. M , escuchando con la m

Fundamentación:

No es suficiente con creer lo que el otro siente, sino que es necesario demostrárselo, al prestar atención y mostrar interés por lo que nos está contando; no interrumpir mientras habla y evitar convertirnos en un experto que se dedica a dar consejos en lugar de intentar sentir lo que el otro siente.

- Demostrar sensibilidad a las necesidades, preocupaciones, dudas y/o sentimientos de M. R.

Fundamentación:

Transmitir nuestro interés de acompañamiento y la finalidad de mejorar su calidad de vida en todo momento evitará el sentimiento de abandono y dará apoyo y seguridad.

- Incorporar el humor y la alegría en el trato diario con María Rosa.

Fundamentación:

Es importante que la enfermera/o conozca su capacidad natural para sonreírle a M. R., lo cual resulta un elemento facilitador para construir seguridad y favorecer la recuperación del mismo.

□ DIAGNÓSTICO

Deterioro de la interacción social de M. R. debido a la alteración de su autopercepción en su imagen.

-Objetivo

M. R. será capaz de mejorar su interacción social en el menor tiempo posible.

Intervenciones de enfermería:

- Trato de ver las cosas desde el punto de vista de M. R.

Fundamento:

El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

- Favorecer su sentimiento de dignidad por medio del respeto y su integración al entorno, al no diferenciar el trato M. R-Enfermería por poseer catéter de diálisis.

Fundamento:

Es una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo y/o más alto yo, más allá de la situación de salud.

- Utilizar los recursos apropiados para cubrir la zona del cuello de M. R. (pañuelos).

Fundamentación:

El pañuelo utilizado como elemento estético permite cubrir al catéter, de tal modo que al no estar expuesto, M. R. se sentirá cuidada en su intimidad, favoreciendo su seguridad emocional y permitiendo una relación social más fluida.

- Valorar la intervención de psicoterapia individual o de grupo para M. R.

Fundamentación:

Las necesidades psicosociales deben ser resueltas con el fin de promover estilo de vida saludable y reducir los factores de riesgo de los trastornos mentales y del comportamiento, como los entornos familiares inestables y los malos tratos.

- Integrar a la familia de M. R. a los cuidados estéticos de ella.

Fundamentación:

Se debe considerar el entorno como un centro de acción y escenario del proceso de cuidado, sin el cual no es posible promover, lograr y mantener el bienestar en armonía con la salud y los estados emocionales.

□ DIAGNÓSTICO

Estado de intranquilidad de M. R. debido a la relación conflictiva intrafamiliar.

-Objetivo

M.R. será capaz de recuperar su estado de tranquilidad en el menor tiempo posible.

Intervenciones de enfermería:

- Presentarse ante M. R. con nombre de pila y explicarle porque y para qué estamos ante ella.

Fundamentación:

Favorece el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera/o y M. R, lo cual es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.

- Promover la empatía en la relación entre enfermero/a y M. R.

Fundamentación:

Comprender el problema desde la perspectiva de M. R, y la información brindada acorde a su situación y posible resolución de la misma, le permitirá participar más activamente en las decisiones sobre su cuidado en la relación conflictiva con su hermana.

- Utilizar técnicas de comunicación que ayuden a clarificar y planificar la estrategia para alcanzar un afrontamiento adecuado de M. R.

Fundamentación:

El profesional intenta hacer surgir en la otra persona sus capacidades y recursos latentes para que él mismo sea capaz de afrontar su situación y pueda buscar soluciones a los problemas que se plantean.

- Solicitar la presencia de la hermana de M. R. para dialogar, estableciendo una estrategia para la resolución del conflicto con María Rosa.

Fundamentación:

La discusión constructiva de las diferencias, así como la resolución o mejoramiento de las potenciales causas de estrés nos permite construir una relación de dialogo y comunicación indispensable para una buena convivencia. Uno debe fundamentalmente focalizarse en el problema y no en los individuos.

- Solicitar interconsulta para M. R. con la asistente social de la institución.

