



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**ENFERMERÍA**

ASOCIACIÓN ENTRE EL SOPORTE SOCIAL PERCIBIDO Y LA  
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS DE UNA  
CLÍNICA PRIVADA, ICA 2025

ASSOCIATION BETWEEN PERCEIVED SOCIAL SUPPORT AND  
QUALITY OF LIFE IN HEMODIALYSIS PATIENTS AT A PRIVATE  
CLINIC, ICA 2025

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS  
NEFROLÓGICOS

AUTOR

IYAJHAYRA MADELEINE ALFARO FELICES

ASESOR

LUIS HERMENEGILDO HUAMAN CARHUAS

LIMA-PERU

2025



**ASESOR DE TRABAJO ACADÉMICO**

**ASESOR**

Dr. LUIS HERMENEGILDO HUAMAN CARHUAS

Departamento Académico de Enfermería

ORCID: 0000-0002-9463-6194

**Fecha de aprobación:** 08 de Setiembre 2025

**Calificación:** Aprobado

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo está dedicado, en primer lugar, a Dios, fuente de toda sabiduría y fortaleza, por darme la vida, la salud y la oportunidad de culminar este proyecto. Sin su guía y bendición, nada de esto habría sido posible. Asimismo, a mis padres, por su amor incondicional, sus sacrificios constantes y su apoyo incansable en cada paso de mi camino. Gracias por creer en mí, motivarme a seguir adelante y ser el pilar fundamental en mi formación personal y académica.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco al asesor Dr. Luis Huamán Carhuas, por su valiosa orientación y dedicación a lo largo de este proceso, así como por haber aportado con su experiencia, conocimiento y constante disposición, contribuyendo de manera significativa al desarrollo y culminación de este trabajo de investigación. Asimismo, a mis padres, quienes con su esfuerzo, sacrificio y amor incondicional han hecho posible que llegue hasta aquí. Su apoyo constante, tanto en lo emocional como en lo material, ha sido clave en cada paso de esta etapa académica.

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

El presente trabajo de investigación será autofinanciado por la autora.

## **DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS**

La autora declara no tener conflicto de interés.

# DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA  
CAYETANO HEREDIA

## DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

La egresada:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	ALFARO FELICES IYAJHAYRA MADELEINE

Pertenece al programa de **SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS NEFROLÓGICOS** autora del trabajo titulado: **ASOCIACIÓN ENTRE EL SOPORTE SOCIAL PERCIBIDO Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS DE UNA CLÍNICA PRIVADA, ICA 2025** el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS NEFROLÓGICOS** bajo la modalidad de **TRABAJO ACADÉMICO**.

En calidad de docente asesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	HUAMAN CARHUAS LUIS HERMENEGILDO	ENFERMERÍA	ASESOR

Declaro que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hago constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **24 %**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega **trn:oid::1:3391172254**; fecha de entrega: **29-10-2025**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 29 de octubre 2025.**

Firma del asesor  
N° DNI: 28284430  
ORCID: 0000-0002-9463-6194



## TABLA DE CONTENIDOS

	<b>Pág.</b>
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. OBJETIVOS .....	14
III. MATERIAL Y MÉTODO .....	15
IV. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA .....	26
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
ANEXOS	

## RESUMEN

**Antecedentes:** La enfermedad renal crónica afecta al 11% de la población mundial, que requiere hemodiálisis como terapia de reemplazo renal. Los pacientes enfrentan desafíos que impactan significativamente su calidad de vida. El soporte social percibido ha demostrado ser un determinante psicosocial crucial para mejorar la calidad de vida en esta población. **Objetivo:** Determinar la asociación entre el soporte social percibido y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis de una clínica privada de Ica durante el año 2025. **Material y métodos:** Estudio no experimental, transversal, cuantitativo y correlacional. La población estará conformada por 75 pacientes en hemodiálisis, utilizando muestreo no probabilístico censal. Para la recolección de datos se empleará el Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS-SSS) y el Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF-36). El análisis descriptivo incluirá frecuencias y medidas de tendencia central. Para el análisis inferencial se utilizará Kolgomorov-Smirnov para normalidad, correlación de Pearson o Spearman según distribución, y regresión lineal simple. Se considerará significativo  $p < 0.05$ . Esta investigación proporcionará evidencia científica para desarrollar estrategias integrales de cuidado que fortalezcan el apoyo social y mejoren la calidad de vida de pacientes en hemodiálisis.

**Palabras clave:** Soporte social, calidad de vida, hemodiálisis, enfermedad renal crónica, enfermería nefrológica.

## ABSTRACT

**Background:** Chronic kidney disease affects 11% of the global population, which requires hemodialysis as renal replacement therapy. Patients face challenges that significantly impact their quality of life. Perceived social support has proven crucial for improving quality of life in this population. **Objective:** To determine the association between perceived social support and quality of life in hemodialysis patients at a private clinic in Ica during 2025. **Materials and methods:** Non-experimental, cross-sectional, quantitative, and correlational study. The population will consist of 75 hemodialysis patients, using non-probabilistic census sampling. Data collection will employ the Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS-SSS) and Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF-36). Descriptive analysis will include frequencies and measures of central tendency. Inferential analysis will use Kolmogorov-Smirnov for normality, Pearson or Spearman correlation according to distribution, and simple linear regression. Statistical significance at  $p < 0.05$ . This research will provide scientific evidence to develop comprehensive care strategies that strengthen social support and improve quality of life for hemodialysis patients.

**Keywords:** Social support, quality of life, hemodialysis, chronic kidney disease, nephrology nursing.

## **I. INTRODUCCIÓN**

La enfermedad renal crónica (ERC) se ha convertido en una de las afecciones de salud más desafiantes del siglo XXI estableciéndose como la séptima causa principal de morbilidad en todo el mundo, lo que representa una amenaza en constante crecimiento para los sistemas sanitarios globales (1). La prevalencia de la enfermedad renal crónica en todo el mundo actualmente alcanza un 11% (RIC 5.9-11.5), con proyecciones estimadas para el 2032 de hasta un 16.5%, representando así un incremento de un 59.3% en menos de una década (2–5).

Estas proyecciones son bastante alarmantes, pues los últimos reportes estiman que más de 850 millones de personas en el mundo padecen de enfermedad renal y especialmente en etapas terminales (6), estas cifras representan un cambio anual promedio mayor al 1.5% (IC 95% = 1.8 a 1.82) desde 1990 (7). Por su parte, la mortalidad relacionada con la enfermedad renal crónica a nivel global se incrementó de 591.80 mil a 1,425.67 mil en la última década, donde la incidencia pasó de 15.95 muertes por 100,000 habitantes a 18.35 por cada 100,000 habitantes con un crecimiento del 5.8% (8,9). Estos datos no solo muestran un crecimiento exponencial de la enfermedad, sino también la necesidad de implementar estrategias de prevención, detección oportuna y abordaje multidisciplinario, que cubran tanto aspectos médicos como psicosociales.

En el contexto de Latinoamérica, el panorama epidemiológico también evidencia un panorama preocupante, según estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), América Latina representa la región del mundo con la mayor carga de enfermedad renal crónica, especialmente en términos de años de vida ajustados

por discapacidad (AVISA) y años de vida potencial perdidos o muertes prematuras (AVPP) (10). Según esta información, la enfermedad pasó de ser la decimosegunda causa de muerte en los años 90 a ser la cuarta causa de morbimortalidad en el 2019 con una prevalencia regional de 10.2% y una incidencia de 134.5 casos por cada millón de habitantes, cifras por encima de la media global (11).

Las proyecciones estadísticas en la región latinoamericana para las próximas décadas son poco alentadoras, al igual que en el resto del mundo, puesto que, se estima que el número promedio de pacientes con insuficiencia renal en tratamiento aumente de 2.6 millones actuales a 5.4 millones en el 2030 (12), esto proyecta un escenario epidemiológico que en muchos casos sobrepasará significativamente la capacidad de respuesta de los sistemas de salud. Esta situación se ve agravada por las características y limitaciones tanto a nivel de infraestructura como a nivel económico que caracterizan a muchos de los países latinoamericanos, donde los costos aproximados para una hemodiálisis pueden ser muy elevados, llegando hasta 100,000 dólares por año por paciente en países desarrollados, cifras insostenibles para la mayoría de sistemas de salud de la región que además enfrentan inequidades importantes en el acceso a servicios especializados de nefrología (12).

Perú no es una excepción a esta tendencia, reportes recientes evidencian una prevalencia promedio de enfermedad renal de 572.5 peruanos por cada 100,000 habitantes, con una prevalencia ajustada que se incrementó dramáticamente hasta en un 300% entre el 2010 y 2019 (13,14), estas cifras estadísticas han ubicado al Perú en el puesto 24 de países con mayor carga de enfermedades renales en América Latina, presentando un panorama particularmente desafiante que refleja tanto la transición de enfermedades a nivel nacional como las limitantes del sistema

sanitario para poder responder de manera efectiva y oportuna a la demanda cada vez creciente de servicios nefrológicos a nivel de país (10,15).

