



**Universidad
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**“CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN
PACIENTES QUE ACUDEN A LA TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL
DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN LA CLÍNICA SANTA ANA,
2021”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN ENFERMERÍA EN NEFROLOGÍA**

PRESENTADO POR:

Lic. JORGE ERNESTO BIVIANO CAMONES

ASESOR:

MG. REWARDS PALOMINO TAQUIRE

LIMA – PERÚ

2021

DEDICATORIA

El presente trabajo es dedicado a Dios, mi familia que está a mi lado, en especial a mi madre, por ser el pilar fundamental en mi formación como profesional y persona.

AGRADECIMIENTO

A todos los docentes de la especialidad, por su orientación, motivación constante y apoyo.

A mi madre, por sus enseñanzas atiborradas de valores, ética y moral, cuyos recuerdos siempre están presentes en mí.

ASESOR:
MG. REWARDS PALOMINO TAQUIRE

JURADO

Presidente : Dra. Susan Haydee Gonzales Saldaña

Secretario : Mg. Milagros Lizbeth Uturnco Vera

vocal : Mg. Magdalena Petronila Rojas Ahumada

ÍNDICE

	Pág.
1. EL PROBLEMA	9
1.1. Planteamiento del problema	9
1.2. Formulación del problema	10
1.2.1. Problema general	10
1.2.2. Problemas específicos	11
1.3. Objetivos de la investigación	11
1.3.1. Objetivo general	11
1.3.2. Objetivos específicos	11
1.4. Justificación de la investigación	12
1.4.1. Teórica	12
1.4.2. Metodológica	12
1.4.3. Práctica	13
1.5. Delimitaciones de la investigación	13
1.5.1. Temporal	13
1.5.2. Espacial	13
1.5.3. Recursos	13
2. MARCO TEÓRICO	14
2.1. Antecedentes	14
2.2. Bases teóricas	18
2.3. Formulación de hipótesis	28
2.3.1. Hipótesis general	28
2.3.2. Hipótesis específicas	28
3. METODOLOGÍA	30
3.1. Método de la investigación	30
3.2. Enfoque de la investigación	30
3.3. Tipo de investigación	30
3.4. Diseño de la investigación	30
3.5. Población, muestra y muestreo	31
3.6. Variable y operacionalización	32

3.7.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	35
3.7.1.	Técnica	35
3.7.2.	Descripción de instrumentos	35
3.7.3.	Validación	35
3.7.4.	Confiabilidad	35
3.8.	Plan de procesamiento y análisis de datos	36
3.9.	Aspectos éticos	36
4.	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	37
4.1.	Cronograma de actividades	37
4.2.	Presupuesto	38
5.	REFERENCIAS	39
	ANEXOS	48
	MATRIZ DE CONSISTENCIA	49
	INSTRUMENTOS	50
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	54

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La organización mundial de la salud (OMS) declaró como pandemia la enfermedad infectocontagiosa denominada coronavirus infectious disease-19, la misma que se ha iniciado en gran parte del mundo ocasionando millones de muertes, y puesto en alerta máxima, a todos los sistemas de salud, asimismo, haciendo notar todas las deficiencias en cuanto a la capacidad instalada y la gestión administrativa de los hospitales donde el profesional de enfermería cumple un papel importante (1).

En este mismo orden de ideas, los enfermeros antes del inicio de la pandemia se enfrentaban a situaciones conocidas antes del brote del Covid-19 en relación a la sobre carga laboral, falta de insumos biomédicos y dispositivos de protección personal e incluso no contar con una estabilidad laboral con contratos por prestación de servicios o por terceros, situación que solo se observa en el Perú agudizando el problema sanitario y deslegitimizando la labor del enfermero (2).

La esencia del cuidado de la persona no tiene distinción alguna puesto que se enfoca en las dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual, para ello se requiere que el profesional de enfermería ponga de manifiesto el pensamiento crítico, las habilidades técnicas, conocimiento científico y sensibilidad humana (3).

La declaración del estado de emergencia sanitaria a nivel internacional y en países en vías de desarrollo, tanto los organismos internacionales hacen énfasis en redoblar esfuerzos colectivos para frenar los contagios que viene golpeando de manera desigual a los grupos sociales vulnerables entre ellos a los profesionales de enfermería en número de casos y defunciones por regiones (4).

En este contexto, las personas adultas mayores con enfermedades crónicas degenerativas fueron declaradas como el grupo humano altamente vulnerables, como son los pacientes con enfermedad renal crónica, en este contexto, estos pacientes atraviesan por diferentes cambios fisiológicos que afectan su estilo de vida y la manera de enfrentar el tratamiento de remplazo renal todos los días (5).

Algunos estudios demuestran que los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas durante la pandemia presentaron mayores complicaciones en su estado de salud, esto relacionado con el aspecto psicológico y nutricional alterando de esta manera fundamentalmente su calidad de vida en algunos casos, deberán enfrentar la muerte antes de haber recibido el tratamiento dialítico (6).

Dado que el tratamiento de hemodiálisis generalmente implica visitar el hospital dos o tres veces por semana durante más de aproximadamente 3 horas cada vez, se cree que tiene un gran efecto en la calidad de vida de los pacientes renales, debido a la complejidad de la terapia con múltiples fármacos les hace conscientes del alto riesgo de eventos adversos que conlleva al incumplimiento posterior (7).

Por ello, la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis evita que los pacientes obtengan el beneficio completo de los medicamentos recetados y se asocia con un aumento de la mortalidad y las hospitalizaciones por complicaciones; es decir, el cumplimiento de la terapia o adherencia al tratamiento de hemodiálisis con medicamentos es un componente clave del manejo efectivo de los pacientes (8).

La calidad de vida es de vital importancia para los pacientes con ERC, por la condición que enfrentan deben afrontar la enfermedad e implicaciones dependen de los recursos controlados por el paciente como son la ansiedad y estado depresivo que se manifiestan a menudo, ya que se les exige que se adapten a la enfermedad, además de cumplir con los rigurosos requisitos del tratamiento (9).

La adherencia al tratamiento en pacientes en hemodiálisis es uno de los objetivos importantes de enfermería para mejorar la calidad de vida de estos pacientes; es decir, el enfoque del tratamiento en estos pacientes puede desempeñar un papel fundamental en la mejora del nivel de salud y la sensación de bienestar (10).

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, 2021?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es la calidad de vida en el estado funcionalidad en pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, 2021?

¿Cuál es la calidad de vida en el estado de bienestar en pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, 2021?

¿Cuál es la calidad de vida en el estado general en pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, 2021?

¿Cuál es la adherencia al tratamiento en pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, 2021?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, 2021.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar la calidad de vida en el estado funcionalidad en pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, 2021.

Identificar la calidad de vida estado de bienestar en pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, 2021.

Identificar la calidad de vida en estado general en pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, 2021.

Identificar la adherencia al tratamiento en pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, 2021.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

En la investigación hay una justificación teórica que tiene como propósito generar reflexión y debate académico sobre el conocimiento existente sobre la calidad de vida y la adherencia al tratamiento en pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal, para así confrontar una teoría, contrastar resultados o hacer una epistemología del conocimiento existente logrando afianzarlo científicamente; asimismo, la hemodiálisis aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad y puede exacerbar el estrés emocional y social afectando su calidad de vida del paciente conllevando a cumplir estrictamente su tratamiento de reemplazo renal.

1.4.2. Metodológica

El estudio es de suma relevancia en el ámbito hospitalario, servirá de base para futuros estudios similares sobre la calidad de vida y adherencia al tratamiento en los pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19; según su problemática, la base teórica y su metodología abordada.

1.4.3. Práctica

La justificación práctica consiste en que los resultados de la investigación proponen estrategias que serán aplicados en la práctica de enfermería y por ende resolverán o contribuirán a resolver el problema principal del trabajo acerca de la calidad de vida y la adherencia al tratamiento en pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal, para que de esta manera los profesionales de enfermería apliquen una educación para la salud promoviendo la toma de conciencia para elevar su calidad de vida y con ello para poder adherirse al tratamiento de la hemodiálisis.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

El presente trabajo de investigación se desarrollará en los meses de septiembre a diciembre del presente año.

1.5.2. Espacial

El proyecto de investigación se desarrollará en la ciudad, provincia y distrito de Lima, en la Unidad de Terapia de Reemplazo Renal de la Clínica Santa Ana.

1.5.3. Recursos

Se cuenta con los recursos humanos, materiales, herramientas y financieros necesarios; así como se tendrá la autorización del director de la Clínica Santa Ana, la enfermera jefa de la Unidad de Terapia de Reemplazo Renal, los profesionales de enfermería y los pacientes con enfermedad renal terminal.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Antecedentes Internacionales

Gross, et al., (2021) tuvieron como objetivo *“Identificar la relación entre la calidad de vida percibida y adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en Cuba”*, investigación de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, corte transversal y de diseño correlacional, utilizó como técnica la encuesta y un muestreo probabilístico constituido por 32 pacientes con enfermedad renal crónica terminal. Aplicó dos instrumentos, uno para medir la calidad de vida percibida y otro para medir la adherencia al tratamiento. Los resultados fueron que el 56.3% tuvieron una calidad de vida regular, 25% buena y 18.7% mala; y la adherencia al tratamiento fue regular 52%, buena 40% y mala 8%. Las conclusiones fueron que los pacientes poseen adherencia media al tratamiento y una calidad de vida percibida regular, la salud física se mostró dentro de las más afectadas, observándose una valoración negativa con respecto a la enfermedad la consideró como grave o muy grave, se apreciaron afectaciones al sueño, síntomas de la enfermedad terminal valorados mayormente como severos o muy severos (11).

