



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-Quispe¹, Fiorella del Carmen Ríoz-Cruz²

¹ 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>

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

DOI:

Autor correspondiente:

María Elena Mariños Quispe
Teléfono: +51 951 346 368
Correo electrónico: memarinosq68@gmail.com

Contribuciones de autoría:

Las contribuciones de los autores se detallan de acuerdo con la taxonomía CRediT:

- **María Elena Mariños Quispe (MEMQ):** Concepción y diseño del estudio, recolección de datos, análisis e interpretación de los resultados, redacción del borrador original y revisión crítica del manuscrito.
- **Fiorella del Carmen Ríos Cruz (FDRC):** Supervisión metodológica, asesoría en el análisis estadístico, revisión crítica del contenido intelectual y validación de los hallazgos.

Declaración de 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.

Como citar:

María Elena Mariños-Quispe, Fiorella del Carmen Ríoz-Cruz. Calidad de vida y apoyo social en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en la IPRESS Cipreses–EsSalud, 2025. Rev Méd Panacea. 2026;15(2):101–111. DOI:

Recibido: 19 - 04 - 2026
Aceptado: 01 - 05 - 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, observacional, de diseño no experimental, tipo descriptivo-correlacional y de corte transversal, realizado en 76 pacientes en tratamiento de hemodiálisis. La calidad de vida se evaluó mediante el cuestionario WHOQOL-BREF y el apoyo social mediante la escala MOS. El análisis estadístico incluyó el coeficiente de correlación de Pearson, considerando un nivel de significancia de $p < 0,05$.

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

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

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, in 2025.

Materials and methods: A quantitative, observational, 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, weak, 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, suggesting its influence on material conditions, access to services, and environmental resources. The lack of association with other dimensions highlights the need for comprehensive, family-centered interventions aimed at improving the biopsychosocial well-being of patients undergoing hemodialysis.

Keywords: Quality of life; Social support; Hemodialysis.

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 alta asociación con mortalidad cardiovascular y su considerable impacto económico en los sistemas sanitarios¹. 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, económicos y ambientales, entre ellos la pobreza, el bajo nivel educativo, las condiciones laborales adversas y el acceso desigual a los servicios de salud¹.

En América del Sur, la prevalencia de la hemodiálisis presenta una marcada heterogeneidad, siendo mayor en países como Chile y menor en Colombia, Perú y Paraguay². 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 Brasil³. Asimismo, la incidencia y prevalencia de la ERC se correlacionan con el producto interno bruto de los países, lo que podría explicar, en parte, la variabilidad epidemiológica observada. A nivel global, la ERC representa el 4,67 % de las muertes, el 1,11 % de los años de vida perdidos y el 2,77 % de los años de vida ajustados por discapacidad, proyectándose como la quinta causa de muerte para el año 2040³.

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 población⁴. Entre 2010 y 2018, esta enfermedad ocasionó 22 801 muertes, según datos oficiales⁵. El incremento sostenido de pacientes que requieren hemodiálisis —procedimiento destinado a sustituir la función renal mediante la depuración extracorpórea de la sangre—⁶ hace necesario abordar no solo los aspectos clínicos, sino también la calidad de vida de los pacientes durante el tratamiento.

La calidad de vida en pacientes en hemodiálisis es un constructo multifactorial que abarca dimensiones físicas, psicológicas, sociales y ambientales, y se encuentra estrechamente influenciado por el apoyo social, considerado un factor protector frente al deterioro progresivo de la salud. Este deterioro suele verse exacerbado por complicaciones y comorbilidades que demandan cuidados complejos y un elevado consumo de recursos sociosanitarios. En este contexto, los pacientes requieren apoyo continuo del entorno familiar, donde con frecuencia un miembro asume el rol de cuidador principal, influyendo en el bienestar emocional, las relaciones interpersonales y la satisfacción de necesidades básicas tanto del paciente como del propio cuidador⁷.

El apoyo social ejerce una influencia directa sobre el bienestar emocional, la adaptación al tratamiento y la percepción de eficacia terapéutica. Se trata de un constructo multidimensional que abarca desde las necesidades biológicas, económicas y psicológicas a nivel individual hasta su expresión en el ámbito comunitario⁸. No obstante, la limitada implementación de políticas públicas orientadas a integrar de manera efectiva al entorno familiar como componente esencial del cuidado continúa siendo una barrera significativa. A pesar de la existencia de estrategias dirigidas a grupos de alto riesgo, estas no han logrado contener el incremento de la ERC ni mitigar de manera sustancial su impacto sobre la calidad de vida⁹.