Uno de los factores que afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes con ERC en terapias de diálisis es la brecha que existe entre la oferta de recursos humanos especializados y una creciente demanda de la población. Los últimos reportes muestran una disminución alarmante en la disponibilidad de médicos nefrólogos, donde la proporción se redujo de 4.4 a 1.9 por cada 1000 pacientes con enfermedad renal crónica. Mientras que, el número de enfermeros especialistas en nefrología y hemodiálisis registrados por el Ministerio de Salud (MINSA) alcanza apenas los 500 profesionales a nivel nacional (16). Para compensar esta deficiencia, los servicios de hemodiálisis contratados por el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) se incrementaron considerablemente de 16 en el 2012 a 74 en el 2019, adoptando como estrategia institucional la expansión de los servicios dialíticos por encima del fortalecimiento de la prevención y el manejo integral temprano y oportuno de la enfermedad renal crónica (17).

La hemodiálisis, como forma predominante de terapia de reemplazo renal a nivel global, para millones de pacientes, representa la diferencia entre la vida y la muerte, pero, simultáneamente es una intervención que cambia de forma radical todos los aspectos de la vida humana. La hemodiálisis actualmente representa aproximadamente el 69% de toda la terapia de sustitución renal y hasta el 89% de toda la diálisis en el mundo (18), consolidándose como la forma terapéutica utilizada con mayor frecuencia en pacientes con enfermedad renal. Sin embargo, a pesar de los grandes avances tecnológicos en hemodiálisis y lo que se ha logrado desde que se desarrolló por primera vez el tratamiento, los pacientes renales tienen

que afrontar grandes cambios no solo a nivel fisiológico u orgánico, sino también a nivel psicológico, social, laboral y a nivel familiar, situaciones que impactan de forma considerable en su calidad de vida (18).

Los pacientes bajo tratamiento de hemodiálisis enfrentan una serie compleja de desafíos que van más allá del abordaje exclusivamente médico, abarcando aspectos psicológicos, sociales, económicos y existenciales que determinan en gran medida la adaptación al tratamiento y la calidad de vida resultante (19). El tratamiento invasivo que dura en promedio entre 3 a 4 días por semana durante un tiempo promedio de hasta 4 horas, hace que la vida del paciente dependa casi exclusivamente de una máquina de diálisis, del equipo de salud y de su familia, afectando todos los aspectos de su vida (20). Esta dependencia genera limitaciones en la autonomía personal, en la participación laboral y social, alteraciones en los roles familiares y grandes cambios en la percepción de autoeficacia y control personal. La depresión en consecuencia afecta aproximadamente al 20 – 30% de los pacientes con enfermedad renal crónica, conduciendo a una peor calidad de vida, a un mayor riesgo de hospitalización y altas tasas de mortalidad (21).

Según la revisión de la literatura relacionada al problema de investigación, se han encontrado diferentes estudios a nivel internacional que muestran ampliamente una asociación positiva entre el soporte social que perciben los pacientes en tratamiento de diálisis y su propia calidad de vida, como el de Sulkowski et al. en Polonia durante el año 2024, realizado con el objetivo de evaluar los niveles de apoyo social y la calidad de vida en una muestra de 115 pacientes en hemodiálisis y 107 casos controles, revelando que los pacientes en hemodiálisis enfrentan de forma continua importantes desafíos, cambios físicos y psicológicos que engloban la disminución

en la calidad de vida y un pobre soporte social percibido, estableciendo diferencias significativas en todas las dimensiones evaluadas (22).

De manera similar, Safi et al. realizaron una investigación transversal en Irán en el 2024 con el objetivo de evaluar la asociación entre la autoeficacia percibida y el apoyo social, aplicado a una muestra de 83 pacientes dializados, los resultados demostraron que un componente principal para un manejo exitoso de la enfermedad renal crónica es la autoeficacia que tiene el propio paciente, y está generalmente influenciada por múltiples factores tanto individuales como sociales, lo que incluye el apoyo social percibido (23). Por su parte, Marín et al. en el 2021 desarrollaron un estudio transversal en España, con una muestra que incluyó a 302 pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, los resultados mostraron que, dentro de la percepción de apoyo social, la depresión fue el predictor más fuerte para una baja calidad de vida (-,71;  $p=0,002$ ), seguida de la actividad física (-,19;  $p=0,044$ ). Concluyendo que se debe trabajar en promover la salud física y mental (24).

En Latinoamérica, un estudio llevado a cabo en Ecuador por Abad durante el 2024, con el objetivo de determinar el impacto del apoyo social y calidad de vida en una muestra de 150 pacientes renales, evidenció que en más del 20% la percepción sobre su salud es regular a mala y que anualmente empeora, llegando a limitar casi todas las actividades cotidianas (25). Mientras que, Barrios et al. en el 2022 llevaron a cabo un estudio en Colombia en una muestra de 164 pacientes con tratamiento de hemodiálisis, llegando a identificar que los pacientes con más de un año de tratamiento dialítico consideran también su estado de salud como regular y malo ( $p=.019$ ), siendo sobre todo el dolor el factor que más llega a dificultar el aspecto

laboral (36.6%) y las actividades diarias como subir escaleras (24.4%), afirmando las repercusiones que tiene la enfermedad en calidad de vida (26).

En el ámbito nacional peruano, diversos estudios han explorado la relación entre factores psicosociales y calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. Inga et al. en el 2022 en Huancayo, desarrollaron un estudio correlacional con participación de 140 personas para ver la asociación entre la calidad de vida y las complicaciones de la enfermedad, llegando a demostrar que existe una relación moderada y negativa ( $Rho = -0.451$ ,  $p = 0.000$ ) entre ambos constructos, lo que indica una repercusión directa de las complicaciones de la enfermedad sobre la salud mental ( $Rho = -0.366$ ) y calidad de vida percibida (27). Asimismo, Rojas en el mismo año 2022 llevó a cabo un estudio observacional para determinar los factores asociados a la calidad de vida de 88 pacientes con enfermedad renal, cuyos resultados evidenciaron que en el 90.8% de los casos la calidad de vida es de baja a moderada, siendo los factores sociales y emocionales los mayormente vinculados a este fenómeno (28).

Por otro lado, Talledo, en el 2019 llevó a cabo un estudio para identificar qué variables afectan la salud física y mental de 100 pacientes con tratamiento de hemodiálisis en la ciudad de Lima, los resultados del estudio mostraron que la salud en general estaba deteriorada ( $M=55.80$ ,  $DE=19.05$ ), siendo el estrés percibido ( $t=3.53$ ,  $p<.001$ ) el que más influyó en la calidad de vida, pues los pacientes no tenían estrategias de afrontamiento, de liberar emociones y un soporte emocional (29). En ese mismo sentido, Ynga en el 2019 desarrolló un estudio en Iquitos para evaluar la calidad de vida de 62 pacientes en hemodiálisis, encontrando también que el 71% tiene una mala calidad de vida sobre todo en la parte social y emocional (30). Mientras que, Gadea y Campos en el 2019 en la ciudad de Ica desarrollaron

un estudio para determinar la calidad de vida de 87 pacientes en hemodiálisis en el hospital regional de Ica, obteniendo resultados similares, con una calidad de vida percibida como regular a mala (63.7%) para la mayoría de dimensiones (31).

Frente a esta realidad compleja evidenciada en estudios previos, la calidad de vida relacionada con la salud sobresale como un indicador esencial para evaluar el impacto multifactorial que tiene la enfermedad renal crónica y su tratamiento, brindando un panorama global que va más allá del solo tratamiento médico tradicional. Este constructo está definido como la valoración subjetiva que tiene el paciente sobre el impacto de su patología y del tratamiento a través de su percepción física, mental y social, llegando a abarcar dominios como el funcionamiento físico, las limitantes de rol debido a problemas físicos y emocionales, el dolor corporal, la salud general percibida, la vitalidad, el funcionamiento social, el bienestar emocional y la salud mental (32,33).

Específicamente en pacientes con hemodiálisis, varios estudios han evidenciado que una baja calidad de vida se asocia con un mayor riesgo de muerte y hospitalización (24). Adicional a ello, la evaluación sistemática de la calidad de vida facilita la identificación específica de áreas susceptibles de intervención, permite también la toma de decisiones terapéuticas centradas en el paciente y constituye un predictor independiente para la adherencia al tratamiento y de los resultados esperados a largo plazo.