Maderifar, et al., (2019) en su investigación tuvieron como objetivo *“Determinar la calidad de vida sobre la base de la adherencia al tratamiento en pacientes en hemodiálisis que se presentan a centros de hemodiálisis afiliados a la Universidad de Ciencias Médicas Shahid Beheshti en Irán”*. Realizó un estudio de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, corte transversal y diseño correlacional, mediante la técnica de la encuesta estudio con una muestra de 200 pacientes con enfermedad renal crónica terminal, donde aplicaron los instrumentos para medir la calidad de vida y adherencia al tratamiento. Los resultados fueron que la calidad de vida de pacientes fue mala 50.4% y regular 49.6%, y la adherencia al tratamiento fue deficiente 85.3% y eficiente 14.7%. Las conclusiones fueron que los proveedores de atención médica pueden promover la calidad de vida de pacientes centrándose en la planificación de programas para enfatizar el papel de la educación y las intervenciones que mejoran la adherencia al tratamiento en estos pacientes (12).

Thapa, et al., (2021) buscaron “*Evaluar la relación entre la calidad de vida y la adherencia al tratamiento en pacientes en hemodiálisis en Nepal*”. Realizó un estudio de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, corte transversal y diseño correlacional, mediante la técnica de la encuesta cuya muestra estuvo conformada por 96 pacientes renales terminales. Aplicaron los instrumentos, uno para medir la calidad de vida y otro para medir la adherencia al tratamiento. Los resultados fueron que el 54.1% de encuestados tuvo una adherencia moderada al tratamiento mientras que el 31.2% con una buena adherencia; los dominios más altas y más bajas en la calidad de vida y adherencia al tratamiento fueron el dominio social e impacto de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, y restricción de la dieta. Las conclusiones fueron que en promedio la dimensión del componente de enfermedad renal de la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis es mayor y el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis fue moderado; por lo tanto, el asesoramiento adecuado sobre la enfermedad y su impacto a largo plazo, seguimiento regular así como la información sobre el cumplimiento de las medidas dietéticas son importantes para mejorar la calidad de vida y la adherencia al tratamiento de los pacientes en hemodiálisis (13).

Dabrowska, et al., (2018) buscaron “*Evaluar la calidad de vida de pacientes tratados con hemodiálisis en Polonia*”. Realizó un estudio de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo y de corte transversal, mediante la técnica de la encuesta con una muestra de 140 pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica terminal. Aplicó un instrumento para medir la calidad de vida. Los resultados fueron que los pacientes que recibieron diálisis peritoneal evaluaron su calidad de vida en sus diferentes dimensiones como mucho más alta que los pacientes que recibieron tratamiento de reemplazo renal; asimismo, el parámetro de mayor impacto negativo en la calidad de vida de pacientes en hemodiálisis fue la imposibilidad de continuar con el trabajo o los estudios y un cambio de planes de vida. Los pacientes que recibieron diálisis peritoneal evaluaron mejor la voluntad de vivir en comparación con pacientes que recibieron hemodiálisis. Las conclusiones fueron que, para mejorar el funcionamiento de pacientes en hemodiálisis de la manera más similar a las personas sanas, la terapia de reemplazo renal debe considerar las necesidades y expectativas individuales de los pacientes, es decir, garantizar horarios flexibles de trabajo o estudio y recibir tratamiento de hemodiálisis (14).

Antecedentes nacionales

Carranza, (2019) busco *“Analizar la asociación entre la adherencia terapéutica y calidad de vida de las personas en terapia de hemodiálisis en un Centro de Hemodiálisis en Cajamarca”*. Realizó un estudio de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, corte transversal y diseño correlacional, mediante la técnica de la encuesta con una muestra de 32 pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica terminal. Se aplicaron dos instrumentos, uno para medir la calidad de vida y otro para medir la adherencia al tratamiento de hemodiálisis. Los resultados fueron que la adherencia terapéutica alcanzó nivel alto 90.6% y moderado 9.4%; sobresaliendo las dimensiones de seguimiento médico conductual y autoeficacia 93.8% en ambas y 84.4% en control de medicamentos y alimentación. La calidad de vida presenta un nivel de afectación leve 50% y moderada 50%, sobresaliendo las dimensiones de salud mental moderada 96.9% y física moderada 87.5% respectivamente. Las conclusiones del estudio fueron que la dimensión menos afectada es la sintomatología y/o problemas leves; la carga y efectos de la enfermedad presentan tres modos de afectación severa, moderada y leve (15).

Flores, et al., (2019) busco como objetivo *“Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital III Honorio Delgado en Arequipa”*. Realizó un estudio de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, corte transversal y diseño correlacional, mediante la técnica de la encuesta estudio con una muestra que estuvo constituida por 60 pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica. Aplicaron los instrumentos, uno para medir la calidad de vida y otro para medir la adherencia al tratamiento. Los resultados fueron que los pacientes con enfermedad renal crónica presentaron una adherencia al tratamiento satisfactoria 87% y mediana 13%; y la calidad de vida es mala 65%, regular 27% y buena 8%; la adherencia al tratamiento relacionada con la calidad de vida es mala en un 75%, la adherencia al tratamiento relacionada con la calidad de vida es regular 12.5%. Las conclusiones fueron que los pacientes con enfermedad renal crónica mantienen una adherencia al tratamiento satisfactoria y mediana a pesar que la calidad de vida es mala en su mayoría de ellos propio de la atención y cuidado sus necesidades reales tanto físicas como psicológicas (16).

Mariscal, et al., (2018) buscaron como objetivo *“Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray en Trujillo”*. Realizó un estudio de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, corte transversal y diseño correlacional, mediante la técnica de la encuesta estudio una muestra de 76 pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica terminal. Aplicó los instrumentos, uno para medir la calidad de vida y otro para medir la adherencia al tratamiento. Los resultados fueron que los pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de reemplazo renal de hemodiálisis obtuvieron una estimación del caso en un 60.5% con una adherencia al tratamiento y no adherencia al tratamiento de 39.5%; mientras que en la calidad de vida en los pacientes en hemodiálisis se obtuvo una buena calidad de vida de los encuestados con una frecuencia de 40.8% mientras que 59.2% de mala calidad. Las conclusiones fueron que los pacientes en tratamiento de hemodiálisis presentaron su calidad de vida es buena y la adherencia al tratamiento resulto desfavorable (17).

Mallqui, et al., (2021) tuvieron como objetivo *“Determinar la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis en el Centro de Hemodiálisis del Hospital Regional en Ica”*. Realizó un estudio de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, y de corte transversal, mediante la técnica de la encuesta estudio una muestra probabilística, con una población constituida por 70 pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica. Aplicó un instrumento para medir la calidad de vida. Los resultados fueron que los pacientes con tratamiento de hemodiálisis tienen de 50 a 59 años 50%, sexo femenino 69%, instrucción superior 70% y dependientes 71%; asimismo la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica tiene baja calidad de vida 64% y alta 36%, de acuerdo con las dimensiones es baja en la función física 71%, rol físico 69%, dolor corporal 71%, salud general 71%, vitalidad 70%, función social 64%, rol emocional 70% y salud mental 61%. Las conclusiones fueron que la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de reemplazo renal de hemodiálisis presentó un nivel bajo; por ello, los profesionales de enfermería deben establecer frecuentemente programas de autoayuda a este grupo de pacientes con la familia para que forme parte de las actividades terapéuticas, fortalecer sus capacidades de afrontar su enfermedad y tratamiento, así se mejore así su calidad de vida (18).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Calidad de vida

La calidad de vida es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que viven, y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones; asimismo, es el producto de la interacción de las condiciones sociales, sanitarias, económicas y ambientales que inciden en el desarrollo humano y social de la población sana y/o enferma (19).

Por otra parte, abarca las características positivas y negativas de la vida; es decir, responde a los acontecimientos de la vida como son el bienestar general de las personas y las sociedades, incluidos no solo la riqueza y el empleo, sino también el entorno construido, la salud física y salud mental, la educación, la recreación y el tiempo libre y la pertenencia social; además, es el estado de interacción de condicionantes de salud y/o enfermedad, especialmente las consecuencias de su bienestar físico, emocional y social (20).

Asimismo; brinda condiciones de vida de una persona; como la satisfacción experimentada por la persona en dichas condiciones vitales; como la combinación de los componentes objetivos y los subjetivos, es decir, la calidad de vida es definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que está experimentando y como la combinación de las condiciones de vida y de la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales de la población o la sociedad (21).

Generando bienestar general de los individuos y las sociedades en la salud física y mental, educación, recreación, a menudo está ligada a las oportunidades disponibles para las personas, significado y propósito que asignan a sus vidas y al grado en que disfrutan de las posibilidades disponibles, así como la variedad de atributos, como pertenencia, realización, autoimagen, autonomía, sentimientos y actitudes de los demás; al mismo tiempo, estos indicadores carecen de una métrica única de una agregación simple de la vida (22).

