



## Calidad de vida y apoyo social en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en la IPRESS Cipreses–EsSalud, 2025

Quality of life and social support in patients undergoing hemodialysis treatment at IPRESS Cipreses–EsSalud, 2025

María Elena Mariños-Quispe<sup>1</sup>, Fiorella del Carmen Ríos-Cruz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Posgrado, Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Licenciada en Trabajo Social. <https://orcid.org/0009-0000-6254-7309>

<sup>2</sup>Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú. Licenciada en Estadística. <https://orcid.org/0009-0009-5224-2216>

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v15i1.684>

### Autor correspondiente:

María Elena Mariños Quispe  
Teléfono: +51 951 346 368  
Correo electrónico:  
[memarinosq68@gmail.com](mailto:memarinosq68@gmail.com)

### Contribuciones de autoría:

**MEMQ:** Concepción y diseño del estudio, recolección de datos, análisis e interpretación de los resultados, redacción del borrador original y revisión crítica del manuscrito., **FDRC:** Supervisión metodológica, asesoría en el análisis estadístico, revisión crítica del contenido intelectual y validación de los hallazgos.

### Conflicto de Intereses:

Las autoras declaran no tener conflictos de intereses económicos, personales o institucionales que puedan haber influido en los resultados o en la interpretación de los hallazgos del estudio.

### Financiamiento:

El estudio fue autofinanciado por los autores.

### Como citar:

María Elena Mariños Quispe, Fiorella del Carmen Ríos Cruz. Calidad de vida y apoyo social en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en la IPRESS Cipreses–EsSalud, 2025. Rev Méd Panacea. 2026;15(1):13–23.

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v15i1.684>

**Recibido:** 15 - 11 - 2025  
**Aceptado:** 30 - 01 - 2026

### RESUMEN

La calidad de vida es un constructo multidimensional influenciado por el apoyo social, el cual actúa como un factor protector en pacientes con enfermedad renal crónica.

**Objetivo:** Determinar la relación entre la calidad de vida y el apoyo social en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en la IPRESS Cipreses de EsSalud, Lima, Perú, durante el año 2025.

**Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo-correlacional y de corte transversal, realizado en 76 pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Se utilizaron el cuestionario WHOQOL-BREF para evaluar la calidad de vida y la escala MOS para medir el apoyo social. El análisis estadístico se realizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson, con un nivel de significancia de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se identificó una correlación positiva y estadísticamente significativa entre el apoyo social y la dimensión ambiental de la calidad de vida ( $r = 0,297$ ;  $p = 0,010$ ). No se evidenciaron asociaciones significativas con las dimensiones de salud física ( $p = 0,110$ ), salud psicológica ( $p = 0,281$ ) ni relaciones sociales ( $p = 0,075$ ). El puntaje transformado más alto correspondió a la dimensión psicológica (61,35), mientras que el más bajo se observó en la dimensión de relaciones sociales (51,31).

**Conclusiones:** El apoyo social se relaciona de manera significativa únicamente con la dimensión ambiental de la calidad de vida, vinculada al entorno material y al acceso a servicios. No se evidenció una asociación significativa con las dimensiones física, psicológica ni de relaciones sociales, lo que resalta la necesidad de implementar estrategias de acompañamiento familiar e intervenciones integrales orientadas al bienestar biopsicosocial del paciente en hemodiálisis.

**Palabras clave:** Calidad de vida; Apoyo social; Hemodiálisis. (DeCS/MeSH)

## ABSTRACT

Quality of life is a multidimensional construct influenced by social support, which acts as a protective factor in patients with chronic kidney disease.

**Objective:** To determine the relationship between quality of life and social support in patients undergoing hemodialysis treatment at IPRESS Cipreses–EsSalud, Lima, Peru, during 2025.

**Materials and methods:** A quantitative, non-experimental, descriptive-correlational, cross-sectional study was conducted in 76 patients undergoing hemodialysis. Quality of life was assessed using the WHOQOL-BREF questionnaire, and social support was measured with the MOS scale. Statistical analysis was performed using Pearson's correlation coefficient, with a significance level of  $p < 0.05$ .

**Results:** A positive and statistically significant correlation was found between social support and the environmental dimension of quality of life ( $r = 0.297$ ;  $p = 0.010$ ). No significant associations were observed with the physical health ( $p = 0.110$ ), psychological health ( $p = 0.281$ ), or social relationships ( $p = 0.075$ ) dimensions. The highest transformed score corresponded to the psychological dimension (61.35), while the lowest was observed in the social relationships dimension (51.31).

**Conclusions:** Social support was significantly associated only with the environmental dimension of quality of life, which is related to material conditions and access to services. No significant association was found with physical, psychological, or social relationship dimensions, highlighting the need for family-centered support strategies and comprehensive interventions aimed at improving the biopsychosocial well-being of patients undergoing hemodialysis.

**Keywords:** Quality of life; Social support; Hemodialysis. (*DeCS/MeSH*).

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) afecta aproximadamente entre el 10 % y el 15 % de la población adulta a nivel mundial y constituye un importante problema de salud pública debido a su elevada asociación con mortalidad cardiovascular y su considerable impacto económico en los sistemas sanitarios<sup>1</sup>. Además de los factores de riesgo biológicos tradicionales, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la obesidad, el desarrollo y la progresión de la ERC están fuertemente influenciados por determinantes sociales, financieros y ambientales, entre ellos la pobreza, el bajo nivel educativo, las condiciones laborales adversas y el acceso desigual a los servicios de salud<sup>1</sup>.