Complementariamente, el soporte o apoyo social percibido se ha convertido en uno de los determinantes psicosociales con mayor significancia para la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas, ejerciendo un impacto muy importante en

aquellos que están sometidos a hemodiálisis, debido a la naturaleza demandante y restrictiva que implica este tratamiento. Esta variable está conceptualizada como la percepción individual que se tiene acerca de la disponibilidad y adecuación del apoyo que es proporcionado por el entorno social, incluyendo así el grado de satisfacción de las necesidades sociales básicas a través de la interacción con otros individuos significativos para el paciente (34,35).

El soporte social percibido encuentra sus fundamentos teóricos en la Teoría del Estrés y Recursos de Lazarus y Folkman. Según esta teoría, el soporte social actúa como un recurso de afrontamiento que modifica la evaluación cognitiva del estrés y promueve estrategias adaptativas. Complementariamente, la Teoría de Redes Sociales de House sostiene que el apoyo social opera a través de tres mecanismos: un efecto directo sobre el bienestar independientemente del estrés; un efecto buffer que protege contra las consecuencias adversas del estrés; y un efecto mediador que influye en las conductas relacionadas con la salud (36).

Mientras que, según la Teoría de Adaptación de Callista Roy, los individuos son sistemas adaptativos holísticos que responden constantemente a estímulos del entorno a través de mecanismos de afrontamiento innatos y adquiridos. En este sentido, el soporte social percibido constituye un estímulo contextual que influye directamente en la capacidad del paciente para activar mecanismos de afrontamiento efectivos, facilitando respuestas adaptativas en los cuatro modos adaptativos: el modo fisiológico, el modo de autoconcepto, el modo de función de rol y el modo de interdependencia. Roy considera que, cuando los estímulos contextuales como el soporte social son positivos, promueven la zona de adaptación donde el individuo puede utilizar energía para el crecimiento, la reproducción y la

maestría personal, mientras que estímulos negativos o ausentes conducen a respuestas inefectivas que comprometen la integridad del sistema (37).

El soporte social abarca diferentes dimensiones que están relacionadas entre sí, incluyendo el apoyo emocional, que se caracteriza por la posibilidad de disponer de personas con quienes compartir sentimientos, recibir comprensión y obtener un consejo en momentos difíciles; el apoyo instrumental, que viene a ser la asistencia práctica que se recibe para la realización de actividades cotidianas, el apoyo financiero y la ayuda material; la interacción social positiva, que se relaciona con la compañía que se tiene para realizar actividades recreativas, de ocio y la mantención de vínculos sociales significativos; y finalmente está el apoyo afectivo, una dimensión que involucra las expresiones de amor mutuas, cariño, afecto físico y el hacer sentir valorado al paciente (34,38).

La evidencia científica en la actualidad ha documentado de forma consistente la fuerte asociación que existe entre el soporte social percibido y la calidad de vida en pacientes con hemodiálisis, con intervención de factores psicológicos, fisiológicos y conductuales muy complejos que actúan de forma directa o indirecta. Estos pacientes enfrentan desafíos físicos y psicológicos significativos, incluyendo una calidad de vida disminuida y un soporte social reducido, y la investigación muestra que los pacientes con niveles más altos de soporte social percibido experimentan mayor satisfacción con su atención, menos hospitalizaciones y mejor adherencia a los protocolos de tratamiento (21,39).

En algunos estudios en particular se ha demostrado que la dimensión de relaciones o interacciones sociales es la que tiene mayor relación con la calidad de vida

( $p=0.000$ ), es decir, a medida que las relaciones sociales mejoren, también mejorará la calidad de vida de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis (40). La forma mediante la cual el soporte social llega a influir en los resultados de salud incluye entre otros aspectos la reducción del estrés psicológico, el fortalecimiento de las estrategias para un afrontamiento adaptativo, una mejor adherencia al tratamiento, reforzar la autoeficacia percibida, reducir los sentimientos de soledad y aislamiento, así como también mejorar las repercusiones de la enfermedad sobre el sistema inmune y la respuesta inflamatoria sistémica.

Para sustentar teóricamente la relación entre soporte social y calidad de vida, existen varios modelos explicativos que ofrecen marcos conceptuales completos para poder entender la relación que hay entre el soporte social y la calidad de vida. Se encuentra la Teoría del Estrés y Afrontamiento de Cohen y Wills que sostiene que el soporte social o las buenas relaciones con otras personas puede funcionar en primera instancia como un factor protector directo sobre la salud física y mental aun cuando la vida del paciente no esté del todo mal, y, por otro lado actúa como un mitigante que disminuye los efectos negativos que tiene el estrés sobre el bienestar individual, es decir, actúa como un amortiguador que reduce la sensación de amenaza y facilita el acceso a formas de afrontamiento más efectivos (41,42).

Complementando esta perspectiva, la Teoría Cognitiva Social de Bandura que hace énfasis en el papel central que tiene la autoeficacia (confianza en uno mismo) como un mediador entre el soporte social y los comportamientos de salud, esta teoría sugiere que la autoeficacia refleja las creencias y juicios de las personas sobre su propia capacidad para realizar comportamientos específicos, donde puntajes más altos indican mayor confianza en sus propias habilidades (43–45). Bandura cree que

una persona con baja autoeficacia o confianza en sí misma rara vez puede hacer cualquier esfuerzo para cumplir un nuevo comportamiento de salud o alterar un comportamiento al que está acostumbrado, este postulado muestra una relación directa entre el soporte social, la autoeficacia percibida y los comportamientos de autocuidado en pacientes sometidos a hemodiálisis (46).

Enriqueciendo este marco conceptual, la Teoría del Déficit del Autocuidado de Dorothea Orem, ampliamente utilizada en enfermería, conceptualiza al soporte social como un sistema de apoyo externo capaz de compensar las limitaciones que tiene el individuo en su capacidad de autocuidado, facilitando así la satisfacción de las necesidades universales, de desarrollo y derivadas de los problemas de salud (47,48). Complementariamente, el Modelo de Sistemas de Betty Neuman nos proporciona un marco holístico reconociendo la vida humana como un sistema complejo influenciado por factores intrapersonales, interpersonales y extra personales, que impactan de forma directa en nuestra salud. Neuman posiciona al soporte social como una línea de defensa flexible capaz de fortalecer la resistencia del individuo ante diversas adversidades (49).

Estos enfoques teóricos se integran de forma complementaria dentro del contexto específico de pacientes con hemodiálisis, donde el soporte social va a funcionar de manera simultánea como factor protector ante el estrés propio del tratamiento invasivo (Cohen y Wills), como fortalecedor de la autoeficacia para manejar la enfermedad (Bandura), como compensador de las limitaciones funcionales derivadas de la condición renal (Orem) y como elemento de defensa que refuerza la capacidad de adaptación del individuo a las demandas múltiples del tratamiento

dialítico (Neuman). Este marco teórico fundamenta la hipótesis de que existe una asociación entre el soporte social percibido y la calidad de vida.

Con base en este fundamento teórico y la evidencia revisada, el presente estudio se justifica teóricamente en la necesidad continua de ampliar el conocimiento científico sobre los determinantes psicosociales de la calidad de vida en pacientes con hemodiálisis. Este estudio contribuirá al desarrollo del cuerpo científico y teórico de la enfermería nefrológica peruana, proporcionando evidencia sobre las relaciones entre las variables de estudio y los resultados de salud en una población con características que pueden diferir de los patrones que se observan en poblaciones de países desarrollados.

Desde un punto de vista práctico, los resultados del estudio proporcionarán información valiosa para el desarrollo de estrategias de cuidado integral costo-efectivas y culturalmente apropiadas que puedan implementarse en la clínica donde se desarrollará la investigación y también en el sistema de salud nacional. Para los profesionales de enfermería nefrológica, ofrecerá evidencia científica para fundamentar la implementación de planes de cuidados que incluyan el fortalecimiento del apoyo familiar y estrategias de educación dirigidas a familiares y cuidadores. Para el resto de instituciones de salud, ofrecerá información relevante para la toma de decisiones en la asignación de recursos hacia intervenciones psicosociales, justificando la inversión en programas de apoyo social como estrategia para mejorar resultados clínicos y reducir los costos asociados a complicaciones.

La justificación metodológica se fundamenta en la utilización rigurosa de instrumentos psicométricos validados internacionalmente, específicamente el Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS-SSS) para evaluar soporte social percibido y el Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF-36) para medir calidad de vida en pacientes con enfermedad renal. La metodología que se propondrá permitirá establecer asociaciones específicas entre las dimensiones del soporte social y la calidad de vida, proporcionando información detallada para el desarrollo de intervenciones precisas y personalizadas según las necesidades individuales y familiares de los pacientes.