Fundamentación:

La relación de ayuda es una relación terapéutica que se establece entre dos personas, cara a cara; llegando a la certeza de que no está solo y que puede enfrentar su conflicto de una manera más clara.

- Registro de enfermería de los diversos procedimientos realizados en función del bienestar de M. R.

Fundamentación:

Nos permitirá contar con información para la elaboración de estudios científicos y/o valorar el resultado alcanzado.

CONCLUSION

Por lo que se refiere al paradigma de la transformación, representa una apertura al mundo y al universo y define los fenómenos como único. En este sentido, la persona se concibe como un ser único que forma parte de un entorno cambiante. Dicha persona vive experiencias de salud y enfermedad y obtiene de ellas significados, a lo que contribuyen los profesionales enfermeros, mediante su acompañamiento y cuidados.

El cuidado reflexivo, complejo y total contempla incorporar, aparte de los conocimientos referentes a la enfermedad, aquellos relacionados con su etapa de desarrollo, contexto, preferencias y, en general, las diferentes esferas vitales.

Si, por contra, los profesionales enfermeros se siguen situando en el paradigma positivista o de la categorización o integración, en el que se busca el reconocimiento mediante una mirada biomédica y reduccionista, se perderá el tren de la actualidad, de la responsabilidad y del compromiso profesional.

En general el papel de enfermería en la atención y el cuidado de las personas en tratamiento sustitutivo renal y a sus cuidadores son fundamentales, pero cuidar a una persona con enfermedad crónica es difícil. Requiere hacer una valoración integral inicial personal y familiar, y establecer una serie de objetivos encaminados a satisfacer las necesidades de salud física (manejo de los signos y síntomas, y del tratamiento, y control de la enfermedad), psicológicas (proceso de duelo, estrategias de afrontamiento, presencia de ansiedad, estrés, miedo, indefensión, aislamiento social) y socioeconómicas (situación laboral y familiar, recursos humanos y materiales necesarios y disponibles); para lo cual se valdrá de la comunicación terapéutica como parte del rol del profesional de enfermería siendo necesaria tres cualidades básicas: la empatía, el respeto y la autenticidad. Es así que todas las necesidades de las personas en tratamiento son complejas y cambiantes, y precisan de un abordaje.

Plantear el cuidado con esta perspectiva parece algo difícil y extraño a la realidad diaria, pero lo que parece fuera de la realidad es seguir midiendo la TA, priorizando el seguimiento de soportes tecnológicos y las dietas o el “acto reflejo de cuidar” y “renegando” cuando se percibe que algún parámetro no es el adecuado a la situación. No se pretende hacer una crítica a esta acción, sino cuestionar el sistema que mide, evalúa y premia las intervenciones, los objetivos que solo sabe medir lo cuantitativo, lo paramédico y lo mal llamado “objetivo”. ¿Para cuándo la narrativa, la expresión de los sentimientos y las vivencias, el respeto y el reconocimiento del otro?

RECOMENDACIONES

Esta obra es representada en su esencia por el proverbio chino “si das pescado a un hombre hambriento, le nutres una jornada; si le enseñas a pescar, le nutrirás toda la vida” (Lao-tsé).

Esta monografía busca ser una valiosa herramienta de trabajo y asesoramiento profesional fundamentando que el desarrollo de una relación ayuda –confianza entre enfermero/a y paciente promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos e implica congruencia, empatía, afecto no posesivo y una comunicación eficaz; realizando en ocasiones el cuidado en dependencia de la habilidad del enfermero/a para percibir y afirmar la subjetividad del otro que se manifiesta en acciones, palabras y maneras de ser que traen a la luz la experiencia personal de la persona. Otra dimensión expuesta en este proceso es la habilidad de la enfermera para sentirse unida y cercana al otro y experimentar e imaginar sus sentimientos. Es así que la práctica del cuidado en Enfermería envuelve nutrición, creación y cultivo del potencial para ocasiones de cuidado.