En el contexto de América del Sur, la prevalencia de la hemodiálisis presenta una marcada heterogeneidad, siendo más elevada en países como Chile y menor en Colombia, Perú y Paraguay<sup>2</sup>. De acuerdo con reportes de la nefrología latinoamericana, la hemodiálisis continúa siendo la modalidad de tratamiento renal sustitutivo predominante en la región, representando aproximadamente el 87 % de los casos, con cerca del 45 % de los pacientes concentrados en Brasil<sup>3</sup>. Asimismo, la incidencia y prevalencia de la ERC se correlacionan positivamente con el producto interno bruto de cada país, lo que podría explicar, en parte, la variabilidad epidemiológica observada. A nivel global, la ERC representa el 4,67 % del total de muertes, es responsable del 1,11 % de los años de vida perdidos y del 2,77 % de los años de vida ajustados por discapacidad, y se proyecta que para el año 2040 se convierta en la quinta causa de muerte a nivel mundial<sup>3</sup>.

En el Perú, la carga de la ERC continúa en aumento, en un contexto en el que la terapia de reemplazo renal permanece fuera del alcance financiero de una proporción significativa de la población bajo el actual sistema de salud<sup>4</sup>. Entre los años 2010 y 2018, la ERC ocasionó un total de 22 801 muertes, según datos de la Oficina General de Estadística e Informática<sup>5</sup>. El incremento sostenido de pacientes que requieren tratamiento de hemodiálisis —modalidad terapéutica destinada a sustituir la función renal mediante un procedimiento artificial que depura la sangre y elimina toxinas—<sup>6</sup> hace indispensable abordar no solo los aspectos clínicos, sino también la percepción de la calidad de vida que experimentan los pacientes durante el tratamiento.

La calidad de vida en pacientes en tratamiento de hemodiálisis es considerada un constructo multifactorial que abarca diversas dimensiones y se encuentra estrechamente influenciada por el apoyo social, el cual actúa como un factor protector frente al deterioro progresivo de la salud. Este deterioro suele verse exacerbado por la presencia de complicaciones y comorbilidades, que demandan cuidados complejos y un elevado consumo de recursos económicos y sociosanitarios. En este contexto, los pacientes requieren un apoyo constante del entorno familiar, donde uno de sus miembros asume con frecuencia el rol de cuidador principal, compartiendo múltiples experiencias vinculadas al bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el desarrollo personal, la satisfacción de necesidades materiales, el ejercicio de derechos, la autodeterminación y la inclusión social, así como el bienestar tanto del paciente como del cuidador<sup>7</sup>.

La relevancia del soporte familiar y social radica en su influencia directa sobre el bienestar emocional, la satisfacción de necesidades básicas y la adaptación al tratamiento, aspectos que repercuten en la percepción de eficacia y aceptación de la terapia. En este sentido, Galván describe el apoyo social como un constructo que puede comprender distintos niveles de análisis, desde las demandas biológicas, económicas, sociales y psicológicas a nivel individual, hasta su expresión en el ámbito comunitario<sup>8</sup>.

No obstante, la limitada implementación de políticas públicas orientadas a integrar de manera efectiva al entorno familiar como componente esencial del apoyo social continúa siendo una barrera significativa. A pesar de que las estrategias actuales para la prevención y el control de la ERC se concentran principalmente en grupos de alto riesgo, y de la existencia de programas con distintos niveles de eficiencia, estos no han logrado contener el aumento global de casos ni mitigar de forma sustancial las repercusiones indirectas de la enfermedad sobre la calidad de vida de las personas afectadas<sup>9</sup>. En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo determinar la relación entre la calidad de vida y el apoyo social en pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis en la IPRESS Cipreses de EsSalud.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, de tipo descriptivo-correlacional y de corte transversal. Este diseño fue seleccionado por ser adecuado para describir la percepción de la calidad de vida y analizar su relación con el apoyo social en pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis. El estudio fue no experimental, debido a que no se manipuló ninguna de las variables de interés, y transversal, dado que las mediciones se realizaron en un único momento. El análisis de la relación entre el apoyo social y las dimensiones de la calidad de vida se efectuó mediante el coeficiente de correlación de Pearson, incluyendo tanto los puntajes por dominios como los puntajes globales de los instrumentos MOS y WHOQOL-BREF.

La investigación se llevó a cabo en la IPRESS Cipreses SAC, institución que brinda servicios de hemodiálisis al Seguro Social de Salud (EsSalud), ubicada en la ciudad de Lima, Perú. Esta institución fue seleccionada por la accesibilidad y las facilidades otorgadas para la ejecución del estudio. La población estuvo conformada por pacientes en tratamiento de hemodiálisis que asistían en los tres turnos y en las dos frecuencias de atención durante el año 2025. La recolección de datos se realizó en un periodo de cuatro días, incluyendo únicamente a los pacientes que se encontraban recibiendo sesión de hemodiálisis al momento de la aplicación de los instrumentos.

### Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron pacientes que asistieron en las fechas programadas para la aplicación de las encuestas, que manifestaron su disposición voluntaria para participar en el estudio y que otorgaron su consentimiento informado. Asimismo, se incluyó a aquellos pacientes que requirieron apoyo para la lectura o comprensión de los ítems del cuestionario debido a limitaciones visuales, afecciones osteoarticulares o necesidad de mayor explicación.

Se excluyeron los pacientes que no aceptaron participar de manera voluntaria, así como aquellos que no se encontraban presentes durante el periodo de recolección de datos por motivos de hospitalización, viajes u otras ausencias.

### Muestra

Se trabajó con una muestra de tipo censal, al buscar incluir a la totalidad de la población accesible. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, logrando la participación de 76 pacientes en tratamiento de hemodiálisis, de los cuales 42 fueron hombres y 34 mujeres. Adicionalmente, se recolectaron variables sociodemográficas como edad, sexo y nivel educativo, con el propósito de caracterizar a la población estudiada.

### Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de la información se emplearon los siguientes instrumentos:

El cuestionario MOS de Apoyo Social (Medical Outcomes Study–Social Support Survey)<sup>10</sup> es un instrumento multidimensional que evalúa la percepción del apoyo social. Fue adaptado y validado al castellano en España por De la Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina en 2005, en una muestra de 301 pacientes con enfermedades crónicas, identificándose tres factores: apoyo emocional/informacional, apoyo afectivo y apoyo instrumental, con valores de alfa de Cronbach de 0,941; 0,855 y 0,870, respectivamente<sup>11</sup>. En el Perú, su confiabilidad y validez fueron evaluadas en pacientes con cáncer en la ciudad de Trujillo, en una muestra de 100 pacientes adultos, obteniéndose un alfa de Cronbach global de 0,94 y un modelo trifactorial que explicó el 54,24 % de la varianza total<sup>12</sup>. El instrumento consta de 19 ítems con respuestas tipo Likert de cinco opciones (1 = nunca a 5 = siempre), con puntajes que oscilan entre 19 y 95, donde valores más altos indican mayor percepción de apoyo social.

La calidad de vida fue evaluada mediante el cuestionario WHOQOL-BREF<sup>13</sup>, instrumento validado en población peruana, incluyendo un estudio realizado en adultos mayores con diabetes tipo 2 atendidos en un hospital de Lima Norte, en el que participaron 138 pacientes<sup>14</sup>. El instrumento consta de 26 ítems con escala tipo Likert y evalúa cuatro dominios: salud física (7 ítems), salud psicológica (6 ítems), relaciones sociales (3 ítems) y ambiente (8 ítems). Las puntuaciones de cada dominio se obtuvieron calculando el promedio de los ítems correspondientes, multiplicado por un factor de cuatro y posteriormente transformado a una escala de 0 a 100, donde valores más altos indican mejor calidad de vida. Los ítems 3, 4 y 26 fueron invertidos conforme a las recomendaciones del manual del instrumento.

Ambos instrumentos utilizados cuentan con adecuada validez y confiabilidad, lo que respalda su aplicabilidad en la población de estudio.

### Procedimientos

La recolección de datos se realizó de forma presencial mediante cuestionarios impresos, previa firma del consentimiento informado. La investigadora principal fue responsable de la aplicación de los instrumentos, garantizando la confidencialidad y el anonimato de los participantes. No se registraron datos personales que permitieran la identificación de los encuestados.

### Análisis estadístico

Los datos recolectados fueron tabulados en Microsoft Excel y posteriormente procesados en el software estadístico SPSS versión 29, previa depuración de la base de datos para verificar consistencia, codificación adecuada y ausencia de valores perdidos relevantes. Las variables sociodemográficas fueron analizadas mediante estadística descriptiva. Los puntajes de los dominios de la calidad de vida y del apoyo social fueron resumidos mediante medidas de tendencia central y dispersión, y representados gráficamente mediante diagramas de caja. Para explorar la relación entre el apoyo social y las dimensiones de la calidad de vida, se aplicaron pruebas de correlación, considerando un nivel de significancia estadística de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

Participaron **76 pacientes** en tratamiento de hemodiálisis en la IPRESS Cipreses (Lima, Perú).

### Características sociodemográficas

La Tabla 1 presenta las características sociodemográficas de la muestra. El grupo etario con mayor frecuencia fue el de **60 años a más** (48,68%), seguido del grupo de **30 a 44 años** (46,05%) y el grupo de **18 a 29 años** (5,26%). No se registraron pacientes entre **45 y 59 años**. Predominó el **sexo masculino** (55,30%). En cuanto al nivel educativo, la mayor proporción correspondió a **secundaria completa** (34,21%) y **educación superior completa** (30,26%).

**Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes en hemodiálisis (n = 76)**

Categorías	Subcategorías	Frecuencia	Porcentaje
<b>Edad (años)</b>	18–29	4	5,26%
	30–44	35	46,05%
	60 a más	37	48,68%
<b>Sexo</b>	Masculino	42	55,30%
	Femenino	34	44,70%
<b>Nivel educativo</b>	Primaria completa	12	15,79%
	Secundaria completa	26	34,21%
	Superior completa	23	30,26%
	Superior incompleta	3	3,95%
	Técnica completa	11	14,47%
	Técnica incompleta	1	1,32%

Las características sociodemográficas de los 76 pacientes en tratamiento de hemodiálisis en la IPRESS Cipreses se presentan en la Tabla 1. El grupo etario con mayor frecuencia fue el de **60 años a más** (48,68%), seguido del grupo de **30 a 44 años** (46,05%); el

grupo de **18 a 29 años** representó el 5,26% de la muestra. Predominó el **sexo masculino** (55,30%). En cuanto al nivel educativo, la mayor proporción correspondió a **secundaria completa** (34,21%), seguida de **educación superior completa** (30,26%). La menor frecuencia se observó en **técnica incompleta** (1,32%).

### Apoyo social percibido (MOS)

La Tabla 2 muestra la distribución de respuestas por ítem del cuestionario MOS. Las mayores frecuencias se concentraron en la categoría **“Siempre”**, especialmente en los ítems relacionados con apoyo afectivo e instrumental.