La relevancia social de esta investigación está en su potencial para impactar positivamente en el bienestar de una población vulnerable que enfrenta múltiples desafíos relacionados con una enfermedad crónica y un tratamiento altamente demandante que transforma de forma radical su experiencia de vida. Los pacientes en hemodiálisis representan un grupo poblacional que experimenta significativas limitaciones en su participación social, laboral y familiar, requiriendo estrategias integrales de apoyo que trasciendan el manejo netamente médico de su condición y por el contrario se aborden de forma holística sus necesidades tanto psicosociales como espirituales y existenciales.

Además, la investigación contribuirá a visibilizar las necesidades psicosociales frecuentemente desatendidas de los pacientes en hemodiálisis especialmente los atendidos en la clínica iqueña donde se desarrollará el estudio, sensibilizando a tomadores de decisiones, profesionales de salud, familiares y demás sobre la importancia de abordar integralmente los determinantes sociales de la salud en esta población. También, los hallazgos podrán fundamentar programas de educación y

sensibilización dirigidos a familias y entornos, promoviendo la comprensión sobre la importancia del apoyo social en el bienestar de personas con enfermedad renal crónica, facilitando la construcción de redes de apoyo más sólidas y efectivas.

Considerando todo el panorama epidemiológico descrito en párrafos precedentes, las limitaciones significativas en el conocimiento científico local y la necesidad urgente de desarrollar estrategias integrales de cuidado que aborden holísticamente las necesidades biopsicosociales de pacientes en hemodiálisis, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe asociación entre el soporte social percibido y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis de una clínica privada de Ica durante el año 2025?

**Hipótesis alterna (H<sub>a</sub>):** Existe asociación entre el soporte social percibido y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis de una clínica privada de Ica durante el año 2025.

**Hipótesis nula (H<sub>0</sub>):** No existe asociación entre el soporte social percibido y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis de una clínica privada de Ica durante el año 2025.

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo general**

Determinar la asociación entre el soporte social percibido y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis de una clínica privada de Ica durante el año 2025.

## **2.2 Objetivos específicos**

- Determinar el nivel de soporte social percibido según sus dimensiones (apoyo emocional, apoyo instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo) en pacientes en hemodiálisis de una clínica privada de Ica.
- Determinar la calidad de vida según sus dimensiones (componente físico, componente mental, carga de la enfermedad, síntomas de la enfermedad y efectos de la enfermedad) en pacientes en hemodiálisis de una clínica privada de Ica.
- Determinar la asociación entre el soporte social percibido total y la calidad de vida total en pacientes en hemodiálisis de una clínica privada de Ica.

## **III. MATERIAL Y MÉTODO**

### **3.1 Diseño de estudio**

La presente investigación será de tipo no experimental de corte transversal, que se caracteriza por estudiar los fenómenos en su contexto natural.

El enfoque del estudio será cuantitativo porque se utilizará la recolección de datos para medir las variables mediante instrumentos estandarizados y se emplearán técnicas estadísticas para el análisis de la información. Asimismo, empleará un diseño descriptivo porque busca describir las características y la forma en que el fenómeno se presenta en la realidad. En cuanto al alcance de la investigación, esta será correlacional, pues busca determinar la existencia o no de una conexión o asociación entre ambas variables.

### **3.2 Población**

La población de estudio estará conformada por 75 pacientes que acuden a terapia de hemodiálisis en la clínica privada durante el periodo de recolección de datos.

#### **Criterios de inclusión**

- Pacientes de 18 a 80 años de edad
- Pacientes con más de 2 meses en tratamiento de hemodiálisis
- Pacientes que otorguen consentimiento informado para participar en el estudio

#### **Criterios de exclusión**

- Pacientes con deterioro cognitivo severo que impida la comprensión de los cuestionarios
- Pacientes que se encuentren hospitalizados por complicaciones

### **3.3 Muestra**

Dado que la población de estudio es relativamente pequeña ( $N=75$ ), se empleará un muestreo no probabilístico de tipo censal o censo poblacional, incluyendo a todos los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión establecidos.

### 3.4 Definición operacional

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Valor final
Soporte social percibido	Puntuación obtenida mediante la aplicación del Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS-SSS), que evalúa la percepción del individuo sobre la disponibilidad de diferentes tipos de apoyo social cuando los necesita. Clasificando la variable en 3 categorías: Bajo (19 – 43 puntos), Medio (44 – 68 puntos) y Alto (69 – 95 puntos)	Apoyo emocional	Disponibilidad de personas para hablar	3, 4, 8, 9, 13, 16, 17, 19	Escala Likert de 5 opciones: Nunca (1) Casi Nunca (2) A veces (3) Casi siempre (4) Siempre 5	Bajo: 8-18 puntos
			Acceso a consejos y orientación			Medio: 19-29 puntos
			Posibilidad de compartir preocupaciones			Alto: 30-40 puntos
			Presencia de alguien que comprenda			
		Apoyo instrumental	Ayuda para las actividades de la vida diaria	2, 5, 12, 15		Bajo: 4-9 puntos
			Asistencia cuando esté enfermo			Medio: 10-14 puntos
			Apoyo para transporte médico			Alto: 15-20 puntos
			Ayuda con tareas domésticas			
		Interacción social positiva	Compañía para actividades recreativas	7, 11, 14, 18		Bajo: 4-9 puntos
			Disponibilidad para pasar tiempo agradable			Medio: 10-14 puntos
			Apoyo para olvidar problemas			Alto: 15-20 puntos
			Presencia para divertirse			
Apoyo afectivo	Expresiones de amor y cariño	6, 10, 20	Bajo: 3-7 puntos			
	Contacto físico afectuoso		Medio: 8-11 puntos			
	Demostración de que es querido		Alto: 12-15 puntos			
			Presencia de alguien a quien amar			Alto: 12-15 puntos

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Valor final
Calidad de vida	Puntuación obtenida a través del Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF-36), que mide tanto aspectos genéricos de calidad de vida como componentes específicos relacionados con la enfermedad renal y su tratamiento. Finalmente, la variable se clasificará de acuerdo al promedio de todas las dimensiones en: Mala (0-25 puntos), Regular (26-50 puntos), Buena (51-75 puntos) y Excelente (76-100 puntos).	Componente físico	Salud general percibida	1, 2, 3, 4, 5, 8	Escala Likert: Totalmente cierto (1), Bastante cierto (2), No sé (3), Bastante falso (4) y Totalmente falso (5). <i>Transformación: (100 - puntuación original) Mayor puntaje = Menor carga</i>	Para cada dimensión:  Excelente: 76-100 puntos Buena: 51-75 puntos Regular: 26-50 puntos Mala: 0-25 puntos
			Limitaciones por salud física			
			Funcionamiento físico			
			Dolor corporal			
		Componente mental	Vitalidad y energía	6, 7, 9, 10, 11, 12	Escala Likert: Totalmente cierto (1), Bastante cierto (2), No sé (3), Bastante falso (4) y Totalmente falso (5). <i>Transformación: (100 - puntuación original) Mayor puntaje = Menor carga</i>	Para cada dimensión:  Excelente: 76-100 puntos Buena: 51-75 puntos Regular: 26-50 puntos Mala: 0-25 puntos
			Funcionamiento emocional			
			Bienestar psicológico			
			Funcionamiento social			
		Carga de la enfermedad	Salud mental	13 – 16	Escala Likert: Totalmente cierto (1), Bastante cierto (2), No sé (3), Bastante falso (4) y Totalmente falso (5). <i>Transformación: (100 - puntuación original) Mayor puntaje = Menor carga</i>	Para cada dimensión:  Excelente: 76-100 puntos Buena: 51-75 puntos Regular: 26-50 puntos Mala: 0-25 puntos
			Limitaciones emocionales			
			Interferencia de la enfermedad en la vida			
			Tiempo ocupado por la enfermedad			
Síntomas de la enfermedad	Frustración por la enfermedad	17 – 28	Escala Likert: Nada (1), Un poco (2), Regular (3), Mucho (4) y Muchísimo (5). <i>Transformación: (100 - puntuación original) Mayor puntaje = Menos síntomas</i>	Para cada dimensión:  Excelente: 76-100 puntos Buena: 51-75 puntos Regular: 26-50 puntos Mala: 0-25 puntos		
	Percepción de ser una carga					
	Síntomas físicos relacionados con la diálisis					
	Molestias específicas del tratamiento					
Efectos de la enfermedad	Problemas vasculares	29 – 36	Escala Likert: Nada (1), Un poco (2), Regular (3), Mucho (4) y Muchísimo (5). <i>Transformación: (100 - puntuación original) Mayor puntaje = Menor impacto</i>	Para cada dimensión:  Excelente: 76-100 puntos Buena: 51-75 puntos Regular: 26-50 puntos Mala: 0-25 puntos		
	Sintomatología gastrointestinal					
	Limitaciones en la vida diaria					
	Impacto en las actividades laborales					
			Restricciones dietéticas y de líquidos			
			Afectación en relaciones interpersonales			

### **3.5 Procedimientos y técnicas**

La investigación se desarrollará siguiendo una serie de etapas secuenciales: en primer lugar, se solicitará el permiso correspondiente a la dirección ejecutiva de la clínica donde se realizará el estudio. Posteriormente, una vez obtenido el permiso, se procederá a identificar y seleccionar a los participantes que cumplan con los criterios de inclusión establecidos previamente.