2.2.1.1. Dimensiones de la calidad de vida

2.2.1.1.1. Calidad de vida en la dimensión estado funcional

El concepto, estado funcional, se puede definir mejor como el nivel de actividades realizadas por un individuo para satisfacer las necesidades de la vida diaria en diferentes aspectos de la vida, incluidos los aspectos físicos, psicológicos, sociales, espirituales e intelectuales y el de los roles; asimismo, se espera que el nivel de desempeño corresponda a las expectativas normales en la naturaleza, estructura y condiciones del individuo; es decir, el estado funcional es una medida de la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria de forma independiente, que se utiliza como una evaluación de gravedad de la discapacidad que afronta la persona (23).

2.2.1.1.2. Calidad de vida en la dimensión estado de bienestar

El estado de bienestar de la persona; es decir, un concepto clave en la protección y promoción del bienestar económico y social de los ciudadanos, se basa en los principios de igualdad de oportunidades, distribución equitativa de la riqueza y responsabilidad pública para quienes no pueden valerse de las disposiciones mínimas para una buena vida; el término general puede abarcar una variedad de formas de organización económica y social; que suele incluir la provisión pública de educación básica, servicios de salud y vivienda; en este sentido, el estado de bienestar es considerablemente muchos casos presenta una cobertura de salud integral y de la provisión de la educación terciaria subsidiada por el estado (24).

2.2.1.1.3. Calidad de vida en la dimensión estado general

El estado general de la calidad de vida, es un concepto amplio que describe el bienestar y la satisfacción con la vida de las personas, no existe una definición única, estricta y universalmente aceptada para la calidad de vida; por lo tanto, se pudo ver que los conceptos de habitabilidad y calidad del lugar se utilizan a veces para definir la calidad de vida, también muestran que la “felicidad”, “satisfacción con la vida” y “bienestar”; como la calidad de vida se refiere a la opinión individual, el contexto juega un papel importante en su opinión sobre su entorno de vida o medio ambiente; donde personas en diferentes contextos al tener diferentes condiciones, tienen diferentes preocupaciones sobre aspectos de la vida (25).

2.2.1.2. Calidad de vida del paciente renal

Los pacientes con enfermedad renal terminal requieren tratamiento de reemplazo renal tres veces por semana por más de 3 a 4 horas aproximadamente; asimismo, puede aumentar el estrés de los pacientes terminales al asistir al tratamiento de diálisis; la angustia psicológica causada por estas circunstancias hace que los pacientes desarrollen un empeoramiento de síntomas como depresión, ansiedad o insomnio; estas preocupaciones relacionadas a su calidad de vida pueden hacer que los pacientes no asistan al tratamiento de hemodiálisis; por lo que pueden empeorar su condición clínica, elevar riesgo de hospitalización y mortalidad (26).

La terapia de reemplazo renal de forma continuada, es angustiante, prolongado, muy estresante, doloroso, inclusive se han visto casos de muertes durante su tratamiento, haciendo que su calidad de vida este disminuida; por ello, la calidad de vida adquiere una importancia creciente como marcador del tratamiento renal, su evaluación permite cuantificar las consecuencias de la enfermedad según la percepción subjetiva del paciente con enfermedad renal terminal y permite ajustar decisiones clínicas a todas sus necesidades físicas, emocionales y sociales (27).

Dado que el tratamiento de reemplazo renal de hemodiálisis tiene un gran efecto en la calidad de vida de pacientes terminales han indicado que algunos aspectos de la vida diaria se reducen progresivamente en pacientes dialíticos; sin embargo, se cree que esta disminución de la calidad de vida influye en el cumplimiento de la medicación o la adherencia al tratamiento; asimismo, los enfermeros han comenzado a enfatizar tanto en prolongar la vida de los pacientes renales terminales como el de mantener y mejorar su calidad de vida, incluidas en sus actividades de la vida diaria, tanto el funcionamiento de roles y en lo social (28).

Asimismo, muchos pacientes al someterse a una terapia con múltiples fármacos, les hace conscientes del alto riesgo de los eventos adversos repercutiendo en su calidad de vida, que conduce al incumplimiento o no adherencia posterior; es decir, el incumplimiento de los medicamentos evita que los pacientes obtengan el beneficio completo de la hemodiálisis y se asocia con un aumento constante de la morbilidad y mortalidad, así como las hospitalizaciones por complicaciones (29).

2.2.1.3. Labor de enfermería en la calidad de vida del paciente renal

La calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal se ve sustancialmente afectada en términos de salud física, mental y social, percepción general de salud y carga de enfermedad, debido a las restricciones dietéticas, cambios en la imagen física, relaciones sociales, en la familia y el trabajo; y deben adaptarse a la enfermedad, el tratamiento y aparición de problemas físicos, emocionales y espirituales; adicionalmente a eso, es posible progresar al duelo y/o depresión, convirtiéndose en un sacrificio para los pacientes, familiares o convivientes, por complicaciones, discapacidad e incluso la muerte repentina (30).

El papel del enfermero es fundamental, dada la condición de paciente renal, más aún cuando están en el tratamiento de reemplazo renal, tanto el enfermero como el paciente sabe que al final de todos los tratamientos y cuidados que se podrían brindar el desenlace tarde o temprano será el tener una muerte. El enfermero debe comprender que mantener una relación enfermero-paciente es una parte fundamental del tratamiento, ya que el ocultamiento de información sobre su enfermedad y pronósticos puede ser contraproducente para dicha relación (31).

El enfermero debe enfocarse en la educación, dar información, crear empatía, fortalecer lazos de amistad y brindar soporte espiritual, es mucho más provecho para el tratamiento tener en cuenta estos aspectos en la relación, ya que fomentar falsas esperanzas y sostener un pronóstico ilusorio puede provocar en el paciente un rechazo y promover una escasa colaboración al momento de realizar su terapia. Por tal motivo la calidad en la atención, así como la calidad humana es el compromiso de todo buen enfermero en esta área (32).

En esta época de pandemia ha sido una etapa muy difícil y si bien para el enfermero los cuidados y atenciones serán según el grado de dependencia y el rol que se asumirá, esto quiere decir que por el grado de afectación estos pacientes tienden a ser de dependencia e incluso en el tramo más decisivo de sus vidas el de afrontar una muerte digna, el enfermero debe preparar al paciente para que este tránsito inevitable de su tratamiento sea lo más llevadero posible y brindar los cuidados que sean necesarios para prepararlo a una muerte con dignidad (33).

2.2.1.4. Teoría del afrontamiento Callista Roy

En su teoría de enfermería, Roy coloca a las personas en el centro de un sistema complejo, a diferencia de las demás comienza con una línea de pensamiento desde la visión individual que conecta el individuo y el medio ambiente. Roy menciona tres tipos de estímulos que tiene un efecto permanente en las personas entre estos estímulos están los focales, contextuales y los residuales; Roy llama estímulos focales, a los estímulos que son percibidos por el organismo y los sentidos ya que golpea a la persona de manera instantánea y directa (34).

Los enfermeros ahora tienen diferentes mecanismos adaptativos, por un lado, el mecanismo regulador para evocar reflejos, por otro, el mecanismo de reconocimiento que almacena experiencias y conecta a situaciones similares. Según Roy, la adaptación se da cuando las posibilidades psicológicas regulan las necesidades físicas. El autoconcepto individual regula la integridad mental, el comportamiento del rol supone que la persona sabe lo que se espera de él (35).

La interdependencia se basa finalmente en el equilibrio entre la dependencia y la independencia con el medio ambiente que le rodea, según Roy, las dos últimas modificaciones mencionadas son los factores decisivos para la integridad social de una persona. El objetivo de enfermería es solucionar problemas de adaptación que se presenten conforme van apareciendo en el desarrollo de su labor, el individuo se esfuerza por lograr un equilibrio entre estos sistemas y el mundo exterior, pero no existe un equilibrio absoluto, es por ello que los enfermeros se esfuerzan por sobrellevar un entorno muchas veces adverso y abrumador (36).

El objetivo de Roy para la enfermería es el fomentar la adaptación en cada etapa de sus funciones, y de las cuatro modalidades para contribuir a la salud, la calidad de vida y la muerte digna en el caso de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal de la persona. Estos cuatro modos son la modalidad fisiológicos, autoimagen, función de rol y la interdependencia; Roy utiliza un proceso de enfermería de seis pasos los cuales son la evaluación de los comportamientos; la evaluación de los continuos estímulos a la cual están expuestos, el diagnóstico de enfermería, la fijación de metas a cumplir, intervenciones y las evaluaciones (37).

2.2.2. Adherencia al tratamiento

Diferentes conceptos se manejan cuando se trata o refiere al consumo o no de medicamentos o de realizar determinadas tareas que contribuyen a la salud, términos como cumplimiento y adherencia son utilizados en la literatura sobre el cumplimiento de un tratamiento. Se debe informar que el cambio en estos conceptos se debe a la diferenciación en la estructura de la relación médico-paciente, esto debido a la existencia de diferentes términos sobre este tema, se experimenta complejidad y ambigüedad sobre el alcance de estos conceptos (38).