**Tabla 2. Distribución de respuestas por ítem de la escala MOS (n = 76)**

Ítem	Afirmación	Nunca F (%)	Pocas veces F (%)	Algunas veces F (%)	La mayoría de las veces F (%)	Siempre F (%)
2	Que le ayude cuando tenga que estar en la cama	21 (27,6)	11 (14,5)	8 (10,5)	8 (10,5)	28 (36,8)
3	Con quien pueda contar cuando necesite hablar	10 (13,2)	7 (9,2)	9 (11,8)	16 (21,1)	33 (43,4)
4	Que le aconseje cuando tenga problemas	9 (11,8)	9 (11,8)	18 (23,7)	13 (17,1)	27 (35,5)
5	Que le lleve al médico cuando lo necesite	7 (9,2)	3 (3,9)	9 (11,8)	11 (14,5)	45 (59,2)
6	Que le muestre amor y afecto	0 (0,0)	5 (6,6)	8 (10,5)	13 (17,1)	50 (65,8)
7	Con quien pasar un buen rato	3 (3,9)	2 (2,6)	14 (18,4)	14 (18,4)	43 (56,6)
8	Que le informe y ayude a entender la situación	7 (9,2)	5 (6,6)	17 (22,4)	10 (13,2)	37 (48,7)
9	En quien confiar o con quién hablar de sí mismo	11 (14,5)	7 (9,2)	10 (13,2)	12 (15,8)	36 (47,4)
10	Que le abrace	4 (5,3)	7 (9,2)	10 (13,2)	18 (23,7)	37 (48,7)
11	Con quien pueda relajarse	6 (7,9)	5 (6,6)	19 (25,0)	15 (19,7)	31 (40,8)
12	Que le prepare la comida si no puede hacerlo	7 (9,2)	4 (5,3)	8 (10,5)	11 (14,5)	46 (60,5)
13	Cuyo consejo realmente desee	9 (11,8)	9 (11,8)	17 (22,4)	12 (15,8)	29 (38,2)
14	Con quien hacer cosas para olvidar problemas	8 (10,5)	7 (9,2)	15 (19,7)	18 (23,7)	28 (36,8)
15	Que le ayude en tareas domésticas si está enfermo	7 (9,2)	7 (9,2)	5 (6,6)	13 (17,1)	44 (57,9)
16	Alguien con quien compartir temores íntimos	16 (21,1)	2 (2,6)	9 (11,8)	13 (17,1)	36 (47,4)
17	Que le aconseje cómo resolver problemas personales	12 (15,8)	11 (14,5)	13 (17,1)	10 (13,2)	30 (39,5)
18	Con quién divertirse	7 (9,2)	8 (10,5)	14 (18,4)	13 (17,1)	34 (44,7)
19	Que comprenda sus problemas	7 (9,2)	6 (7,9)	20 (26,3)	10 (13,2)	33 (43,4)
20	A quien amar y hacerle sentirse querido	6 (7,9)	3 (3,9)	7 (9,2)	15 (19,7)	45 (59,2)

Los resultados de la Escala de Apoyo Social (MOS) muestran que las mayores frecuencias se concentraron en la categoría **“Siempre”**, especialmente en los ítems relacionados con el apoyo emocional, afectivo e instrumental. Destacaron las proporciones de pacientes que refirieron contar con alguien que les muestre amor y afecto (65,8%), que les prepare la comida si no pueden hacerlo (60,5%), que los lleve al médico cuando lo necesiten (59,2%), con quien puedan amar y sentirse queridos (59,2%), que los ayude en sus tareas domésticas en caso de enfermedad (57,9%) y con quien pasar un buen rato (56,6%) (Tabla 2).

### Calidad de vida (WHOQOL-BREF)

Los estadísticos descriptivos de los dominios del WHOQOL-BREF se presentan en la Tabla 3. El mayor puntaje transformado correspondió al dominio **psicológico** (61,35), mientras que el menor se observó en **relaciones sociales** (51,31).

**Tabla 3. Estadísticos descriptivos de los dominios del WHOQOL-BREF (n = 76)**

Dominio	Media	DE	Mínimo	Máximo	Puntaje transformado (0–100)
Salud física	87,68	15,82	52	136	53,29
Psicológico	82,89	17,99	32	120	61,35
Relaciones sociales	61,08	17,97	20	100	51,31
Ambiente	108,05	18,86	64	152	59,42

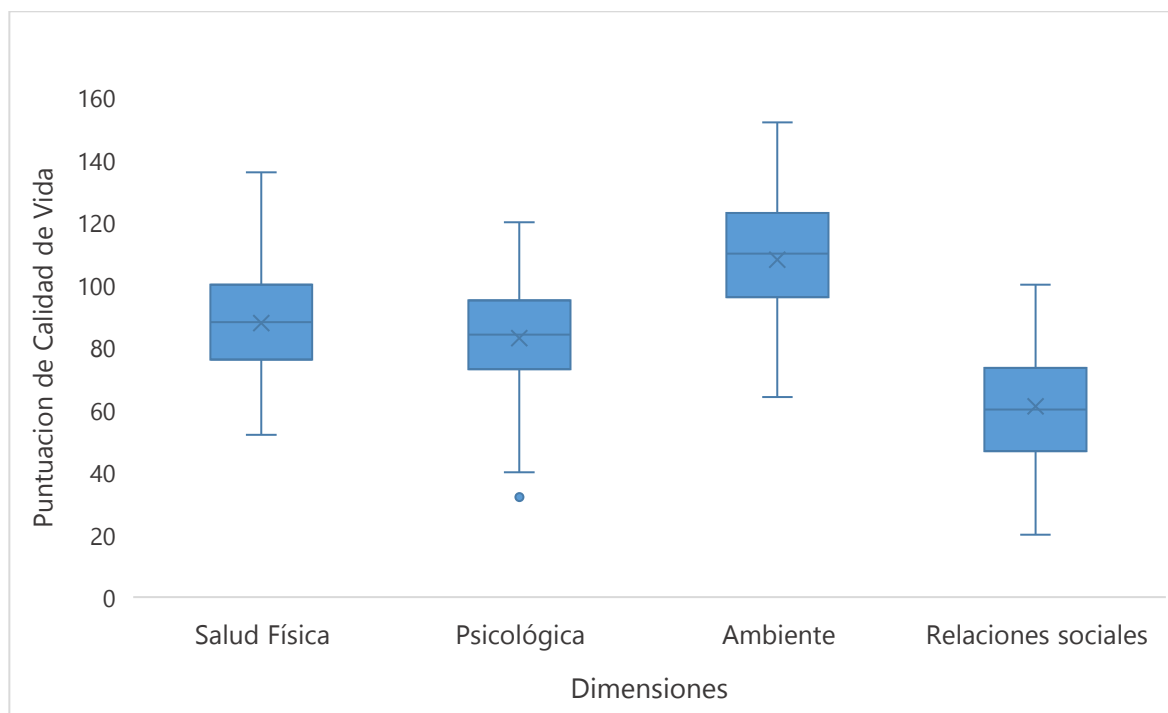
En la Tabla 3 se presentan los puntajes de los dominios del WHOQOL-BREF. En la escala transformada (0–100), el dominio **psicológico** obtuvo el puntaje más alto (61,35), seguido del dominio **ambiente** (59,42). El dominio **salud física** alcanzó un puntaje de 53,29, mientras que el puntaje más bajo correspondió al dominio de **relaciones sociales** (51,31).