Una vez identificados los participantes, se les invitará personalmente durante sus sesiones de hemodiálisis, explicando los objetivos de la investigación, y solicitando su consentimiento informado de forma escrita. La recolección de datos se llevará a cabo en las instalaciones de la clínica durante las sesiones de tratamiento de hemodiálisis de los pacientes, la aplicación de los instrumentos estará a cargo del investigador con una duración aproximada de 20 a 30 minutos por participante. Finalmente, estos datos serán codificados y procesados en el software Microsoft Excel y en Stata.

#### **Técnicas e instrumentos:**

En cuanto a la recolección de datos de ambas variables, se empleará como técnica la encuesta y como instrumentos los cuestionarios. Para el caso del soporte social percibido se empleará el Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS-SSS) desarrollada inicialmente por Sherbourne y Stewart en 1991 (34) y posteriormente traducida al español en múltiples estudios como en España por Gonzales y Esteves en el 2017 (50), en Ecuador por Muñoz en el 2016 (51), en Chile por Poblete et al. en el 2015 (52) y en Perú por Alva en el 2016 (53).

Respecto a su estructura, el MOS-SSS está conformado por un total de 20 ítems que valoran a su vez cuatro dimensiones: a). apoyo emocional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19) que valora la expresión de afecto, el estímulo para expresar sentimientos, comprensión y orientación, b). apoyo instrumental (ítems 2, 5, 12 y 15), valora la provisión de ayuda o asistencia material, c). interacción social positiva (ítems 7, 11, 14 y 18) que valora la disposición de personas para pasar ratos agradables y desarrollar actividades placenteras, y, d). Apoyo afectivo (ítems 6, 10 y 20) que valora el sentirse querido, recibir y dar afecto. La puntuación de cada ítem a excepción del 1, se basa en una escala de 5 puntos (nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre), esto permite clasificar la variable soporte social como bajo (19 – 43 puntos), medio (44 – 68 puntos) y alto de 69 – 95 puntos (54).

En relación a sus propiedades psicométricas, la confiabilidad y validez fueron obtenidas tras la aplicación del instrumento a 2,987 pacientes mayores de 18 años con condiciones crónicas. Para la confiabilidad se determinó el coeficiente Alfa de Cronbach midiendo la consistencia interna con valores superiores a 0.91 en todas las dimensiones y un Alfa de 0.97 para la escala general, asimismo, se determinó la estabilidad temporal mediante Test-retest con coeficientes de correlación intraclase entre 0.74 y 0.84 en diferentes periodos. Mientras tanto, la validez se obtuvo mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio con cargas mayores a 0.76 para todas las dimensiones (34).

Por su parte, para recolectar la información sobre la calidad de vida se empleará el Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF-36) desarrollado inicialmente por Hays et al. en 1994 bajo el auspicio de RAND Corporation (32), con posteriores traducciones, adaptaciones y validaciones en múltiples estudios

como en Estados Unidos por Ricardo et al. en el 2013 y Peipert et al. en el 2018 (55,56), en España por López et al. en el 2022 (57) y en Perú por Machaca et al. en el 2023 (58). Los derechos y el cuestionario oficial en versión español se encuentran disponibles actualmente a través de RAND Health Care (59).

En cuanto a su estructura, el KDQOL en su versión abreviada (Short Form) está conformado por un total de 36 ítems que engloban y valoran 5 dimensiones: a). componente físico (ítems 1 – 5 y 8) que valora el funcionamiento y limitaciones físicas, dolor corporal y salud general percibida, b). componente mental (ítems 6, 7 y 9 – 12) evalúa el bienestar y las limitaciones emocionales, funcionamiento social y vitalidad o energía, c). carga de la enfermedad (ítems 13 – 16) mide el grado en que la enfermedad renal interfiere con la vida diaria, d). síntomas de la enfermedad (ítems 17 – 28) evalúa frecuencia e intensidad de las molestias de la enfermedad y el tratamiento, y, e). efectos de la enfermedad (ítems 29 – 36) valora como la enfermedad renal afecta la vida, el trabajo, relaciones sociales e independencia del paciente (56).

Respecto al sistema de puntuación, los ítems del KDQOL-SF-36 varían según la dimensión que se evalúa: los componentes físicos y mental emplean escalas de 1 a 6 puntos, mientras que las dimensiones de carga, síntomas y efectos de la enfermedad emplean escalas Likert de 5 puntos (nada, un poco, regular, mucho y muchísimo para síntomas y efectos; totalmente cierto a totalmente falso para carga de enfermedad). Las puntuaciones obtenidas se transformarán de acuerdo a la guía de la RAND a una escala estandarizada de 0 a 100 puntos donde mayor puntaje indica una mejor calidad de vida, esto permite clasificar la variable calidad de vida

como mala (0 – 25 puntos), regular (26 – 50 puntos), buena (51 – 75 puntos) y excelente de 76 a 100 puntos (59).

Respecto a sus propiedades psicométricas, la confiabilidad de esta escala se obtuvo tras la aplicación del instrumento inicialmente a 165 pacientes renales en Estados Unidos por Hays et al. en 1994 (32). Sin embargo, la evaluación psicométrica más robusta fue realizada posteriormente por Peipert et al. en el 2018 utilizando una muestra de 70,786 pacientes de 1,381 centros de diálisis (55). Para la consistencia interna se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach con un valor de 0.83 a 0.85 para cada una de las dimensiones. Adicionalmente se determinó la confiabilidad a nivel de centro de diálisis (facility-level reliability) con coeficientes de correlación de  $r=0.75 - 0.83$ , indicando su confiabilidad a nivel individual y a nivel de centros de atención (55).

En cuanto a la validez se empleó el análisis factorial confirmatorio, correlaciones ítem-escala y análisis de grupos conocidos. La validez de constructo fue respaldada por correlaciones significativas entre el Resumen del Componente Físico (PCS) y el Resumen del Componente Mental (MCS) del SF-12 con las puntuaciones de las escalas del KDQOL-36 ( $r= 0.40 - 0.52$ ). Mientras que el análisis factorial confirmatorio evidenció que la estructura factorial original del KDQOL-36 se mantuvo apropiada (55).

### **3.6 Aspectos éticos**

La presente investigación se realizará respetando los principios éticos fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki y requiere la aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana

Cayetano Heredia, así como la autorización del centro de diálisis donde se desarrollará el estudio.

**Principio de autonomía:** Se respetará la capacidad de decisión de cada participante mediante consentimiento informado escrito, explicando objetivos, procedimientos, beneficios, riesgos y carácter voluntario. Los participantes podrán retirarse en cualquier momento sin afectar su atención médica.

**Principio de beneficencia:** La investigación proporcionará beneficios a nivel individual y social. Los participantes recibirán información educativa sobre la importancia del apoyo social en su tratamiento y sobre sus redes de apoyo. A nivel social, el estudio generará evidencia científica específica para desarrollar estrategias de cuidado integral, programas de apoyo psicosocial y políticas de salud que fortalezcan el soporte familiar en la población iqueña. Los resultados serán compartidos con los participantes que lo soliciten y con las instituciones de salud locales para implementar mejoras en la atención. La investigación contribuirá al conocimiento científico nacional sobre factores psicosociales en hemodiálisis, beneficiando a futuros pacientes con condiciones similares.

**Principio de no maleficencia:** El estudio presenta riesgo mínimo al involucrar únicamente cuestionarios validados sin intervenciones clínicas. Se minimizará cualquier incomodidad respetando los tiempos de descanso, estado físico y demandas del tratamiento de hemodiálisis.

**Principio de justicia:** La selección de participantes se realizará de manera equitativa cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente, sin discriminación por edad, sexo, condición económica o cualquier

otra característica personal. Los beneficios del conocimiento generado estarán disponibles para toda la población objetivo.

Adicionalmente, se garantizará la confidencialidad y anonimato de los datos recolectados mediante la codificación de cada cuestionario, y el acceso a estos datos estará restringido únicamente al equipo investigador, cumpliendo con los estándares de protección de datos personales.