En este contexto, el presente estudio tiene como 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.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, observacional, con diseño no experimental, de tipo descriptivo-correlacional y de corte transversal. Este diseño se consideró adecuado para describir la calidad de vida y analizar su relación con el apoyo social en pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Al tratarse de un estudio no experimental, no se manipuló ninguna de las variables de interés, y el carácter transversal implicó que las mediciones se realizaron en un único momento. La relación entre el apoyo social y las dimensiones de la calidad de vida se evaluó mediante el coeficiente de correlación de Pearson, considerando tanto los puntajes globales como los puntajes por dominios de los instrumentos MOS y WHOQOL-BREF.

El estudio se llevó a cabo en la IPRESS Cipreses SAC, institución que brinda servicios de hemodiálisis al Seguro Social de Salud (EsSalud), ubicada en Lima, Perú. Esta institución fue seleccionada por conveniencia, debido a la accesibilidad y facilidades para la ejecución del estudio. La población estuvo conformada por pacientes en tratamiento de hemodiálisis que asistían en los distintos turnos y 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 durante el periodo de recolección de datos, que aceptaron participar voluntariamente y firmaron el consentimiento informado. Asimismo, se incluyó a aquellos que requirieron apoyo para la lectura o comprensión de los ítems debido a limitaciones visuales o dificultades físicas.

Se excluyeron los pacientes que no aceptaron participar o que no estuvieron presentes durante el periodo de recolección de datos por hospitalización, viajes u otras causas.

Muestra

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, con enfoque censal, al intentar incluir a la totalidad de la población accesible. La muestra final estuvo conformada por 76 pacientes en tratamiento de hemodiálisis, de los cuales 42 fueron hombres y 34 mujeres. Asimismo, se recolectaron variables sociodemográficas, como edad, sexo y nivel educativo, con el fin de caracterizar a la población de estudio.

Instrumentos de recolección de datos

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

El cuestionario MOS de Apoyo Social (Medical Outcomes Study–Social Support Survey)¹⁰ es un instrumento multidimensional que evalúa la percepción del apoyo social. Fue adaptado y validado al castellano en España, identificándose tres dimensiones: apoyo emocional/informacional, apoyo afectivo y apoyo instrumental, con coeficientes alfa de Cronbach de 0,941; 0,855 y 0,870, respectivamente¹¹. En el Perú, su confiabilidad y validez han sido evaluadas en pacientes con cáncer, reportándose un alfa de Cronbach global de 0,94 y una estructura trifactorial que explicó el 54,24 % de la varianza total¹². El instrumento consta de 19 ítems con escala tipo Likert de cinco puntos (1 = nunca a 5 = siempre), con puntajes que oscilan entre 19 y 95; valores más altos indican mayor percepción de apoyo social.

La calidad de vida se evaluó mediante el cuestionario WHOQOL-BREF¹³, validado en población peruana¹⁴. Este 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 calcularon como 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 según las recomendaciones del manual.

Ambos instrumentos presentan adecuada validez y confiabilidad, lo que respalda su uso en la población de estudio.

Procedimientos

La recolección de datos se realizó de forma presencial mediante cuestionarios impresos, previa obtención 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 su identificación.

Análisis estadístico

Los datos fueron registrados en Microsoft Excel y posteriormente analizados en el software estadístico SPSS versión 29. Se realizó una depuración previa para verificar la consistencia, codificación adecuada y ausencia de valores perdidos relevantes. Las variables sociodemográficas se analizaron mediante estadística descriptiva. Los puntajes de los dominios de la calidad de vida y del apoyo social se resumieron utilizando medidas de tendencia central y dispersión, y se representaron mediante diagramas de caja. Para evaluar la relación entre el apoyo social y las dimensiones de la calidad de vida se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson, 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
Edad (años)	18–29	4	5,26%
	30–44	35	46,05%
	60 a más	37	48,68%
Sexo	Masculino	42	55,30%
	Femenino	34	44,70%
Nivel educativo	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