En términos de calidad y cantidad, parece que en la relación médico/enfermero-paciente es una de las principales dinámicas que configura el concepto de adherencia al tratamiento, más allá de ser uno de los factores causantes o no de la adherencia. En otras palabras, se puede decir que la adherencia al tratamiento se considera como el cumplimiento de un régimen determinado, que es ordenado o llevado a consenso con un profesional de la salud en la cual el paciente se alinea a determinadas formas de conductas relacionadas con la salud (39).

La palabra cumplimiento es admitido en la terminología médica y proviene de la palabra latina *complire*, que significa completar una acción, proceso o hacer una tarea, y el término cumplimiento del paciente se introdujo como tema médico en la década de los setenta. El cumplimiento es el grado en que el comportamiento del paciente cumple con las recomendaciones médicas, es de uso frecuente en la literatura médica, ha sido criticado por tener connotaciones negativas en cuanto a la relación médico-paciente y su uso ha disminuido con el paso del tiempo (40).

En la relación que sugiere estos conceptos, el papel del médico es fundamental, es decir, el decide el tratamiento adecuado y proporcionar las instrucciones pertinentes, mientras que el papel del paciente es seguir pasivamente las instrucciones del médico tratante, en tal sentido el enfermero cumple una labor de fortalecimiento de tales indicaciones médicas, así que la adherencia al tratamiento es la medidas más adecuada y oportuna para un paciente en llevar a cabo su plan de sanación o de recuperación de la salud, en el caso de los pacientes con enfermedad renal crónica sirve para llevar una adecuada calidad de vida (41).

2.2.2.1. Adherencia al tratamiento del paciente renal

La adherencia al tratamiento es un aspecto operatorio donde se inserta el trabajo de educación terapéutica, que consiste en la información técnica, apoyo psicológico, interacción relacional, personalización del mensaje, consulta de posibilidades e involucramiento del paciente. Esto va de acuerdo con la educación terapéutica del paciente y para ello se confía en los profesionales de la salud que están capacitados en el tema y tienen como unos de sus objetivos fundamentales el asegurar que el paciente (o un grupo de pacientes) sean capaces de gestionar el tratamiento de sus enfermedades y prevenir complicaciones evitables (42).

El manteniendo o mejoramiento de la salud es relativo en esta clase de pacientes ya que están transitando por el último periodo de su vida, es debido a que han dejado o tienen muy comprometido su salud más específicamente a la condición y estado de los riñones, los cual les impide la realización de sus actividades diarias. Es difícil pronosticar el estado de salud de estos pacientes; sin embargo, queda claro que el objetivo principal de la adherencia es producir un efecto terapéutico que se suma al de otras intervenciones dadas (farmacológicas, fisioterapia) (43).

El grado de comportamiento (tomar un medicamento, seguir una dieta y cambiar el estilo de vida) corresponde en gran medida a la adherencia al tratamiento; por tanto, es abordado por las instituciones de salud seriamente. Esto es identificado como uno de los pilares para la prevención de la mortalidad y para la contención de costos de sistemas de salud. Hay una gran importancia no solamente en la atención y de hacerlo eficientemente, sino su abordaje correcto ahorrará cuantiosas sumas que servirán para la atención de nuevos pacientes (44).

El mejorar la adherencia dependerá del manejo de la enfermedad en sí y la calidad de vida, el otro es mejorar la colaboración con los cuidadores, la adherencia incluye actividades organizadas y planificadas, apoyos psicosociales diseñados para que los pacientes y familiares sean plenamente conscientes de la enfermedad. Asimismo, informándoles sobre la atención, las características de la organización y procedimientos en la institución sobre el tema de la enfermedad renal, así como comportamientos relacionados con la salud y ser abordados (45).

2.2.2.2. Dimensiones de la adherencia al tratamiento

2.2.2.2.1. Dimensión tratamiento

El paciente al sentir molestias debe llevar un cumplimiento fiel de la terapia, está ampliamente demostrado que la colaboración entre el paciente, los profesionales de salud, familiares y el médico mejora la adherencia del paciente a la terapia. Todos los miembros del equipo deben ser conscientes de la importancia de la adherencia y cómo buscar el diálogo con pacientes y familiares para desarrollar estrategias comunes. Por tal motivo es necesario la asistencia a las citas médicas programadas, así como afianzar una relación de calidad, en la cual se logre una colaboración mutua entre el médico y el paciente, esto ayudará a que el médico muestre disponibilidad, orientación y una adecuada educación sanitaria (46).

2.2.2.2.2. Dimensión alimentación

Un punto importante es el seguir con la dieta brindada, el paciente debe contar siempre con la supervisión del familiar cuidador que debe monitorear su alimentación, ya que de este dependerá su estado de salud y evitar futuras complicaciones. De la misma manera debe dejar costumbres alimenticias que vayan en contra de la terapia, esto quiere decir que alimentos enlatados, que contengan preservantes o muy sazonados o condimentados contribuirán al deterioro funcional físico y mental y de recurrir constantemente al centro de salud. De la misma manera deberán suprimirse todos los líquidos y estos ser obtenidos mediante los alimentos prescritos en la dieta dada por el médico tratante (47).

2.2.2.2.3. Dimensión estilos de vida

Es necesario dejar hábitos nocivos como alcohol y tabaco, en algunos pacientes con vicios puede ser letal, y acelerar el empeoramiento de su salud, por ello los familiares y en especial al cuidador principal cumplen una labor suplantadora de varias necesidades. Es necesario que el paciente haga un autoanálisis sobre su condición actual y ver sus errores y la repercusión en su salud, los familiares son una gran fuente de apoyo para la adaptabilidad del nuevo estado en la cual se encuentran, el solicitar consejería, realizar tareas del hogar, el mejorar su aspecto personal y el de su entorno son tareas que se hacen llevaderas con el compromiso familiar y fortalecen al paciente en las últimas etapas de vida (48).

2.2.2.3. Labor de enfermería en la adherencia al tratamiento

Su papel es preponderante y a la vez complementario ya que en primer lugar se cuenta con las ordenes medicas o la prescripción del medico tratante y de todo su conocimiento, sin embargo, los enfermeros son los encargados de socializar y mantener una estrecha relación con el paciente y familiares, esto no significa que el medico no lo haga. Sino que la labor del enfermero es mayormente asistencial y tienen que ver con aspectos tales como la coordinación y equipo médico y de como estos se relacionan entre sí y de cuál es la mejor manera para poder coordinar esfuerzos conjuntos de manera más eficiente y ahorrar tiempo (49).

Es por ello que el enfermero es el principal fomentador de la adherencia, pues es el encargado de coordinar todo lo relacionado con el estado de salud del paciente, pues es el quien coordina con el medico tratante. Es el encargado de la concientización al paciente, por tal motivo tiene experiencia en la interacción ya sea con el paciente o con sus familiares, ya que maneja técnicas de persuasión, interacción, empatía, domina los aspectos humanos, tanto psicológicos y espirituales, utilizando la toma de decisiones y el compromiso reciproco (50).

Básicamente es el fomentar mediante un comportamiento positivo en la cual se resalta aspectos humanos en el diario vivir, que tienen como objetivo la puesta en marcha de valores y virtudes del paciente y de sus familiares el cual fomenten la revalorización de aspectos humanos, conyugales y sociales. Esto se debe a que hay muchos pacientes crónicos que no siguen su terapia y que han perdido la motivación y esperanza a consecuencia de su enfermedad, el papel del enfermero es educativo y de promoción de la salud en especial a grupos vulnerables (51).

En especial a los pacientes con enfermedad renal etapa terminal, su importancia es facilitar el trabajo del médico, ya que creará las condiciones en la cual el tratamiento trascurra sin problemas y en el caso de presentarse complicaciones será un nexo directo que interpretará fielmente las condiciones del paciente con el médico. No por ello son las indicadas en la realización de campañas de concientización sobre grupos vulnerables, ya que está en mayor contacto con el paciente, contribuyendo en el seguimiento del tratamiento y su adherencia (52).

2.2.2.4. Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem

Dorothea Orem y su teoría del autocuidado forman parte de la filosofía de enfermería, pilar teórico con el que el enfermero puede presentarse al mundo como un intelectual profesional y desempeñarse exitosamente en la práctica in situ. Su teoría del autocuidado ha influido al mundo de la enfermería durante décadas y su pensamiento, todavía se estudia en universidades en la actualidad. El eje de su pensamiento descansa en el ser humano, también conocida como la teoría del déficit de autocuidado es un concepto general que reúne subteorías: teoría del autocuidado; deficiencia del autocuidado y sistemas de enfermería (53).

El metaparadigma de enfermería en la teoría del autocuidado todos los teóricos han construido su pensamiento dentro del mismo metaparadigma de enfermería, es decir la persona, el ambiente, la salud, y la enfermería. Estos cuatro elementos son fundamentales para comprender hasta dónde debe llegar una teoría de enfermería y cuál es su campo de acción en la cual se aplicará. Dorothea Orem define la enfermería como la actividad específica de la enfermera y como ese servicio se activa ayudando a la persona cuando no puede cuidarse solo (54).

En el caso de los pacientes renales la aplicabilidad de su teoría del déficit de autocuidado o del autocuidado es vital, pues describe el paso a paso de como debe ser entendido cada proceso de la suplantación del rol, es decir el enfermero al percatarse que el paciente tiene limitaciones físicas o mentales que le impiden desenvolver libremente, asumirá tal rol como si el paciente lo hiciera si es que estuviera en las condiciones de realizarlo, en pocas palabras el enfermero asume el rol del paciente y realiza todo lo concerniente a su competencia funcional (55).