### **3.7 Plan de análisis**

Los datos obtenidos de la aplicación de los instrumentos serán procesados y analizados utilizando el software Microsoft Excel mediante la codificación y tabulación, posteriormente los datos serán trasladados a Stata v.19 para el análisis estadístico. Para el análisis descriptivo correspondiente a los objetivos específicos 1 y 2, se analizarán las dos variables principales de estudio.

Para la variable soporte social percibido se calculará la puntuación total y por dimensiones, clasificándose como bajo, medio o alto según los puntos de corte establecidos previamente. Para la variable calidad de vida se determinará la puntuación total y por cada dimensión (componente físico, componente mental, carga de la enfermedad, síntomas de la enfermedad y efectos de la enfermedad), clasificándose como mala, regular, buena o excelente.

Los resultados se presentarán mediante frecuencias absolutas y relativas para los niveles categorizados de ambas variables, asimismo se presentarán medidas de tendencia central (media o mediana) y dispersión (desviación estándar o rango intercuartílico) para las puntuaciones numéricas, según la distribución de los datos.

La información se complementará con gráficos de barras para visualizar la distribución de los niveles en ambas variables.

Para el análisis inferencial correspondiente al objetivo específico 3 y al objetivo general, se evaluará la asociación entre el soporte social percibido y la calidad de vida. Previamente, se determinará la normalidad de los datos mediante la prueba estadística de Kolgomorov-Smirnov, considerando que la muestra del estudio es superior a 50 participantes. Si los datos presentan distribución normal se empleará el coeficiente de correlación de Pearson, caso contrario Spearman. Asimismo, se empleará un análisis de regresión lineal simple para evaluar si el soporte social es un predictor significativo de la calidad de vida y determinar el porcentaje de varianza explicada ( $R^2$ ). Para interpretar las correlaciones se utilizarán los criterios de Evans: muy débil ( $r=0.00 - 0.19$ ), débil ( $r= 0.20 - 0.39$ ), moderada ( $r= 0.40 - 0.59$ ), fuerte ( $r= 0.60 - 0.79$ ) y muy fuerte ( $r= 0.80 - 1.00$ ) (60). En todos los análisis se considerará estadísticamente significativo un valor de  $p < 0.05$  con un intervalo de confianza del 95%.

#### IV. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

##### 4.1 Presupuesto

<b>Concepto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Cantidad</b>	<b>P. Unitario (s/.)</b>	<b>Costo total (s/.)</b>
<b>Recursos humanos</b>				
Investigador principal	Persona	1	S/ 0.00	S/ 0.00
<b>Equipos y materiales</b>				
Notebook Lenovo Ryzen5 5500H 8GB	Unidad	1	S/ 2,950.00	S/ 2,950.00
E-book metodología de la investigación Sampieri 6ta ed.	Unidad	1	S/ 169.00	S/ 169.00
Hoja papel bond A4 75gramos	Paquete	1	S/ 30.00	S/ 30.00
Lapiceros	Caja	1	S/ 35.00	S/ 35.00
Folder A4	Unidad	5	S/ 3.00	S/ 15.00
Impresora multifuncional EPSON	Unidad	1	S/ 569.00	S/ 569.00
<b>Servicios</b>				
Acceso a internet 5GHZ 500 Mbps	Mes	6	S/ 80.00	S/ 480.00
Análisis estadístico	Unidad	1	S/ 900.00	S/ 900.00
Movilidad	Viajes	50	S/ 15.00	S/ 750.00
Imprevistos (10%)	Unidad			S/ 589.80
<b>TOTAL</b>				<b>S/ 6,487.80</b>

## 4.2 Cronograma

Actividades	Jul 2025	Ago 2025	Sept 2025	Oct 2025	Nov 2025	Dic 2025
<b>FASE I: PLANIFICACIÓN</b>						
Elaboración del proyecto de tesis	X	X				
Revisión bibliográfica	X	X				
Aprobación del proyecto de tesis		X				
<b>FASE II: PREPARACIÓN</b>						
Gestión de permiso institucional			X			
Impresión y codificación de instrumentos			X			
<b>FASE III. EJECUCIÓN</b>						
Recolección de datos				X		
Codificación de datos				X		
<b>FASE IV. ANÁLISIS</b>						
Análisis estadístico					X	
Interpretación de resultados					X	
Redacción del informe final						X
Presentación de los resultados						X

## V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Himmelfarb J, Vanholder R, Mehrotra R, Tonelli M. The current and future landscape of dialysis. *Nat Rev Nephrol.* 2020;16(10):573–85. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41581-020-0315-4>
2. Xie K, Cao H, Ling S, Zhong J, Chen H, Chen P, et al. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2021: a systematic analysis for the global burden of disease study 2021. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2025;16. DOI: <https://doi.org/10.3389/fendo.2025.1526482>
3. Kovesdy CP. Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney Int Suppl.* 2022;12(1):7–11. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2021.11.003>
4. World Kidney Day. Salud renal para todos. 2024. [consultado 17 jul 2025] Disponible en: <https://www.worldkidneyday.org/translations/espanol/>
5. Ramatillah DL, Syed Sulaiman SA, Khan AH, Meng OL. Quality of Life among Patients Undergoing Hemodialysis in Penang, Malaysia. *J Pharm Bioallied Sci.* 2017;9(4):229–38. DOI: [https://doi.org/10.4103/jpbs.JPBS\\_191\\_17](https://doi.org/10.4103/jpbs.JPBS_191_17)
6. Moura AF, Wheeler D, Brotons-Munto F, Brown S, Grima D, Priest S, et al. WCN24-1204 Multidimensional burden of chronic kidney disease in eight countries: insights from the impact ckd study. *Kidney Int Reports.* 2024;9(4):S263. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2024.02.540>
7. Guo J, Liu Z, Wang P, Wu H, Fan K, Jin J, et al. Global, regional, and national burden inequality of chronic kidney disease, 1990–2021: a

- systematic analysis for the global burden of disease study 2021. *Front Med.* 2025;Volume 11. DOI: <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1501175>
8. Obrador GT, Álvarez-Estévez G, Bellorín E, Bonanno-Hidalgo C, Clavero R, Correa-Rotter R, et al. Documento de consenso sobre nuevas terapias para retrasar la progresión de la enfermedad renal crónica con énfasis en los iSGLT-2: implicaciones para Latinoamérica. *Nefro Latinoam.* 2024;21:1–19. DOI: <https://doi.org/10.24875/NEFRO.M24000037>
  9. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Enfermedad renal crónica en los Estados Unidos, 2023. GA: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. 2023. [consultado 30 jul 2025] Disponible en: <https://n9.cl/qfdywy>
  10. Organización Panamericana de la Salud. Carga de Enfermedades Renales en la región de las Américas 2000-2019. OPS. 2021. [consultado 15 jul 2025] Disponible en: <https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedades-renales>
  11. Matías A. L. Enfermedad renal crónica en Latinoamérica: disparidades y desafíos en la atención. *Medscape.* 2024. [consultado 30 jul 2025] Disponible en: <https://espanol.medscape.com/verarticulo/5912503>
  12. Argáiz ER, Morales-Juárez L, Razo C, Ong L, Rafferty Q, Rincón-Pedrero R, et al. La carga de enfermedad renal crónica en México. Análisis de datos basado en el estudio Global Burden of Disease 2021. *Gac Méd Méx.* 2024;159(6):501–8. DOI: <https://doi.org/10.24875/gmm.23000393>
  13. Atamari-Anahui N, Ccorahua-Ríos aycol S, Condori-Huaraka M, Huamanvilca-Yépez Y, Amaya E, Herrera-Añazco P. Epidemiología de la

- enfermedad renal crónica en el Perú y su relación con los determinantes sociales de la salud. *Int Heal.* 2020;12(4):264–71. DOI: <https://doi.org/10.1093%2Finthealth%2Fihz071>
14. Loza Munarriz C. Situación de la enfermedad renal crónica en el Perú y análisis de la muerte por falla renal. Lima, Perú; 2022. Disponible en: <https://www.spn.pe/archivos/SITUACION-DE-LA-ENFEREMEDAD-RENAL-CRONICA-EN-EL-PERU-2020-2021.pdf>
  15. Rosas-Valdez F, Aguirre-Vázquez A, Agudelo-Botero M. Cuantificación de la carga de la enfermedad renal crónica en América Latina: una epidemia invisibilizada. *Rev Panam Salud Publica.* 2024;48(41):2–5. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.41>
  16. Ministerio de Salud del Perú. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Dirección General de Personal de la Salud. 2024. [consultado 1 ago 2024] Disponible en: <https://digep.minsa.gob.pe/>
  17. Ministerio de Salud del Perú. Fondo Intangible Solidario de Salud. MINSA. 2024. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/fissal/institucional>
  18. Togay E, Akyüz HÖ. Examinations of effects of socio-demographic features and disease-related data of patients with hemodialysis on the quality of life. *Sci Rep.* 2023;13(1):16536. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-43473-4>
  19. Sánchez-Cabezas AM, Morillo-Gallego N, Merino-Martínez RM, Crespo-Montero R. Calidad de vida de los pacientes en diálisis. Revisión sistemática. *Enferm Nefrol.* 2019;22(3):239–55. DOI: <https://doi.org/10.4321/S2254->