A partir de esto se avizora como principales recomendaciones la promoción de la gestión del cuidado en forma oportuna, segura y satisfactoria; el imperativo ético de conservar claridad en los pensamientos y no cometer ninguna violación que influya de manera negativa en la atención a la persona en tratamiento sustitutivo renal y programar todas las actividades en forma coordinada, continuadas y a largo plazo; integrando a la persona en tratamiento, a la familia y al personal de la salud del equipo interdisciplinario.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1-Barón González, M.-Lacasta, M.A.-Ordóñez, A. El síndrome de Agotamiento en Oncología. España: ed. Médica Panamericana; 2008.
- 2-Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero.Barcelona: ed.Elsevier Masson; 2007.
- 3-Medina JL. Deseo de cuidar y voluntad de poder. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona; 2005.
- 4-Daugirdas, John. Manual de Diálisis. 4ªed. Barcelona (España): Wolters Kluwer; 2008.
- 5-Watson M, Lucas C, Hoy A, Back I, editores. Síntomas psiquiátricos en cuidados paliativos. Manual de Oxford de cuidados paliativos. Serie Manuales Biblioteca. Madrid: aula médica; 2005 p.421-9.
- 6-López-Parra.M. & “et al.” Unidad de hemodiálisis. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. España: Mosby-Doyma; 2006
- 7-Harmer, B. y Henderson, V. Tratado de enfermería teórica y práctica. México; ed. La Prensa Médica Mexicana 2º; 1959.
- 8-Harmer, B. y Henderson, V. Tratado de enfermería teórica y práctica. México; ed. La Prensa Médica Mexicana 2º; 1959.
- 9-Harmer, B. y Henderson, V. Tratado de enfermería teórica y práctica. México; ed. La Prensa Médica Mexicana 2º; 1959.
- 10-Harmer, B. y Henderson, V. Tratado de enfermería teórica y práctica. México; ed. La Prensa Médica Mexicana 2º;
- 11-López Marure E, Vargas León R. La comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente. Rev. Enferm. IMSS [Internet]. 2002[citado 18 abril 2019]; 10(2):93-102.Disponible en: <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/COM.ENF.pd10->. Urra M Eugenia, Jana A Alejandra, García V Marcela. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Cienc enferm. 2011 [citado 16 abril 2019]; 17(3). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es

12-Urra M Eugenia, Jana A Alejandra, García V Marcela. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Cienc enferm. 2011 [citado 18 abril 2019]; 17(3). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es-

13-Socorro Guzmán Tello M. El cuidado humano en la formación del estudiante de enfermería según la teoría de Jean Watson– Chiclayo, Perú 2011 [tesis]. Chiclayo, Perú; 2013 [citado 06 mayo 2019]. Disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/217>

14-Sieloff, L. y Messmer, R. Marco de sistemas de interacción y teoría intermedia de la consecución de objetivos. En: Alligood, Martha Raile-Tomey, ann marriner. Modelos y teorías en enfermería. VII edición. España: ed. Elseiver; 2011. 286-308.

15-Sastre beceiro, Delgado, Raúl. Ansiedad, depresión, tristeza y desesperanza. En: Martínez BC, Monleón MJ, Carretero YL, García-Baquero TM. Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida. Barcelona, España: ed. Elseiver; 2012. P.202-210

16-Tamayo Dolores B. Trastornos del estado de ánimo. En: Tamayo dolores B. Enfermería en Psiquiatría. España, Barcelona: ed. Monsa; 2016. P. 171-193

17-Rogers CR. Teoría da terapia, personalidade e relacoes interpeessoais. En: Koch S. psychology: a study of a science. Nueva Yorck: Mc Graw-Hill vol 3; 1959. P. 184-256.

18-Tamayo Dolores B. Trastornos de ansiedad. En: Tamayo Dolores B. Enfermería en Psiquiatría. España, Barcelona: ed. Monsa; 2016. P.109-123

19-Tamayo Dolores B. Trastornos del estado de ánimo. En: Tamayo Dolores B. Enfermería en Psiquiatría. España, Barcelona: ed. Monsa; 2016. P. 171-193

20-Gómez, patricia-Zylinski, Vanesa. Seguridad emocional y cuidados de enfermería. Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington, D.C: OPS; 2011. P.189-210

21-Gómez, patricia-Zylinski, Vanesa. Seguridad emocional y cuidados de enfermería. Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington, D.C: OPS; 2011. P.189-210.