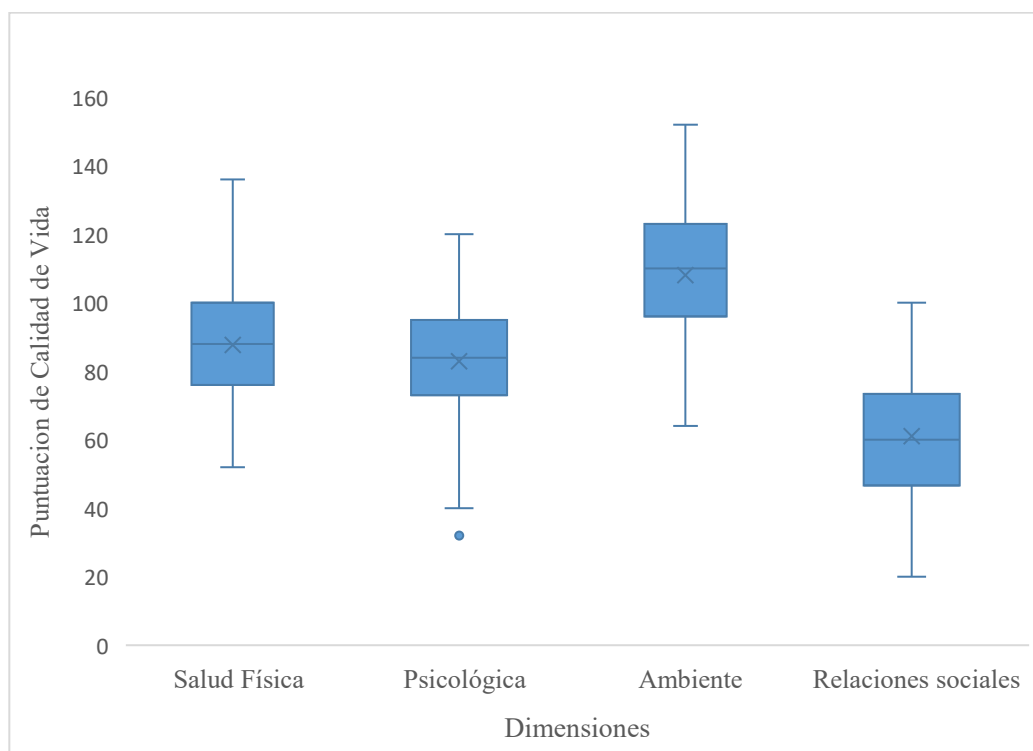
En la Tabla 3 se presentan los puntajes de los dominios del WHOQOL-BREF. En la escala transformada (0-100), el dominio psicológico obtuvo el puntaje más alto (61,35), seguido del dominio ambiente (59,42). El dominio salud física alcanzó un puntaje de 53,29, mientras que el puntaje más bajo correspondió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

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)	

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)

Ítem	Nada F (%)	Poco F (%)	Lo normal F (%)	Bastante satisfecho/a F (%)	Muy satisfecho/a F (%)
¿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
Apoyo social	1	$r = 0,187$ ($p = 0,110$)	$r = 0,127$ ($p = 0,281$)	$r = 0,297$ ($p = 0,010$)	$r = 0,208$ ($p = 0,075$)
Salud física	—	1	$r = 0,646$ ($p < 0,001$)	$r = 0,511$ ($p < 0,001$)	$r = 0,586$ ($p < 0,001$)
Psicológico	—	—	1	$r = 0,537$ ($p < 0,001$)	$r = 0,617$ ($p < 0,001$)
Ambiente	—	—	—	1	$r = 0,468$ ($p < 0,001$)
Relaciones sociales	—	—	—	—	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, previa obtención del consentimiento informado por escrito, garantizando el anonimato y la confidencialidad de los participantes. La información recolectada fue codificada y almacenada de manera segura, sin incluir datos que permitieran la identificación individual.

El estudio fue autofinanciado y las autoras declaran no tener conflictos de interés.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como 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, durante el año 2025. La población estuvo conformada por 76 pacientes, con predominio de adultos mayores y del sexo masculino, lo que es consistente con la distribución epidemiológica reportada para la enfermedad renal crónica. Asimismo, los niveles educativos observados favorecieron la adecuada comprensión de los instrumentos aplicados.

El hallazgo principal fue la existencia de una correlación positiva, débil pero estadísticamente significativa entre el apoyo social y la dimensión ambiental de la calidad de vida. Este resultado sugiere 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 destacan el rol del apoyo social como factor protector frente a condiciones ambientales adversas¹⁵.