Esta teoría es especialmente necesario cuando las necesidades de autocuidado son mayores, esto quiere decir cuando estas tareas son laboriosas y difíciles de realizar que demandan al paciente gran despliegue de energías. Así mismo sirve como un referente a seguir para los cuidadores que tendrán la responsabilidad del cuidado de su familiar. El enfermero es el agente de autocuidado altamente competente con trayectoria de capacitación específica que utiliza los sistemas de atención de enfermería y actúa como un proveedor de déficit de autocuidado (56).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

H0: No existe relación significativa entre la calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, 2021.

H1: Existe relación significativa entre la calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, 2021.

2.3.2. Hipótesis específicas

Hipótesis específicas 1

H0: No existe relación significativa entre la calidad de vida en la dimensión estado funcional y adherencia al tratamiento en pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, 2021.

H1: Existe relación significativa entre la calidad de vida en la dimensión estado funcional y adherencia al tratamiento en pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, 2021.

Hipótesis específicas 2

H0: No existe relación significativa entre calidad de vida en la dimensión estado de bienestar y adherencia al tratamiento en pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, 2021.

H1: Existe relación significativa entre calidad de vida en la dimensión estado de bienestar y adherencia al tratamiento en pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, 2021.

Hipótesis específicas 3

H0: No existe relación significativa entre calidad de vida en a dimensión estado general y adherencia al tratamiento en pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, 2021.

H1: Existe relación significativa entre calidad de vida en a dimensión estado general y adherencia al tratamiento en pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, 2021.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El método de investigación será hipotético-deductivo porque parte del desarrollo científico, formulación o derivación de hipótesis partiendo de una teoría previa.

3.2. Enfoque de la investigación

El enfoque de investigación será cuantitativo al ser medibles en frecuencias y porcentajes estadísticos en base a la aplicación de dos instrumentos dados.

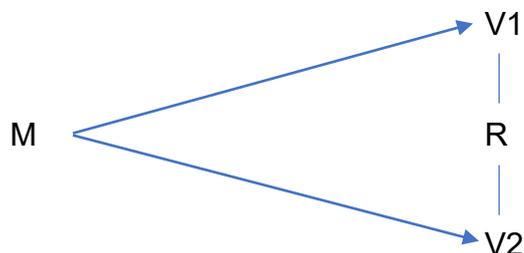
3.3. Tipo de investigación

El tipo de investigación será básica porque incrementa conocimientos científicos, pero sin contrastarlos con ningún aspecto práctico basado en una teoría.

3.4. Diseño de la investigación

El diseño de investigación es correlacional porque buscará determinar la relación entre la calidad de vida y adherencia al tratamiento de pacientes con ERCT.

El esquema que representa la relación o asociación entre ellas es la siguiente:



Dónde:

M: Pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT)

V1: Calidad de vida

V2: Adherencia al tratamiento

R: Relación entre las variables

3.5. Población, muestra y muestreo

La población del presente estudio de investigación estará conformada por 100 pacientes con ERCT que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, durante el mes de octubre 2021.

El muestreo es el Muestreo Probabilístico Aleatorio Simple.

Para el cálculo de la muestra de estudio se consideró necesario hacer uso de la fórmula del muestreo probabilístico aleatorio simple, con un nivel de confianza del 95%, con un margen de error del 5%; el cual se procederá a realizar los respectivos cálculos, según la formula establecida.

$$n = \frac{N Z^2 p.q}{(N - 1) E^2 + (Z^2 p.q)}$$

Donde:

- n = Tamaño de la muestra
- Z = Nivel de confianza (95%)
- p = Proporción de la población deseada (50%)
- q = Proporción de la población no deseada (50%)
- E = Nivel de error dispuesto a cometer (5%)
- N = Tamaño de la población (300)

Reemplazando:

$$n = \frac{(100) (1.96) (1.96) (0.50) (0.50)}{(100-1) (0.05) (0.05) + (1.96) (1.96) (0.50) (0.50)}$$

$$n = \frac{96.4}{0.2475 + 0.9604} = \frac{96.4}{1.2079} = 79.8079 = 80 \text{ pacientes con ERCT}$$

La muestra quedo constituida por 80 pacientes con enfermedad renal crónica terminal; asimismo, para la selección de la muestra de estudio se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Pacientes con enfermedad renal crónica terminal que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana.
- Mayores de 18 años.
- De ambos sexos.
- Que aceptan participar de forma voluntaria en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con enfermedad renal aguda.
- Pacientes renales desorientados en espacio y tiempo.
- Pacientes renales con complicaciones e infecciones en estado grave.
- Que no aceptan participar de forma voluntaria.

3.6. Variables y operacionalización

Variable 1: Calidad de vida

Es la percepción de la situación de vida y estimación personal, de acuerdo con el propio proyecto de vida del paciente con insuficiencia renal crónica terminal, entendido como una enfermedad terminal que afecta al paciente en el aspecto: físico, social, económico y/o emocional, no sólo afectan a él, sino a toda su familia.

Variable 2: Adherencia al tratamiento

Es la medida en que el comportamiento de una persona, tomar medicamentos, seguir una dieta y/o realizar cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un proveedor de atención médica; es decir, es el grado en que el comportamiento de una persona para tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, donde corresponde recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.

Operacionalización de la variable 1

Variables	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
<p style="text-align: center;">Variable 1 Calidad de vida</p>	<p>Se refiere a la percepción que poseen los pacientes con enfermedad renal crónica terminal sobre su calidad de vida, según las dimensiones estado funcionalidad, estado de bienestar y estado general; mediante un instrumento de tres categorías. Siguiendo el criterio de calificación de 1, 2, y 3 que corresponden a las escalas de medición me limita mucho, si me limita y no me limita. Los valores finales (alternativas), de la variable son calidad de vida mala, regular y buena.</p>	<p>Estado funcionalidad</p> <p>Estado de bienestar</p> <p>Estado general</p>	<p>Función física Rol físico Rol emocional Función social</p> <p>Dolor Vitalidad Salud mental</p> <p>Salud general Cambio de salud en el tiempo</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Mala</p> <p>Regular</p> <p>Buena</p>

Operacionalización de la variable 2

Variables	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
Variable 2 Adherencia al tratamiento	Se refiere a la percepción que poseen los pacientes con enfermedad renal crónica terminal sobre la adherencia al tratamiento, según las dimensiones tratamiento, alimentación y estilo de vida; mediante un instrumento de tres categorías. Siguiendo el criterio de calificación de 1, 2, y 3 que corresponden a las escalas de medición nunca, a veces y siempre. Los valores finales (alternativas), de la variable son adherencia al tratamiento deficiente y eficiente.	Tratamiento Alimentación Estilo de vida	Indicación médica Molestia del tratamiento Citas médicas Dietas indicadas Comunicación con el personal Atención de enfermería Alimentos enlatados Ingesta de líquidos Apoyo familiar Consumo de alcohol y tabaco Orientación y educación sanitaria Disponibilidad adecuada Consejo de amigos Práctica deportiva Tareas cotidianas Soporte familiar Recreación	Nominal	Deficiente Eficiente

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Las técnicas del presente estudio son las encuestas.

3.7.2. Descripción de instrumentos

Instrumento 1. Cuestionario de calidad de vida (Health Survey SF-36), creado por el Dr. John Ware en 1993, adaptado por la investigadora Mayra Alejandra Bonilla Calderón (2018), en su estudio sobre: “Calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis en PRONEFROS S.A.C”, el cual consta de 36 ítems, cuyas dimensiones son estado funcional (12 ítems), estado de bienestar (12 ítems), y estado general (12 ítems), teniendo como escalas de medición me limita mucho (1), si me limita (2) y no me limita (3); y el valor final de la variable calidad de vida del paciente con ERCT mala, regular y buena.

Instrumento 2. Cuestionario de adherencia al tratamiento, creado por las investigadoras Dalila Castillo Soria y Raquel Catalina Rojas Tito (2019), en su estudio sobre: “Depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en el Hospital Regional de Loreto Punchana - 2018”, el cual consta de 25 ítems, cuyas dimensiones son tratamiento (08 ítems), alimentación (08 ítems), y estilo de vida (08 ítems), teniendo como escalas de medición nunca (1), a veces (2) y siempre (3); y el valor final de la variable adherencia al tratamiento del paciente con ERCT deficiente y eficiente.

3.7.3. Validación

La validación de los instrumentos se realizó mediante la apreciación de jueces expertos calificados en el tema de estudio quienes dieron sus aportes a cada ítem sobre su relevancia, claridad y pertinencia para realizar la Prueba Binomial.

3.7.4. Confiabilidad

La confiabilidad de los instrumentos se realizó mediante una prueba piloto en una muestra pequeña de estudio en otra institución de salud con las mismas características de la investigación para realizar la Prueba de Alfa de Cronbach.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Los resultados o hallazgos de este estudio serán presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para su adecuado análisis e interpretación, teniendo en cuenta las bases teóricas, para ello se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 26.0 y el programa Microsoft Excel 2019; asimismo, para la contrastación de la hipótesis se aplicará la Prueba de Correlación de Spearman.