### Distribución de puntajes por dominios

La Figura 1 muestra la dispersión de los puntajes por dominios del WHOQOL-BREF, observándose variabilidad y valores atípicos en el dominio psicológico.

**Figura 1**

*Dispersión de la variable calidad de vida en sus cuatro dominios WHOQOL BREF*



El análisis de diagramas de caja muestra las dimensiones de la calidad de vida, donde cada caja representa la variabilidad de las percepciones de calidad de vida en la muestra evaluada.

Se observa que la dimensión **ambiental** presenta la **mediana más alta**, así como una mayor dispersión, lo que sugiere una percepción relativamente favorable pero heterogénea respecto a las condiciones materiales, seguridad, acceso a servicios y entorno físico. En contraste, la dimensión de **relaciones sociales** muestra la **mediana más baja** y una distribución más compacta, lo que podría reflejar limitaciones en el apoyo afectivo, la satisfacción con las relaciones personales o la vida sexual, según los ítems que la

componen. Las dimensiones **física y psicológica** presentan medianas similares, cercanas al rango superior, aunque la dimensión psicológica evidencia la presencia de **valores atípicos bajos**, lo que indica que algunos participantes reportan niveles significativamente reducidos de bienestar emocional, autoestima o sentido de propósito.

**Tabla 4. Distribución de respuestas de la dimensión psicológica (WHOQOL-BREF)**

Ítem	Nada F (%)	Poco F (%)	Lo normal F (%)	Bastante satisfecho/a F (%)	Muy satisfecho/a F (%)
¿Cuánto disfruta de la vida?	4 (5,3)	9 (11,8)	31 (40,8)	20 (26,3)	12 (15,8)
¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?	3 (3,9)	10 (13,2)	26 (34,2)	23 (30,3)	14 (18,4)
¿Cuál es su capacidad de concentración?	1 (1,3)	8 (10,5)	34 (44,7)	21 (27,6)	12 (15,8)
¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	3 (3,9)	6 (7,9)	22 (28,9)	22 (28,9)	23 (30,3)
¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?	1 (1,3)	16 (21,1)	23 (30,3)	21 (27,6)	15 (19,7)
¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos?	3 (3,9)	13 (17,1)	28 (36,8)	24 (31,6)	8 (10,5)

La dimensión psicológica mostró una distribución heterogénea de respuestas, con predominio de las categorías **“Lo normal”** y **“Bastante satisfecho/a”**. El 44,7% de los pacientes reportó una capacidad de concentración “lo normal”, mientras que el 40,8% indicó un disfrute de la vida en el mismo nivel. En cuanto a los sentimientos negativos, el 31,6% refirió experimentarlos con frecuencia. Asimismo, el 30,3% calificó como “bastante satisfecho/a” la percepción de que su vida tiene sentido (Tabla 4).

**Tabla 5. Distribución de respuestas de la dimensión relaciones sociales (WHOQOL-BREF)**

Ítem	Nada F (%)	Poco F (%)	Lo normal F (%)	Bastante satisfecho/a F (%)	Muy satisfecho/a F (%)
¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1 (1,3)	9 (11,8)	29 (38,2)	24 (31,6)	13 (17,1)
¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?	24 (31,6)	15 (19,7)	20 (26,3)	11 (14,5)	6 (7,9)
¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	5 (6,6)	19 (25,0)	26 (34,2)	10 (13,2)	16 (21,1)

En la dimensión de relaciones sociales, la mayor proporción de respuestas se concentró en la categoría **“Lo normal”**, con un 38,2% en satisfacción con las relaciones personales y un 34,2% en el apoyo recibido de los amigos. En contraste, el 31,6% de los pacientes reportó estar **“Nada”** satisfecho con su vida sexual (Tabla 5).