En contraste, no se evidenciaron asociaciones significativas entre el apoyo social y las dimensiones de salud física, psicológica y relaciones sociales. Este hallazgo difiere de investigaciones previas que han reportado asociaciones más amplias entre el apoyo social y el bienestar integral en pacientes con enfermedades crónicas¹⁶⁻¹⁷. Una posible explicación radica en las características propias del tratamiento de hemodiálisis, el cual impone limitaciones físicas, dependencia terapéutica y restricciones en la vida cotidiana, factores que podrían modular la influencia del apoyo social sobre distintas dimensiones de la calidad de vida.

A pesar de la ausencia de significancia estadística en algunas dimensiones, las correlaciones observadas fueron positivas, lo que sugiere una tendencia hacia una relación favorable entre el apoyo social y la calidad de vida. En este sentido, el apoyo social continúa

siendo un recurso relevante para la adaptación del paciente a su entorno y al tratamiento, tal como ha sido documentado en poblaciones similares¹⁸.

Por otro lado, los resultados evidencian que los pacientes mantienen una percepción relativamente favorable de su bienestar psicológico, a pesar de las limitaciones asociadas al tratamiento. Este hallazgo podría estar relacionado con procesos de adaptación progresiva, estrategias de afrontamiento y el acompañamiento familiar. Sin embargo, la variabilidad observada en esta dimensión sugiere la presencia de subgrupos con mayor vulnerabilidad emocional, lo que coincide con estudios que reportan alta prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes en hemodiálisis¹⁹.

La ausencia de asociación significativa entre el apoyo social y la dimensión de relaciones sociales del WHOQOL-BREF podría explicarse por diferencias conceptuales entre los instrumentos utilizados. Mientras que la escala MOS evalúa la percepción de disponibilidad de apoyo, la dimensión de relaciones sociales del WHOQOL-BREF se centra en la satisfacción con relaciones personales, vida sexual y apoyo de amistades, aspectos que no necesariamente se corresponden de manera directa. Asimismo, las limitaciones físicas y el desgaste asociado al tratamiento podrían afectar negativamente la vida social del paciente, independientemente del nivel de apoyo percibido.

Limitaciones del estudio

El presente estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre las variables, permitiendo únicamente identificar asociaciones. En segundo lugar, el muestreo no probabilístico por conveniencia, restringido a una sola institución, limita la generalización de los resultados.

Asimismo, la información fue obtenida mediante autorreporte, lo que puede introducir sesgos de deseabilidad social. Adicionalmente, no se incluyeron variables clínicas relevantes, como tiempo en hemodiálisis, comorbilidades, estado funcional o adherencia terapéutica, las cuales podrían influir en la calidad de vida y el apoyo social. Finalmente, no se evaluaron factores familiares, laborales o económicos que podrían enriquecer la comprensión del fenómeno estudiado. Se recomienda que futuras investigaciones incorporen diseños longitudinales y variables clínicas y psicosociales adicionales.

Fortalezas del estudio

Entre las principales fortalezas del estudio destaca el uso de instrumentos validados y ampliamente utilizados, como el WHOQOL-BREF y la escala MOS, lo que garantiza la calidad de la medición y la comparabilidad de los resultados. Asimismo, el estudio aporta evidencia local actualizada sobre un grupo clínicamente vulnerable y poco estudiado en el contexto peruano.

Adicionalmente, la inclusión de múltiples dimensiones de la calidad de vida permitió un análisis integral del bienestar de los pacientes, identificando áreas prioritarias de intervención, como las relaciones sociales y el entorno ambiental.

CONCLUSIONES

El estudio evidenció que el apoyo social se asocia de manera significativa únicamente con la dimensión ambiental de la calidad de vida en pacientes en tratamiento de hemodiálisis, lo que sugiere su influencia sobre el entorno físico, el acceso a servicios y los recursos materiales necesarios para afrontar el tratamiento.

No se identificaron asociaciones significativas entre el apoyo social y las dimensiones física, psicológica y de relaciones sociales, lo que indica que estos componentes del bienestar podrían estar determinados por factores adicionales no evaluados en el presente estudio.

Asimismo, la dimensión de relaciones sociales presentó los puntajes más bajos, evidenciando una menor satisfacción en este ámbito, posiblemente relacionada con las limitaciones propias del tratamiento, la reducción de la interacción social y la carga física asociada a la enfermedad.