3.9. Aspectos éticos

Los aspectos éticos a considerar son la autorización de la Clínica Santa Ana y la firma del consentimiento informado de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal; según los principios éticos de Belmont:

Principio de autonomía. La participación será voluntaria de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal dando su firma del consentimiento informado.

Principio de Beneficencia. El estudio velará por la integridad de pacientes con enfermedad renal crónica terminal dando gran beneficio de su calidad de vida.

Principio de No Maleficencia. El estudio no causará ningún daño ya que consiste en la aplicación de dos instrumentos que no afectaran su integridad física o mental.

Principio de Justicia. Se tratará con sumo respeto a los participantes, con igualdad en cuanto a su condición económica, raza, sexo, credo, y política.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	TIEMPO	2021					
		J	J	A	S	O	N
1. Planteamiento del problema							
2. Formulación del problema							
3. Objetivos de la investigación							
4. Antecedentes							
5. Base Teórica							
6. Metodología de la investigación							
7. Población, muestra y muestreo							
8. Técnicas e instrumentos							
9. Procesamiento de análisis de datos							
10. Aspectos éticos							
8. Entrega del Proyecto							

4.2. Presupuesto

RECURSOS HUMANOS	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
Enfermera(o)	10 horas	100.00	1000.00
Estadístico	10 horas	150.00	1500.00
Secretaria	10 horas	20.00	200.00
RECURSOS MATERIALES	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
Papel Bond A4 80 grs.	1 millar	25.00	25.00
Tinta	2 cartuchos	100.00	200.00
Folder	10	1.00	10.00
EQUIPOS	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
Internet	200 horas	1.00	200.00
IMPRESIONES	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
Hojas	1,000 impresión	0.10	100.00
MOVILIDAD	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
Pasajes	100 pasajes	1.00	100.00
SUB TOTAL	S/. 2,700.00 + 235.00 + 200.00 + 100.00 + 100.00		
TOTAL	S/.3,335.00		

5. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. La OMS participa en la reunión de alto nivel del 76° periodo de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Ginebra: OMS. [Internet]. 2021. [Fecha de acceso: 21 setiembre de 2021]. Disponible en: <https://rebrand.ly/d5govyt>
2. Organización Panamericana de la Salud. LA OPS lanza una campaña para crear conciencia sobre el impacto de la salud mental de la COVID-19 en los trabajadores de salud de primera línea. Washington: OPS. [Internet]. 2021. [Fecha de acceso: 21 setiembre de 2021]. Disponible en: <http://bit.do/fSe6i>
3. Bayih W, Ayalew M, Belay D, Alemu A, Birihane B, Asnakew S, Endalamaw A, Demis A, Kebede S, Abate B, Baih Sh, Feleke D, Mekonen D, Aynalem Y, Aytnew T, Chanie E. La implementación del proceso de enfermería durante la atención al paciente en Etiopía: una revisión sistemática y un metanálisis. Debre Tabor: Journal Heliyon. 07(05):01-16. [Artículo]. 2021. [Fecha de acceso: 21 setiembre de 2021]. Disponible en: <https://rebrand.ly/esm8bk6>
4. Organización Mundial de la Salud. Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19). Ginebra: OMS. [Internet]. 2021. [Fecha de acceso: 23 setiembre de 2021]. Disponible en: <https://anon.to/5aCn6h>
5. Maresova P, Javanmardi E, Barakovic S, Barakovic J, Tomsone S, Krejcar O, Kuca K. Consecuencias de enfermedades crónicas y otras limitaciones asociadas con la vejez - una revisión de alcance. Hradec Králové: Journal BMC Public Health. 19(1431):01-17. [Artículo]. 2019. [Fecha de acceso: 23 setiembre de 2021]. Disponible en: <https://kutt.it/dRqhge>
6. Amin T, Hasan M, Bhuiya M. Prevalencia de Covid-19 asociados a síntomas, su aparición y duración, y variaciones entre los diferentes grupos de pacientes en Bangladesh. Dhaka: Journal Frontiers in Public Health. 09(738352):01-13. [Artículo]. 2021. [Fecha de acceso: 23 setiembre de 2021]. Disponible en: <http://bit.do/fSe64>

7. Ceballos M, Girón D, Paz P, Ante J. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedad renal crónica. Caracas: Revista AVFT. 39(04):01-06. [Artículo]. 2021. [Fecha de acceso: 23 setiembre de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/MTJATTG>
8. Cantillo C, Sánchez L, Ramírez A, Muñoz M, Quintero H, Cuero E. Calidad de vida y caracterización de las personas con Enfermedad Renal Crónica trasplantadas. Bogotá: Revista de Enfermería Nefrológica. 24(01):83-92. [Artículo]. 2021. [Fecha de acceso: 23 setiembre de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/WTJAUxm>
9. Saborit O, Zaldívar S, Collejo R, Saborit O, Robles O, Tamayo N. Calidad de vida en adultos con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis. La Habana: Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación. 12(03): 01-14. [Artículo]. 2021. [Fecha de acceso: 23 setiembre de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/3TJAOKF>
10. Curitomay J. Calidad de vida y expectativa de vida en enfermedad renal crónica terminal con hemodiálisis en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. Lima: Universidad San Martín de Porres. [Tesis]. 2020. [Fecha de acceso: 23 setiembre de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/jTJAP12>
11. Gross R, Reyes A, Oris L. Calidad de vida percibida y adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Santiago de Cuba: Revista Información Científica de la Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo. 100(03):01-12. [Artículo]. 2021. [Fecha de acceso: 23 setiembre de 2021]. Disponible en: <http://bit.do/fSe7b>
12. Naderifar M, Tafreshi M, Ilkhani M, Akbarizadeh M, Ghaljaei F. Correlación entre la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en paciente en hemodiálisis. Teherán: Journal of Renal Injury Prevention. 08(01):22-27. [Artículo]. 2019. [Fecha de acceso: 25 setiembre de 2021]. Disponible en: <https://kutt.it/XVX7xR>

13. Thapa D, Koirala P, Chaulagain D, Kafle T, Belbase D, Bhagat S. Evaluación de la calidad de vida y tratamiento a la adherencia en pacientes bajo mantenimiento de la hemodiálisis: Un estudio transversal. Bhaktapur: Birat Journal of Health Sciences. 06(01):1298-1303. [Artículo]. 2021. [Fecha de acceso: 25 setiembre de 2021]. Disponible en: <http://bit.do/fSe7D>
14. Dąbrowska M, Dykowska G, Żuk W, Milewska M, Staniszewska A. Calidad de vida de pacientes tratados con hemodiálisis. Varsovia: Journal Patient Preference and Adherence. 12(01):577-583. [Artículo]. 2018. [Fecha de acceso: 24 setiembre de 2021]. Disponible en: <https://anon.to/eaHTkj>
15. Carranza F. Adherencia terapéutica y calidad de vida de las personas en terapia de hemodiálisis. Laurent Centro de Hemodiálisis. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca. [Tesis]. 2019. [Fecha de acceso: 25 setiembre de 2021]. Disponible en: <https://rebrand.ly/gl1gets>
16. Flores M, Torres D. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con IRC en la unidad de hemodiálisis del Hospital III Honorio Delgado. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín. [Tesis]. 2019. [Fecha de acceso: 25 setiembre de 2021]. Disponible en: <http://bit.do/fSe7X>
17. Mariscal E. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Trujillo: Universidad César Vallejo. [Tesis]. 2018. [Fecha de acceso: 26 setiembre de 2021]. Disponible en: <https://anon.to/BVrF3j>
18. Mallqui D, Terrones M. Calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis en el Centro de Diálisis del Hospital Regional de Ica. Chíncha: Universidad Autónoma de Ica. [Tesis]. 2021. [Fecha de acceso: 26 setiembre de 2021]. Disponible en: <https://kutt.it/PgQQ0X>

19. Arnao M. Calidad de vida y conductas de afrontamiento ante la soledad del adulto mayor en un Centro de Salud de Pimentel. Pimentel: Universidad Señor de Sipán. [Tesis]. 2018. [Fecha de acceso: 27 setiembre de 2021]. Disponible en: <https://rebrand.ly/6y2xcrf>
20. Lara J, Sulca L. Calidad de vida y comportamiento ecológico en estudiantes de séptimo ciclo de secundaria de la Institución Educativa Juan Velazco Alvarado – Bernales, en el contexto de emergencia sanitaria. Chíncha: Universidad Señor de Sipán. [Tesis]. 2021. [Fecha de acceso: 27 setiembre de 2021]. Disponible en: <http://bit.do/fSe8k>
21. Kamble P, Lazarus E, D'Souza M, Maimani Y, Hannawi S. Calidad de vida específica de la enfermedad renal entre los pacientes en hemodiálisis. Muscat: Hindawi International Journal of Nephrology. 2021(876559):01-08. [Artículo]. 2021. [Fecha de acceso: 27 setiembre de 2021]. Disponible en: <https://rebrand.ly/xz3rq9s>
22. Bagasha P, Namukwaya E, Leng M, Kalyesubula R, Mutebi E, Naitala R, Katabira E, Petrova M. Comparación de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con enfermedades renales en la etapa finales en la hemodiálisis y la gestión de no hemodiálisis en Uganda. Kampala: Journal BMC Palliative Care. 20(52):01-08. [Artículo]. 2021. [Fecha de acceso: 28 setiembre de 2021]. Disponible en: <https://anon.to/u73VVVs>
23. Oliveira A, Schmidt D, Amatneeks T, Dos Santos J, Cavallet L, Michel R. Calidad de vida en pacientes con hemodiálisis y la relación con mortalidad, hospitalizaciones y adherencia de mal tratamiento. Curitiba: Journal Brasileira Nefrología. 38(4):411-420. [Artículo]. 2016. [Fecha de acceso: 28 setiembre de 2021]. Disponible en: <https://rebrand.ly/3adojdm>
24. Kim S, Nigatu Y, Araya T, Assefa Z, Dereje N. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con enfermedad renal etapa terminal (ERCT) en hemodiálisis en Addis Abeba, Etiopía: un estudio transversal. Addis Ababa: Journal BMC Nephrology. 22(280):01-06. [Artículo]. 2021. [Fecha de acceso: 28 setiembre de 2021]. Disponible en: <http://bit.do/fSfaQ>