**Tabla 6. Distribución de respuestas de la dimensión salud física (WHOQOL-BREF)**

Ítem	Nada F (%)	Poco F (%)	Lo normal F (%)	Bastante satisfecho/a F (%)	Muy satisfecho/a F (%)
¿En qué medida el dolor le impide hacer lo que necesita?	7 (9,2)	18 (23,7)	22 (28,9)	19 (25,0)	10 (13,2)
¿Cuánto necesita tratamiento médico para funcionar?	1 (1,3)	8 (10,5)	21 (27,6)	29 (38,2)	17 (22,4)
¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	3 (3,9)	16 (21,1)	34 (44,7)	20 (26,3)	3 (3,9)
¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	4 (5,3)	12 (15,8)	25 (32,9)	16 (21,1)	19 (25,0)
¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?	3 (3,9)	27 (35,5)	28 (36,8)	16 (21,1)	2 (2,6)
¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para actividades diarias?	4 (5,3)	16 (21,1)	37 (48,7)	13 (17,1)	6 (7,9)
¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	11 (14,5)	17 (22,4)	27 (35,5)	16 (21,1)	

En la dimensión de salud física predominó la categoría “**Lo normal**” en la mayoría de los ítems. El 48,7% de los pacientes reportó satisfacción “lo normal” con su habilidad para realizar actividades de la vida diaria, y el 44,7% indicó tener energía suficiente para la vida diaria en el mismo nivel. Asimismo, se observaron proporciones relevantes de respuestas en niveles bajos de satisfacción en aspectos como el sueño, la energía y la capacidad de trabajo (Tabla 6).

**Tabla 7. Distribución de respuestas de la dimensión ambiental (WHOQOL-BREF)**

Ítem	Nada F (%)	Poco F (%)	Lo normal F (%)	Bastante satisfecho/a F (%)	Muy satisfecho/a F (%)
¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1 (1,3)	16 (21,1)	30 (39,5)	22 (28,9)	7 (9,2)
¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	0 (0,0)	3 (3,9)	29 (38,2)	29 (38,2)	15 (19,7)
¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	8 (10,5)	15 (19,7)	41 (53,9)	5 (6,6)	7 (9,2)
¿Qué disponibilidad tiene de la información que necesita?	1 (1,3)	8 (10,5)	27 (35,5)	29 (38,2)	11 (14,5)
¿Oportunidad para realizar actividades de ocio?	2 (2,6)	14 (18,4)	34 (44,7)	19 (25,0)	7 (9,2)
¿Cuán satisfecho/a está con las condiciones del lugar donde vive?	0 (0,0)	4 (5,3)	26 (34,2)	28 (36,8)	18 (23,7)
¿Cuán satisfecho/a está con el acceso a servicios sanitarios?	1 (1,3)	15 (19,7)	26 (34,2)	20 (26,3)	14 (18,4)
¿Cuán satisfecho/a está con su transporte?	2 (2,6)	15 (19,7)	30 (39,5)	19 (25,0)	10 (13,2)

En la dimensión ambiental predominó la categoría “**Lo normal**” en la mayoría de los ítems. El 53,9% de los pacientes indicó tener dinero suficiente para cubrir sus necesidades, mientras que el 44,7% reportó contar con oportunidades para realizar actividades de ocio. Asimismo, se observaron proporciones relevantes de respuestas en niveles bajos de satisfacción en aspectos como seguridad, acceso a servicios sanitarios y transporte (Tabla 7).

### Relación entre apoyo social y calidad de vida

La Tabla 8 presenta las correlaciones entre el apoyo social (MOS) y los dominios del WHOQOL-BREF. Se identificó una correlación **positiva y significativa** entre apoyo social y el dominio **ambiente** ( $r = 0,297$ ;  $p = 0,010$ ). No se hallaron asociaciones significativas con los dominios salud física, psicológico ni relaciones sociales.

**Tabla 8. Correlaciones entre apoyo social (MOS) y dominios del WHOQOL-BREF**

Variables	Apoyo social	Salud física	Psicológico	Ambiente	Relaciones sociales
<b>Apoyo social</b>	1	$r = 0,187$ ( $p = 0,110$ )	$r = 0,127$ ( $p = 0,281$ )	<b><math>r = 0,297</math> (<math>p = 0,010</math>)</b>	$r = 0,208$ ( $p = 0,075$ )
<b>Salud física</b>	—	1	<b><math>r = 0,646</math> (<math>p &lt; 0,001</math>)</b>	<b><math>r = 0,511</math> (<math>p &lt; 0,001</math>)</b>	<b><math>r = 0,586</math> (<math>p &lt; 0,001</math>)</b>
<b>Psicológico</b>	—	—	1	<b><math>r = 0,537</math> (<math>p &lt; 0,001</math>)</b>	<b><math>r = 0,617</math> (<math>p &lt; 0,001</math>)</b>
<b>Ambiente</b>	—	—	—	1	<b><math>r = 0,468</math> (<math>p &lt; 0,001</math>)</b>
<b>Relaciones sociales</b>	—	—	—	—	1

El análisis de correlación de Pearson mostró asociaciones positivas y estadísticamente significativas entre los dominios del WHOQOL-BREF. La relación más fuerte se observó entre **salud física y psicológico** ( $r = 0,646$ ;  $p < 0,001$ ), seguida de las correlaciones entre salud física y ambiente, psicológico y ambiente, y psicológico y relaciones sociales ( $p < 0,001$ ).

En cuanto al apoyo social, no se encontraron correlaciones significativas con los dominios de **salud física** ( $p = 0,110$ ), **psicológico** ( $p = 0,281$ ) ni **relaciones sociales** ( $p = 0,075$ ). Sin embargo, se identificó una correlación **positiva y significativa** con el dominio **ambiente** ( $r = 0,297$ ;  $p = 0,010$ ) (Tabla 8).

## Consideraciones éticas y financiamiento

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. La participación fue voluntaria y anónima; todos los participantes firmaron consentimiento informado. La información fue codificada y almacenada de manera segura. El estudio fue autofinanciado y no se declararon conflictos de interés.

## DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la calidad de vida y el apoyo social en pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis en la IPRESS Cipreses de EsSalud, Lima, durante el año 2025.

La población estuvo conformada por 76 pacientes, con predominio de adultos mayores, lo que coincide con la tendencia epidemiológica de la enfermedad renal crónica. El grupo de menor representación fue el de 18 a 29 años. Asimismo, se observó predominio del sexo masculino y niveles educativos que oscilaron entre secundaria completa y educación superior completa, lo que favoreció la adecuada comprensión de los instrumentos aplicados.

El hallazgo principal del estudio fue la correlación positiva, débil pero estadísticamente significativa entre el apoyo social y la dimensión ambiental de la calidad de vida ( $r = 0,297$ ;  $p = 0,010$ ). Esto indica que una mayor percepción de apoyo social se asocia con una mejor valoración del entorno físico, la seguridad, el acceso a servicios y los recursos materiales, lo cual coincide con estudios que señalan el rol protector del apoyo social frente a condiciones ambientales adversas<sup>15</sup>.

En contraste, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre el apoyo social y las dimensiones de salud física ( $p = 0,110$ ), psicológica ( $p = 0,281$ ) ni relaciones sociales ( $p = 0,075$ ), lo cual difiere de investigaciones previas que reportan asociaciones más amplias entre apoyo social y bienestar integral en pacientes con enfermedades crónicas<sup>16-17</sup>.

Aun así, es importante destacar que el apoyo social constituye un recurso valioso para la interacción del paciente con su entorno. Estudios en adultos mayores han mostrado que mayores niveles de apoyo se relacionan con mejores percepciones del ambiente y de las relaciones con sus pares<sup>18</sup>. En el presente estudio, aunque las correlaciones con las dimensiones física, psicológica y social fueron positivas, no alcanzaron significancia estadística, lo que sugiere que el apoyo social no se asocia de manera directa con estos aspectos de la calidad de vida.

Los resultados también muestran que, pese a las limitaciones físicas y sociales propias del tratamiento de hemodiálisis, los pacientes mantienen una percepción relativamente favorable de su bienestar emocional. Esta estabilidad podría estar influida por el acompañamiento familiar, la adaptación progresiva al tratamiento y el desarrollo de estrategias personales de afrontamiento. La consistencia entre el puntaje transformado más alto en la dimensión psicológica (61,35) y la mediana elevada observada en el diagrama de cajas (Figura 1) refuerza esta interpretación.

La presencia de un valor atípico en la dimensión psicológica ( $r = 0,646$ ) sugiere que, aunque la mayoría de pacientes reporta niveles adecuados de bienestar emocional, existen casos que requieren atención diferenciada. Estudios previos han documentado que los pacientes en hemodiálisis presentan mayor prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa<sup>19</sup>, lo que resalta la necesidad de intervenciones psicosociales individualizadas, especialmente en aquellos con mayor vulnerabilidad emocional.

Finalmente, la ausencia de asociación significativa entre el apoyo social (evaluado mediante la escala MOS) y la dimensión de relaciones sociales del WHOQOL-BREF podría explicarse por las características propias del tratamiento de hemodiálisis, que limita la vida social, genera cansancio físico y puede debilitar el soporte familiar. Además, la dimensión de relaciones sociales del WHOQOL-BREF evalúa aspectos como la satisfacción con las relaciones personales, el apoyo de los amigos y la vida sexual, elementos que no necesariamente se corresponden con la percepción de apoyo social medida por el MOS.

## Limitaciones del estudio

El estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, el diseño **transversal** no permite establecer relaciones causales entre las variables analizadas, sino únicamente asociaciones. En segundo lugar, se utilizó un **muestreo no probabilístico por conveniencia**, limitado a los pacientes que asistieron a la IPRESS Cipreses durante el periodo de recolección, lo que podría restringir la generalización de los hallazgos a otras poblaciones de pacientes en hemodiálisis.

Asimismo, la información fue obtenida mediante **autorreporte**, lo que puede introducir sesgos de deseabilidad social o de interpretación de los ítems. Otra limitación es la ausencia de variables clínicas relevantes, como el **tiempo en tratamiento de**

**hemodiálisis**, comorbilidades, estado funcional o adherencia terapéutica, factores que podrían influir en la percepción de la calidad de vida y del apoyo social.

Finalmente, el estudio no exploró la influencia de características familiares, laborales o económicas que podrían complementar la comprensión del apoyo social y su relación con la calidad de vida. Se recomienda que futuras investigaciones incorporen diseños longitudinales y variables clínicas y psicosociales adicionales para profundizar en estos hallazgos.

### Fortalezas del estudio

El estudio presenta varias fortalezas que contribuyen a la validez y relevancia de sus hallazgos. En primer lugar, se trabajó con una **muestra censal**, lo que permitió incluir a la totalidad de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis presentes durante el periodo de recolección, reduciendo el riesgo de sesgo de selección y proporcionando una representación fiel de la población atendida en la IPRESS Cipreses.

En segundo lugar, se utilizaron **instrumentos estandarizados y validados internacionalmente**, como el WHOQOL-BREF y la escala MOS de apoyo social, ambos con adecuados niveles de confiabilidad y validez en poblaciones con enfermedades crónicas. Esto garantiza la calidad de la medición y la comparabilidad de los resultados con estudios previos.

Asimismo, el estudio aporta evidencia local actualizada sobre la calidad de vida y el apoyo social en pacientes en hemodiálisis, un grupo clínicamente vulnerable y poco explorado en el contexto peruano. Esta información es valiosa para el diseño de intervenciones psicosociales y para la toma de decisiones en servicios de salud.