[28842019000300003](https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2020.1.72277)

20. Martínez G, Roy G, Torres R. Terapia sustitutiva y su impacto en la calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica terminal. *Aten Fam.* 2020;7(1):22–6. DOI: <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2020.1.72277>
21. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. 2024 USRDS Annual Data Report: Epidemiology of kidney disease in the United States. Bethesda. 2024. Disponible en: <https://n9.cl/9s6ma>
22. Sułkowski L, Matyja A, Matyja M. Social Support and Quality of Life in Hemodialysis Patients: A Comparative Study with Healthy Controls. Vol. 60, *Medicina*. 2024. DOI: <https://doi.org/10.3390/medicina60111732>
23. Safi F, Areshtanab HN, Ghafourifard M, Ebrahimi H. The association between self-efficacy, perceived social support, and family resilience in patients undergoing hemodialysis: a cross-sectional study. *BMC Nephrol.* 2024;25(1):207. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12882-024-03629-4>
24. Marín López MT, Rodríguez-Rey R, Montesinos F, Rodríguez de Galvis S, Ágreda-Ladrón MR, Hidalgo Mayo E. Factores asociados a la calidad de vida y su predicción en pacientes renales en hemodiálisis. *Nefrología.* 2022;42(3):318–26. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2021.03.010>
25. Abad Gómez H. Impacto del apoyo social y calidad de vida de pacientes con hemodiálisis en Metrodial Manta. Manabí, Ecuador: Universidad del Sur de Manabí; 2024. Disponible en: <https://n9.cl/fwzpe>

26. Barrios-Puerta Z, Toro-Rubio M del, Fernández-Aragón S, Manrique-Anaya Y. Evaluación de la calidad de vida en pacientes en tratamiento crónico con hemodiálisis en Colombia. *Enferm Nefrol.* 2022;25(1):66–73. DOI: <https://doi.org/10.37551/S2254-28842022008>
27. Inga-Romero ME, Huaman-Untiveros S, Arellán-Bravo L. Relación entre complicaciones y calidad de vida en pacientes en hemodiálisis en un hospital nacional de Huancayo, Perú, 2022. *Enfermería Cuid Humaniz.* 2025;14(1):1–15. DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v14i1.4424>
28. Rojas Aliaga A, Rojas Peña Y. Factores de riesgo asociados a la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica de un hospital nacional, Perú 2022. Huancayo: Universidad Continental; 2024. Disponible en: <https://n9.cl/las0kk>
29. Talledo Peña M. Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Lima, Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2019. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/250405472.pdf>
30. Ynga Hidalgo G. Calidad de vida en pacientes sometidos a hemodiálisis, en un hospital del Ministerio de Salud en Perú. Loreto, Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2019. Disponible en: <https://n9.cl/bxsh6>
31. Gadea-Peralta M, Campos-Buleje C. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica con tratamiento en hemodiálisis Hospital Regional de Ica, agosto – diciembre 2019. *Rev Med Panacea.* 2020;9(2):98–103. DOI: <https://doi.org/0.35563/rmp.v9i2.327>

32. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Carter WB. Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOLTM) Instrument. *Qual Life Res.* 1994;3(5):329–38. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF00451725>
33. Hussien H, Apetrii M, Covic A. Health-related quality of life in patients with chronic kidney disease. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2021;21(1):43–54. DOI: <https://doi.org/10.1080/14737167.2021.1854091>
34. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med.* 1991;32(6):705–14. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b)
35. Dao-Tran T-H, Lam L-T, Balasooriya NN, Comans T. The Medical Outcome Study Social Support Survey (MOS-SSS): A psychometric systematic review. *J Adv Nurs.* 2023;79(12):4521–41. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.15786>
36. Camacho Gómez O, Pedroza Cabrera FJ, Navarro Contreras G, de la Roca Chiapas JM, Fulgencio Juárez M. Modelo transaccional del estrés y estilos de afrontamiento en investigación psicológica del estrés: Análisis crítico. *Uaricha.* 2024;22:42–53. Disponible en: <https://doi.org/10.35830/kcgm5244>
37. Ramírez Palma A, Freire Vicencio R, González Nahuelquin C. Cuidados del trasplantado renal en cuidados intensivos según el modelo de adaptación de Callista Roy. *ENE Rev Enfermería.* 2021;15(1):1–15. Disponible en: <https://n9.cl/rqlu9>
38. Merino-Soto C, Núñez Benítez MÁ, Domínguez-Guedea MT, Toledano-Toledano F, Moral de la Rubia J, Astudillo-García CI, et al. Medical outcomes study social support survey (MOS-SSS) in patients with chronic

- disease: A psychometric assessment. *Front psychiatry*. 2022;13:1028342. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1028342>
39. Bello AK, Okpechi IG, Osman MA, Cho Y, Htay H, Jha V, et al. Epidemiology of haemodialysis outcomes. *Nat Rev Nephrol*. 2022;18(6):378–95. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41581-022-00542-7>
40. Barrios-Puerta Z, del Toro-Rubio M, Fernández-Aragón S, Manrique-Anaya Y. Evaluación de la calidad de vida en pacientes en tratamiento crónico con hemodiálisis en Colombia. *Enferm Nefrol*. 2022;25(1):66–73. DOI: <https://doi.org/10.37551/s2254-28842022008>
41. Nava-Quiroz C, Vega-Valero C, Soria-Trujano R. Escala de modos de afrontamiento: consideraciones teóricas y metodológicas. *Univ Psychol*. 2010;9(1):139–47. [consultado 31 jul 2025] Disponible en: <http://scielo.org.co/pdf/rups/v9n1/v9n1a11.pdf>
42. Cohen S, Wills TA. Estrés, apoyo social y la hipótesis de amortiguación. *Asoc Am Psicol*. 1985;98(2):310–57. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
43. Luo Z, Li K, Chen A, Qiu Y, Yang X, Lin Z, et al. The influence of family health on self-efficacy in patients with chronic diseases: the mediating role of perceived social support and the moderating role of health literacy. *BMC Public Health*. 2024;24(1):3398. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20906-x>
44. Villamarín F. Motivación con bases cognitivas: La propuesta de la Teoría Cognitivo Social. *Rev Psicol Soc Apl*. 1999;9(1):65–84.

45. Rodríguez-Rey R, Cantero-García M. Albert Bandura: Impacto en la educación de la teoría cognitiva social del aprendizaje. *Padres y Maest / J Parents Teach.* 2020;(384 SE-Grandes de la educación):72–6. DOI: <https://doi.org/10.14422/pym.i384.y2020.011>
46. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977;84(2):191–215. DOI: <https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>
47. Angarita Vega OM, Escobar Gonzáles DS. Teoría del déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. *Rev Cienc y Cuid.* 2007;4(4):28–35. [consultado 31 jul 2025] Disponible en: <https://n9.cl/9zmmqb>
48. Naranjo-Hernández Y, Concepción-Pacheco JA, Rodríguez-Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Méd Espirit.* 2017;19(3):1–11. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v19n3/GME09317.pdf>
49. Romero Herrera G, Flores Zamora E, Cárdenas Sánchez PA, Ostiguín Meléndez RM. Análisis de las bases teóricas del modelo de sistemas de Betty Neuman. *Enfermería Univ.* 2007;4(1):44–8. [consultado 31 jul 2025] Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741821005>
50. González Retuerto N, Estévez Gutiérrez A. El apoyo social percibido moderador entre el uso problemático de Internet y la sintomatología depresiva en jóvenes adultos. *Heal Addict.* 2017;17(1):53–62. DOI: <https://doi.org/10.21134/haaj.v17i1.280>