25. Saavedra S. Calidad de vida en adultos con insuficiencia renal crónica que reciben hemodiálisis en la Clínica del Riñón Santa Lucía. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego. [Tesis]. 2017. [Fecha de acceso: 29 setiembre de 2021]. Disponible en: <http://bit.do/fSfaX>
26. Vallejos N. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis de la Clínica San Juan Masías. Lima: Universidad Norbert Wiener. [Tesis]. 2019. [Fecha de acceso: 29 setiembre de 2021]. Disponible en: <https://anon.to/WmhhAi>
27. Meléndez E, Taboada D. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, con tratamiento. hemodiálisis y diálisis peritoneal Servicio Nefrología Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren – EsSalud, Callao. Lima: Universidad Norbert Wiener. [Tesis]. 2016. [Fecha de acceso: 29 setiembre de 2021]. Disponible en: <https://kutt.it/B0tOZO>
28. Lastra Y, Padilla M, Suxe A. Calidad de vida en pacientes adultos con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, en EsSalud. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. [Tesis]. 2018. [Fecha de acceso: 29 setiembre de 2021]. Disponible en: <https://rebrand.ly/3a8eyz3>
29. García W. Calidad de vida del paciente renal crónico en tratamiento sustitutivo según la escala KDQOL–36. Ciudad de Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. [Tesis]. 2018. [Fecha de acceso: 29 setiembre de 2021]. Disponible en: <http://bit.do/fSfbc>
30. Morán C, Zapata V. Autocuidado y calidad de vida en pacientes del consultorio de salud renal del Hospital Alberto Sabogal Sologuren. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. [Tesis]. 2017. [Fecha de acceso: 30 setiembre de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3FRnfp9>
31. Renz C, Winkelmann E, Hildebrandt L, Barbosa D, Colet Ch, Fernandes E. Calidad de vida de pacientes renales crónicos en hemodiálisis y factores relacionados. São Paulo: RLAE Revista Latino-Americana de Enfermagem. 28(e3327):01-11. [Artículo]. 2020. [Fecha de acceso: 30 setiembre de 2021]. Disponible en: <https://encurtador.com.br/irlQ3>

32. Ling Y, Haitao Y, Qingchun F, Jinyu Z. Efecto de la enfermería continua sobre la calidad de vida de los pacientes con hemodiálisis. Un protocolo para la revisión sistemática y el metanálisis. Hebei: Journal Medicine. 100(12):01-05. [Artículo]. 2021. [Fecha de acceso: 30 setiembre de 2021]. Disponible en: <https://rebrand.ly/30mgcn3>
33. Mollaoğlu M, Deveci G. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y algunos factores que lo afectan. Sivas: Journal Archives of Renal Diseases and Management. 03(01):012-019. [Artículo]. 2017. [Fecha de acceso: 30 setiembre de 2021]. Disponible en: <https://rebrand.ly/ht60oa4>
34. Vílchez N, Villegas L. Afrontamiento y adaptación de los familiares desde el modelo de Callista Roy en pacientes que reciben tratamiento oncológico ambulatorio del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Pimentel: Universidad Señor de Sipán. [Tesis]. 2017. [Fecha de acceso: 01 octubre de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3lJq97q>
35. Castro A, Frank K. Intervención de enfermería en salud mental, para fortalecer las estrategias de afrontamiento y adaptación al estrés en tiempos del Covid-19, dirigido al personal administrativo de la escuela de enfermería de la Universidad de Costa Rica. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio: Universidad de Costa Rica. [Tesis]. 2021. [Fecha de acceso: 01 octubre de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/ORpqUci>
36. Lazcano M, Pelcastre S, Martínez X, Lazcano B, Vargas B, Fragoso E, Jiménez R. Adaptación en el paciente con amputación: una mirada desde la teoría de Roy. Hidalgo: Revista Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud. 09(18): 133-140. [Artículo]. 2021. [Fecha de acceso: 02 octubre de 2021]. Disponible en: <https://encurtador.com.br/uzHR0>
37. Garma A, Sánchez L. Nivel de estrés laboral y su relación con la sobrecarga de trabajo en enfermeras del Hospital Belén de Trujillo. Trujillo: Universidad César Vallejo. [Tesis]. 2019. [Fecha de acceso: 02 octubre de 2021]. Disponible en: <http://bit.do/fSfcj>

38. Alzate J, Martínez L, Rodríguez M, Vera S, Roldán M, Hernández A, Présiga P, Varela D, Rodríguez K. Evaluación del apego terapéutico en pacientes con terapia de reemplazo renal. Ciudad de México: Revista Medicina Interna de México. 36(03):292-300. [Artículo]. 2020. [Fecha de acceso: 03 octubre de 2021]. Disponible en: <https://kutt.it/jg9awn>
39. Morales G. Nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis de los pacientes de un centro de diálisis particular. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Tesis]. 2017. [Fecha de acceso: 03 octubre de 2021]. Disponible en: <https://anon.to/KRiXTP>
40. Maino N. Autoestima y adherencia al tratamiento en los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Rosario: Universidad Nacional de Rosario. [Tesis]. 2020. [Fecha de acceso: 04 octubre de 2021]. Disponible en: <https://kutt.it/UG7SoG>
41. Becerril M. Intervención psicológica en personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Ciudad de México: Revista Psicología y Salud. 31(02):287-293. [Artículo]. 2021. [Fecha de acceso: 05 octubre de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3BOV33V>
42. Huaccha K. Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad renal crónica, Centro de Salud Renal Primavera S.A.C. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo. [Tesis]. 2021. [Fecha de acceso: 05 octubre de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/KRpwb3O>
43. Calero M. Autocuidado en pacientes con enfermedad renal crónica terminal que acuden al servicio de hemodiálisis del Hospital Regional Hermilio Valdizan de Huánuco. Chíncha: Universidad Autónoma de Ica. [Tesis]. 2021. [Fecha de acceso: 05 octubre de 2021]. Disponible en: <https://encurtador.com.br/bvGHU>
44. Ramírez C. Actuación y cambios en la familia con un miembro dependiente de hemodiálisis Chiclayo. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. [Tesis]. 2020. [Fecha de acceso: 06 octubre de 2021]. Disponible en: <http://bit.do/fSfck>

45. Campos C. Autocuidado del paciente adulto sometido a hemodiálisis en el Centro Nacional de Salud Renal – EsSalud. Lima: Universidad Norbert Wiener. [Tesis]. 2021. [Fecha de acceso: 06 octubre de 2021]. Disponible en: <https://anon.to/Thl8uR>
46. Machado P, Tierra V, Robalino M, Chuquicondor S, Espín M. Esquema de cuidados de enfermería ante posibles afecciones psicológicas en pacientes con enfermedad renal crónica. Riobamba: Revista Eugenio Espejo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo. 15(02):76-87. [Artículo]. 2021. [Fecha de acceso: 07 octubre de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3p6Tj2k>
47. Santos D. Nivel de conocimiento y adherencia al hábito de alimentación en los pacientes sometidos a hemodiálisis en un centro nefrológico, Arequipa. Trujillo: Universidad César Vallejo. [Tesis]. 2020. [Fecha de acceso: 09 octubre de 2021]. Disponible en: <https://anon.to/clcwsb>
48. Colque X. Estilos de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis, Centro Sermedial. Puno: Universidad Nacional del Altiplano. [Tesis]. 2020. [Fecha de acceso: 09 octubre de 2021]. Disponible en: <https://kutt.it/3zHnfZ>
49. Franco V, Santos D, Mejía F, Payares F, Sarmiento J, Lastre G, Bohórquez C. Cuidado de enfermería a pacientes en diálisis peritoneal: de la teoría a la práctica. Barranquilla: Revista Colombiana de Nefrología. 08(02):01-13. [Artículo]. 2021. [Fecha de acceso: 09 octubre de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/2YXPIJj>
50. Trinidad M. Apoyo sociofamiliar en la adherencia terapéutica de hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica en los últimos diez años. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. [Tesis]. 2020. [Fecha de acceso: 10 octubre de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/CRpeCdp>