En conjunto, estos hallazgos resaltan la necesidad de implementar intervenciones integrales orientadas al fortalecimiento del apoyo social, con énfasis en la promoción de redes de apoyo y la mejora de la integración social, a fin de contribuir al bienestar biopsicosocial de los pacientes en hemodiálisis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Lou-Meda R, Depine SA, Burgos-Calderón R, Luyckx VA. From the field to the assembly hall: the story of the kidney health resolution. *Kidney Int.* 2023;108(6):962-968. doi:10.1016/j.kint.2023.08.012
2. Ulasi II, Awobusuyi O, Nayak S, Depine SA, Aroca-Martínez G, Solarin AU, et al. Burden of chronic kidney disease in low-resource settings: regional perspectives. *Semin Nephrol.* 2022;42(5):1-14. doi:10.1016/j.semnephrol.2022.08.002
3. Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión. Situación de la enfermedad renal crónica en América Latina, con énfasis en la enfermedad renal diabética: dificultades y desafíos. *Nefrol Latinoam.* 2025;22(1):5. [Sin DOI]
4. Francis ER, Kuo CC, Ortiz AB, Nessel L, Gilman RH, Checkley W, et al. Burden of chronic kidney disease in resource-limited settings in Peru: a population-based study. *BMC Nephrol.* 2015;16:114. doi:10.1186/s12882-015-0104-7
5. Ministerio de Salud (PE). Plan Nacional Integral de la Enfermedad Renal Crónica. Resolución Ministerial N.º 862-2022/MINSA. Lima: MINSA; 2022 [citado 2025 dic 7]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3802740/Documento%20Técnico%20%28Parte%201%29.pdf>
6. Martínez Rodríguez L, Fernández Castillo E, Gonzales Martínez E, Lorenzo Carreiro A, Vásquez Morales HL. Apoyo social y resiliencia en cuidadores principales de pacientes en hemodiálisis. *Enferm Nefrol.* 2019;22(2):130-139. doi:10.4321/S2254-28842019000200005
7. Carreño-Moreno SP, Chaparro-Díaz L. Calidad de vida de los cuidadores de personas con enfermedad crónica. *Aquichan.* 2016;16(4):447-461. doi:10.5294/aqui.2016.16.4.5
8. Galván MA. Apoyo social: concepto y dimensiones. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2024 [citado 2025 jul 7]. Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa2/n2/m2.html>
9. Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Política andina de salud pública para enfrentar la enfermedad renal crónica. 2023 [citado 2025 nov 20]. Disponible en: <https://www.orasconhu.org/es/node/2453>
10. Rodríguez Espínola S, Carmelo EH. Validación argentina del cuestionario MOS de apoyo social percibido. *Psicodebate.* 2017;7(7):155-168. doi:10.18682/pd.v7i0.541
11. 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. *Rev Latinoam Med Conductual.* 2015;4(2):93-101. [Sin DOI]
12. Baca RD. Confiabilidad y validez del cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer en Trujillo. *Rev Investig Psicol.* 2016;19(1):177-190. [Sin DOI]
13. World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life. Geneva: WHO; 2012 [citado 2025 jul 3]. Disponible en: <https://www.who.int/tools/whoqol>
14. Ñique Oyola Y, Manchay Peña H. Calidad de vida en personas diabéticas atendidas en un hospital de Lima Norte. *Rev Cient Ágora.* 2020;7(1):13-18. [Sin DOI]
15. Ocsa-Guerra P, Ventura-León J, Reyes-Bossio M. Efectos de un programa sobre calidad de vida en mujeres adultas mayores en Perú. *Apunt Univ.* 2022;13(1):29-44. doi:10.17162/au.v13i1.1049
16. Lora Loza M, Barrantes Ponce SAM, Peñalver Higuera M, Rodríguez Vega JL. Apoyo familiar y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 durante COVID-19. *Rev Cienc Soc.* 2023;29(1):357-368. doi:10.31876/rcs.v29i1.40452
17. Lardone A, Sorrentino P, Giancamilli F, Palombi T, Simper T, Mandolesi L, et al. Psychosocial variables and quality of life during COVID-19 lockdown. *PeerJ.* 2024;8:e10611. doi:10.7717/peerj.10611
18. Samaniego Chalco MJ, Quito Valle JV. Calidad de vida en adultos mayores no institucionalizados de Cuenca-Ecuador, 2022. *Maskana.* 2023;14(1):41-50. doi:10.18537/mskn.14.01.04
19. Martínez Rojas SM, Ruiz Roa SL. Relación entre bienestar psicológico y calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. *Enferm Nefrol.* 2022;25(3):229-238. doi:10.37551/S2254-28842022023