22-Baquero, Carbelo. Humor en cuidados paliativos. En: Martínez BC, Monleón MJ, Carretero YL, García-Baquero TM. Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida. Barcelona, España: ed. Elseiver; 2012.p. 291-294.

23-Urra M Eugenia, Jana A Alejandra, García V Marcela. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Cienc enferm. 2011 [citado 18 abril 2019]; 17(3). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es

24-Molero, Vicente J.-Gil Gonzalez, Olga. ¿Se puede tratar eficazmente el dolor al final de la vida? En: Martínez BC, Monleón MJ, Carretero YL, García-Baquero TM. Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida. Barcelona, España: ed. Elseiver; 2012.p.77-85.

BIBLIOGRAFIA

1-Ayala B, Torres MC, editores. Niveles de planificación en la gestión del cuidado. Rio Gallegos, Argentina: Primer seminario Internacional de Gestión del Cuidado enfermero. Universidad Nacional de la Patagonia Austral; 2008.

2-Baquero, Carbelo. Humor en cuidados paliativos. En: Martínez BC, Monleón MJ, Carretero YL, García-Baquero TM. Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida. Barcelona, España: ed. Elseiver; 2012.p. 291-294.

3-Carbelo B. El humor en la relación con el paciente. Una guía para profesionales de salud. Barcelona: ed. Elseiver; 2008.

4-Daugirdas, John. Manual de Diálisis. 4ªed. Barcelona (España): Wolters Kluwer; 2008.

5-Gómez, patricia-Zylinski, Vanesa. Seguridad emocional y cuidados de enfermería. Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington, D.C: OPS; 2011. P.189-210.

6-Harmer, B. y Henderson, V. Tratado de enfermería teórica y práctica. México; ed. La Prensa Médica Mexicana 2ª;1959.

7-López-Parra.M. & "et al." Unidad de hemodiálisis. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. España: Mosby-Doyma; 2006.

8-Martínez Alonso JA. Diccionario de latim jurídico e frases latinas. Vtória: UFES; 1998.

9-Martínez BC, Monleón MJ, Carretero YL, García-Baquero TM, editores. Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida. Barcelona, España: ed. Elseiver; 2012.

10-Maslow A. Motivación y personalidad. Madrid: ed. Díaz de Santos; 1991.

11-Pilar Isla. Enfermería Clínica Avanzada. España, Barcelona: ed. Elseiver; 2014.

12-Rogers CR. Teoría da terapia, personalidade e relacoes interpessoais. En: Koch S. psychology: a study of a science.Nueva Yorck: Mc Graw-Hill vol 3; 1959. Pp 184-256.

13-Sastre beceiro, Delgado, Raúl. Ansiedad, depresión, tristeza y desesperanza. En: Martínez BC, Monleón MJ, Carretero YL, García-Baquero TM. Enfermería en

cuidados paliativos y al final de la vida. Barcelona, España: ed. Elseiver; 2012. P.202-210.

14-Sieloff, L. y Messmer, R. Marco de sistemas de interacción y teoría intermedia de la consecución de objetivos. En: Alligood, Martha Raile-Tomey, ann marriner. Modelos y teorías en enfermería. VII edición. España: ed. Elseiver; 2011. 286-308.

15-Tamayo Dolores B. Enfermería en Psiquiatría. España, Barcelona: ed. Monsa; 2016.

16-Valverde C. Comunicación terapéutica en enfermería. Madrid: ed. DAE S.L.; 2007.

17-Watson M, Lucas C, Hoy A, Back I, editores. Síntomas psiquiátricos en cuidados paliativos. Manual de Oxford de cuidados paliativos. Serie Manuales Biblioteca. Madrid: aula médica; 2005 p.421-9.

18-Zeccheto V. La danza de los signos. Nociones de semiótica general. Buenos Aires: ed. La crujía; 2006.