51. Rivadeneyra G, Silva T, Vergaray D. Capacidad de autocuidado y adherencia al tratamiento del paciente en hemodiálisis del Hospital Nacional Cayetano Heredia. [Tesis]. 2018. [Fecha de acceso: 12 octubre de 2021]. Disponible en: <https://encurtador.com.br/jstDK>
52. Campos D. Apoyo familiar y ansiedad del paciente sometido a hemodiálisis Clínica Virgen de la Puerta. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo. [Tesis]. 2018. [Fecha de acceso: 13 setiembre de 2021]. Disponible en: <http://bit.do/fSfdc>
53. Quinaucho D. Teoría de Dorothea Orem- proceso atención de enfermería aplicado al autocuidado del adulto mayor diabético en el HB-7. Loja: Universidad Nacional de Loja. [Tesis]. 2019. [Fecha de acceso: 13 octubre setiembre de 2021]. Disponible en: <https://anon.to/gHFWdi>
54. Ccaman G. Autocuidado según la teoría de Dorothea Orem en pacientes con tratamiento antituberculoso de la Red Puno. Puno: Universidad Nacional del Altiplano. [Tesis]. 2020. [Fecha de acceso: 14 octubre de 2021]. Disponible en: <https://kutt.it/Sefehi>
55. Góngora I, Simón Y, Miranda A. Relevancia de la Teoría del déficit de autocuidado en la Covid-19. La Habana: Revista Boletín Científico Cimeq Centro de Investigación Médico Quirúrgicas. 01(16):04. [Artículo]. 2021. [Fecha de acceso: 14 octubre de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3n0GSSV>
56. Yip J. Práctica de enfermería avanzada basada en la teoría: Una actualización de práctica sobre la aplicación de la Teoría de Enfermería de Déficit de Autocuidado de Orem. Hong Kong: SAGE Open Nursing. 07(01):01-07. [Artículo]. 2021. [Fecha de acceso: 16 octubre de 2021]. Disponible en: <https://anon.to/kcNXPI>

ANEXOS

ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, 2021?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es la calidad de vida pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, 2021?</p> <p>¿Cuál es la adherencia al tratamiento en pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, 2021?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación entre la calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, 2021.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar la calidad de vida pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, 2021.</p> <p>Identificar la adherencia al tratamiento en pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, 2021.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Existe relación significativa entre la calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, 2021.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>Existe relación significativa entre la calidad de vida en la dimensión estado funcional y adherencia al tratamiento en pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, 2021.</p> <p>Existe relación significativa entre calidad de vida en la dimensión estado de bienestar y adherencia al tratamiento en pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, 2021.</p> <p>Existe relación significativa entre calidad de vida en la dimensión estado general y adherencia al tratamiento en pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, 2021.</p>	<p>Variable Independiente</p> <p>Calidad de vida</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado funcionalidad ▪ Estado de bienestar ▪ Estado general <p>Variable Dependiente</p> <p>Adherencia al tratamiento</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento • Alimentación • Estilo de vida 	<p>Método de la investigación</p> <p>Método hipotético-deductivo Enfoque cuantitativo Tipo de estudio básica Diseño correlacional</p> <p>Población, muestra y muestreo</p> <p>100 pacientes con ERCT que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana</p> <p>Muestra</p> <p>80 pacientes con ERCT</p> <p>Muestreo</p> <p>Muestreo No probabilístico por Conveniencia</p> <p>Técnicas</p> <p>Encuesta</p> <p>Instrumentos</p> <p>Instrumento 1 Instrumento 2</p>

ANEXO 2. INSTRUMENTOS

INTRODUCCIÓN:

Buenos días Señor(a), mi nombre es el investigador Lic. JORGE ERNESTO BIVIANO CAMONES, me encuentro realizando un estudio para obtener información sobre el “CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN LA CLÍNICA SANTA ANA, 2021”; información que es muy valiosa, y que se mantendrá en el anonimato de forma confidencial solo para fines de investigación.

INSTRUCCIONES:

Por favor le agradeceré marcar con una (X) La respuesta correcta, según corresponda. Por lo tanto, gracias por su valiosa colaboración.

DATOS GENERALES:

Edad:

- a) 18 a 25años
- b) 26 a 39 años
- c) 40 a 49 años
- d) 50 a 59 años
- e) 60 a más años

Grado de instrucción:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Técnico
- d) Superior

Estado civil:

- a) Soltero(a)
- b) Casado(a)
- c) Conviviente
- d) Viudo(a)
- e) Divorciado(a)

Ocupación:

- a) Ama de Casa
- b) Estudiante
- c) Independiente
- d) Dependiente

DATOS ESPECÍFICOS:**CALIDAD DE VIDA (SF-36)**

ESTADO FUNCIONAL	Nunca	A veces	Siempre
1. Esfuerzos intensos tales como correr, levantar objetos pesados, practicar deportes agotadores			
2. Esfuerzos moderados como mover una mesa, caminar más de una hora			
3. Coger o llevar la bolsa de compras			
4. Subir varios pisos por la escalera			
5. Subir un solo piso por la escalera			
6. Agacharse o arrodillarse			
7. Caminar un kilómetro o más			
8. Caminar varios centenares de metros			
9. Caminar unos 100 metros			
10. Bañarse o vestirse por sí mismo.			
11. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o actividades?			
12. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?			
13. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?			
14. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?			
15. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas?			
16. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?			
17. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?			
18. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre?			
19. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?			
20. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales?			
ESTADO DE BIENESTAR	Nunca	A veces	Siempre
21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?			
22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual?			
23. ¿Se sintió lleno de vitalidad?			
24. ¿Tuvo mucha energía?			
25. ¿Se sintió agotado?			
26. ¿Se sintió cansado?			

27. ¿Estuvo muy nervioso?			
28. ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?			
29. ¿Se sintió calmado y tranquilo?			
30. ¿Se sintió desanimado y deprimido?			
31. ¿Se sintió feliz?			
ESTADO GENERAL	Nunca	A veces	Siempre
32. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas			
33. Estoy tan sano como cualquiera			
34. Creo que mi salud va a empeorar			
35. Mi salud es excelente			

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

TRATAMIENTO	Nunca	A veces	Siempre
1. ¿Usted sigue las indicaciones tal como lo indica el médico?			
2. ¿Cuándo usted siente alguna molestia acude al médico?			
3. ¿Usted acude a las citas médicas mensualmente?			
4. ¿Usted tiene buena relación de comunicación con el personal que lo atiende?			
5. ¿Usted recibe la orientación y educación sanitaria adecuada?			
6. ¿El médico tratante le brinda la disponibilidad adecuada?			
ALIMENTACIÓN	Nunca	A veces	Siempre
7. ¿Usted cumple con las dietas indicadas por el médico tratante?			
8. ¿Usted se controla con la ingesta de líquidos?			
9. ¿Usted consume alimentos enlatados?			
10. ¿Usted cuenta con el apoyo familiar en casa?			
11. ¿Usted está satisfecho con la atención que le brinda el profesional en el servicio?			
ESTILO DE VIDA	Nunca	A veces	Siempre
12. ¿Usted trato de analizar las causas del problema para poder hacerle frente?			
13. ¿Usted pidió consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema?			
14. ¿Usted practica algún deporte para olvidarse de su enfermedad?			
15. ¿Usted continua con sus tareas cotidianas a pesar de su enfermedad?			
16. ¿Usted siente temor como si algo le pueda suceder durante su terapia de hemodiálisis?			
17. ¿Usted ha desmejorado su aspecto personal en estos últimos tiempos?			
18. ¿Usted tiene expectativas positivas con el tratamiento de hemodiálisis?			
19. ¿Usted cuando se siente solo acude a alguna persona en particular?			
20. ¿Usted cree que ha aprendido algo de la situación en la que se encuentra?			
21. ¿Considera usted que Dios lo ayuda en estos momentos de crisis?			
22. ¿Usted considera que su familia es un soporte indispensable para su enfermedad?			
23. ¿Usted se asegura de no empeorar las cosas actuando rápidamente?			
24. ¿Usted no se deja distraer por otros pensamientos y actividades?			
25. ¿Usted dejó de consumir alcohol y tabaco?			

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Este documento de consentimiento informado tiene información que lo ayudará a decidir si desea participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados, tómese el tiempo necesario y lea con detenimiento la información proporcionada líneas abajo, si a pesar de ello persisten sus dudas, comuníquese con la investigadora al teléfono celular o correo electrónico que figuran en el documento. No debe dar su consentimiento hasta que entienda la información y todas sus dudas hubiesen sido resueltas.

Título del proyecto: “CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN LA CLÍNICA SANTA ANA, 2021”.

Nombre del investigador principal: LIC. JORGE ERNESTO BIVIANO CAMONES

Propósito del estudio: Determinar la calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes que acuden a la terapia de reemplazo renal durante la pandemia del COVID-19 en la Clínica Santa Ana, 2021

Participantes: Pacientes con enfermedad crónica terminal.

Participación voluntaria: Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Remuneración por participar: Ninguna es voluntaria.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de

este estudio o acerca del estudio, puede dirigirse a la coordinadora de equipo.

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al Presidente del Comité de Ética de la ubicada en la 4, correo electrónico:

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido la información proporcionada, se me ofreció la oportunidad de hacer pregunta; y responderlas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente el hecho de responder la encuesta expresa su aceptación de participar voluntariamente en el estudio. En mentó a ello proporciono la información siguiente:

Documento Nacional de Identidad:
.....

Correo electrónico personal o institucional:
.....

Firma