Finalmente, la integración de múltiples dimensiones de la calidad de vida permitió un análisis amplio y detallado del bienestar de los pacientes, identificando áreas específicas que requieren atención prioritaria, como las relaciones sociales y el entorno ambiental.

### CONCLUSIONES

El estudio evidenció que el apoyo social presenta una relación significativa únicamente con la **dimensión ambiental** de la calidad de vida en pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Esta asociación indica que una mayor percepción de apoyo social se vincula con una mejor valoración del entorno físico, el acceso a servicios de salud, los recursos materiales y las condiciones de seguridad necesarias para afrontar el tratamiento.

No se encontró una relación estadísticamente significativa entre el apoyo social y las dimensiones de **salud física, psicológica y relaciones sociales**, lo que sugiere que la percepción del bienestar corporal, emocional y social en estos pacientes podría estar influida por otros factores no evaluados en este estudio.

La **dimensión de relaciones sociales** registró los puntajes más bajos, lo que indica que esta área es percibida con menor satisfacción por los pacientes en hemodiálisis. Este hallazgo podría estar relacionado con limitaciones propias del tratamiento, el cansancio físico, la reducción de actividades sociales y la posible fragilidad del soporte familiar. Asimismo, variables no consideradas, como el **tiempo en tratamiento**, podrían influir en la percepción de la calidad de vida y actuar como factores independientes.

Finalmente, se resalta la necesidad de implementar **programas estructurados** orientados a fortalecer las habilidades sociales, promover redes de apoyo y favorecer la integración social de los pacientes, con el fin de mejorar su bienestar emocional y su calidad de vida global.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lou-Meda R, Depine SA, Burgos-Calderón R, Luyckx VA. Del campo al salón de actos: la historia de la resolución sobre la salud renal. *International Society of Nephrology*. 2023;108(6):962-968.
- Ulası İI, Awobusuyi O, Nayak S, Depine SA, Aroca-Martínez G, Uzoamaka Solarin A, et al. Carga de la enfermedad renal crónica en entornos de bajos recursos: perspectivas regionales. *Seminario en Nefrología*. 2022;42(5):1-14.
- Sociedad Latinoamericana de Nefrología y Hipertensión. Situación de la enfermedad renal crónica en América Latina, con énfasis en la enfermedad renal diabética: dificultades y desafíos. *Nefrología Latinoamericana*. 2025;22(1):5.
- Francis ER, Kuo CC, Ortiz AB, Nessel L, Gilman RH, Checkley W, et al. Carga de la enfermedad renal crónica en entornos de recursos limitados en Perú: un estudio poblacional. *BMC Nephrology*. 2015;16:114.
- Ministerio de Salud (MINSA). Documento técnico: Plan Nacional Integral de la Enfermedad Renal Crónica. Resolución Ministerial N.º 862-2022/MINSA. 2022 [Acceso 7 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3802740/Documento%20Técnico%20%28Parte%201%29.pdf?v=1667055214> (cdn.www.gob.pe in Bing)
- Martínez Rodríguez L, Fernández Castillo E, Gonzales Martínez E, Lorenzo Carreiro A, Vásquez Morales HL. Apoyo social y resiliencia: factores protectores en cuidadores principales de pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*. 2019;22(2):130-139.
- Carreño-Moreno SP, Chaparro-Díaz L. Calidad de vida de los cuidadores de personas con enfermedad crónica. *Aquichan*. 2016;16(4):447-461.
- Galván MA. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. 2024 [Acceso 7 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa2/n2/m2.html>
- Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Política andina de salud pública para enfrentar la enfermedad renal crónica. 2023 [Acceso 20 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.orasconhu.org/es/node/2453>
- Rodríguez Espínola S, Carmelo Enrique H. Validación argentina del cuestionario MOS de apoyo social percibido. *Psicodebate*. 2017;7(7):155-168.
- Martínez Basurto AE, Sánchez RS, Aguilar Villalobos EJ, Rodríguez Pérez V. Adaptación y validación del Cuestionario MOS de apoyo social en pacientes mexicanos con VIH. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 2015;4(2):93-101.
- Baca RD. Confiabilidad y validez del cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer en Trujillo. *Revista de Investigación en Psicología*. 2016;19(1):177-190.
- World Health Organization (WHO). WHOQOL. 2012 [Acceso 3 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/tools/whoqol>
- Ñique Oyola Y, Manchay Peña H. Calidad de vida en personas diabéticas atendidas en un hospital de Lima Norte. *Revista Científica Ágora*. 2020;7(1):13-18.
- Ocsa-Guerra P, Ventura-León J, Reyes-Bossio M. Efectos de un programa sobre calidad de vida en una muestra de mujeres adultas mayores de Perú. *Revista de Investigación Apuntes Universitarios*. 2022;13(1):29-44.
- Lora Loza M, Barrantes Ponce SAM, Peñalver Higuera M, Rodríguez Vega JL. Apoyo familiar y calidad de vida percibida por pacientes con diabetes mellitus 2 en tiempos de COVID-19. *Revista de Ciencias Sociales*. 2023;29(1):357-368.
- Lardone A, Sorrentino P, Giancamilli F, Palombi T, Simper T, Mandolesi L, et al. Variables psicosociales y calidad de vida durante el confinamiento por COVID-19: un estudio correlacional sobre una muestra por conveniencia en jóvenes italianos. *PeerJ*. 2024;8:e10611.
- Samaniego Chalco MJ, Quito Valle JV. Calidad de vida en adultos mayores no institucionalizados de Cuenca-Ecuador, 2022. *Maskana*. 2023;14(1):41-50.
- Martínez Rojas SM, Ruiz Roa SL. Relación entre el bienestar psicológico y la percepción de calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*. 2022;25(3):229-238.