51. Muñoz Hernández A. El apoyo social y su influencia en los síntomas de trastorno de estrés postraumático con depresión en víctimas de desastres naturales. Quito, Ecuador: Universidad San Francisco de Quito; 2016. [consultado 10 ago 2025] Disponible en: <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/5725/1/126152.pdf>
52. Poblete F, Glasinovic A, Sapag J, Barticevic N, Arenas A, Padilla O. Apoyo social y salud cardiovascular: adaptación de una escala de apoyo social en pacientes hipertensos y diabéticos en la atención primaria chilena. *Atención Primaria*. 2015;47(8):523–31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.10.010>
53. Alva Salinas A. Nivel de apoyo social percibido en la familia por la adolescente embarazada usuaria de un Hospital General de Lima Metropolitana 2015. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. [consultado 11 ago 2025] Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/323348743.pdf>
54. Martín-Carbonell M, Cerquera-Córdoba A, Fernández-Daza M, D. Higuita J, Galván Patrignani G, Guerrero Martel M, et al. Estructura factorial del Cuestionario de Apoyo Social MOS en ancianos colombianos con dolor crónico. *Ter psicológica*. 2019;37(3):211–24. DOI: <https://doi.org/10.4067/S0718-48082019000300211>
55. Peipert JD, Bentler PM, Klicko K, Hays RD. Psychometric Properties of the Kidney Disease Quality of Life 36-Item Short-Form Survey (KDQOL-36) in the United States. *Am J Kidney Dis*. 2018;71(4):461–8. DOI:

<https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2017.07.020>

56. Ricardo AC, Hacker E, Lora CM, Ackerson L, DeSalvo KB, Go A, et al. Validation of the Kidney Disease Quality of Life Short Form 36 (KDQOL-36) US Spanish and English versions in a cohort of Hispanics with chronic kidney disease. *Ethn Dis.* 2013;23(2):202–9. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3651651/>
57. López MTM, Rodríguez-Rey R, Montesinos F, de Galvis SR, Ágreda-Ladrón MR, Mayo EH. Factors associated with quality of life and its prediction in kidney patients on haemodialysis. *Nefrol (English Ed.* 2022;42(3):318–26. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2022.07.007>
58. Machaca-Choque D, Palomino-Guerra G, Flores-Cohaila J, Parihuana-Travezaño E, Taype-Rondan A, Gomez-Colque S, et al. Quality of life and its associated factors in chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis from a Peruvian city: A cross-sectional study. *PLoS One.* 2024;19(5):e0300280. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0300280>
59. RAND Health Care. Kidney Disease Quality of Life Instrument (KDQOL). RAND. 2025. Disponible en: [https://www.rand.org/health-care/surveys\\_tools/kdqol.html](https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/kdqol.html)
60. Evans JD. Straightforward statistics for the behavioral sciences. 1ra Ed. Brooks/Cole Pub. Co., editor. California, Estados Unidos: Pacific Grove; 1996.

## ANEXOS

### Anexo 1. Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS)

**Indicaciones:** Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda del que usted dispone, lea cuidadosamente y responda:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre), escriba el número en los espacios:

Amigos cercanos: ..... Familiares cercanos: .....

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda, ¿Con qué frecuencia usted dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con una “X” en el recuadro que más se acerque a su respuesta)

Nº	Preguntas	Nunca (1)	Casi nunca (2)	A veces (3)	Casi siempre (4)	Siempre (5)
2	¿Cuenta con alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama?					
3	¿Cuenta con alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar?					
4	¿Cuenta con alguien que le aconseje cuando tenga problemas?					
5	¿Cuenta con alguien que le lleve al médico cuando lo necesite?					
6	¿Cuenta con alguien que le muestre amor y afecto?					
7	¿Cuenta con alguien con quien pasar un buen rato?					
8	¿Cuenta con alguien que le informe y ayude a entender la situación?					
9	¿Cuenta con alguien en quien confiar o con quién hablar de sí mismo y sus preocupaciones?					
10	¿Cuenta con alguien que lo abrace?					

Nº	Preguntas	Nunca (1)	Casi nunca (2)	A veces (3)	Casi siempre (4)	Siempre (5)
11	¿Cuenta con alguien con quien pueda relajarse?					
12	¿Cuenta con alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo?					
13	¿Cuenta con alguien cuyo consejo realmente desee?					
14	¿Cuenta con alguien Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas?					
15	¿Cuenta con alguien que le ayuda en sus tareas domésticas si está enfermo?					
16	¿Cuenta con alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos?					
17	¿Cuenta con alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales?					
18	¿Cuenta con alguien con quién divertirse?					
19	¿Cuenta con alguien que comprenda sus problemas?					
20	¿Cuenta con alguien a quien amar y hacerle sentirse querido?					

## Anexo 2. Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL SF-36)

**Instrucciones:** el siguiente cuestionario busca recopilar información sobre su calidad de vida, sobre cómo se ha sentido durante las últimas semanas, marque con una “X” en el recuadro que crea conveniente de acuerdo a su respuesta.

### A. SU SALUD

1. En general, ¿Cómo es su salud?

Excelente (1)	Muy buena (2)	Buena (3)	Pasable (4)	Mala (5)

Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer en un día típico. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? Si es así ¿Cuánto?

N°	Actividades	Sí, me limita mucho (1)	Sí, me limita un poco (2)	No, no me limita en absoluto (3)
2	Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al bowling o al golf.			
3	Subir varios pisos de la escalera			

Durante las últimas 4 semanas, ¿Ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su salud física?

N°	Preguntas	Si (1)	No (2)
4	¿Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado?		
5	¿Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades?		

Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?

N°	Preguntas	Si (1)	No (2)
6	¿Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado?		
7	¿Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual?		

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

Nada en absoluto (1)	Un poco (2)	Medianamente (3)	Bastante (4)	Extremadamente (5)

Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted.

¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas...

		Siempre (1)	Casi siempre (2)	Muchas veces (3)	Algunas veces (4)	Casi nunca (5)	Nunca (6)
9	¿Se ha sentido tranquilo y sosegado?						
10	¿Ha tenido mucha energía?						
11	¿Se ha sentido desanimado y triste?						

12. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

Siempre (1)	Casi siempre (2)	Algunas veces (3)	Casi nunca (4)	Nunca (5)

## B. SU ENFERMEDAD

¿En qué medida considera cierta o falsa en su caso cada una de las siguientes afirmaciones?

		Totalmente cierto (1)	Bastante cierto (2)	No sé (3)	Bastante falso (4)	Totalmente falso (5)
13	Mi enfermedad del riñón interfiere demasiado en mi vida					
14	Mi enfermedad del riñón me ocupa demasiado tiempo					
15	Me siento frustrado al tener que ocuparme de mi enfermedad del riñón					
16	Me siento una carga para la familia					

Durante las cuatro últimas semanas, ¿cuánto le molestó cada una de las siguientes cosas?

		Nada (1)	Un poco (2)	Regular (3)	Mucho (4)	Muchísimo (5)
17	¿Dolores musculares?					
18	¿Dolor en el pecho?					
19	¿Calambres?					

		Nada (1)	Un poco (2)	Regular (3)	Mucho (4)	Muchísimo (5)
20	¿Picazón en la piel?					
21	¿Sequedad de piel?					
22	¿Falta de aire?					
23	¿Desmayos o mareo?					
24	¿Falta de apetito?					
25	¿Agotado/a, sin fuerzas?					
26	¿Entumecimiento (hormigueo) de manos o pies?					
27	¿Náuseas o molestias del estómago?					
28a	¿Problemas con la fistula? (Sólo para pacientes hemodiálisis)					
28b	¿Problemas con el catéter? (Sólo para pacientes en diálisis peritoneal)					

### C. EFECTOS DE LA ENFERMEDAD

Los efectos de la enfermedad del riñón molestan a algunas personas en su vida diaria, mientras que a otras no. ¿Cuánto le molesta su enfermedad del riñón en cada una de las siguientes áreas?

		Nada (1)	Un poco (2)	Regular (3)	Mucho (4)	Muchísimo (5)
29	¿Limitación de líquidos?.....					
30	¿Limitaciones en la dieta?					
31	¿Su capacidad para trabajar en la casa?					
32	¿Su capacidad para viajar?					

		Nada (1)	Un poco (2)	Regular (3)	Mucho (4)	Muchísimo (5)
33	¿Depender de médicos y de otro personal sanitario?					
34	¿Tensión nerviosa o preocupaciones causadas por su enfermedad del riñón?					
35	¿Su vida sexual?					
36	¿Su aspecto físico?					

### Anexo 3. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN	
(Adultos)	
<b>Título del estudio:</b>	Asociación entre el soporte social percibido y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis de una clínica privada, Ica 2025
<b>Investigador (a):</b>	Lic. Enf. Alfaro Felices, Iyajhayra Madeline
<b>Institución:</b>	Universidad Peruana Cayetano Heredia

#### Propósito del estudio:

Se le está invitando a participar en un estudio para determinar la relación entre el apoyo social que usted percibe y su calidad de vida durante el tratamiento de hemodiálisis. Esta investigación busca generar conocimiento que contribuya a mejorar el cuidado integral de pacientes como usted, desarrollando estrategias que fortalezcan el apoyo familiar y social para mejorar su bienestar y calidad de vida.

#### Procedimientos:

Si decide participar en este estudio se realizará lo siguiente:

1. Se le aplicarán dos cuestionarios durante una de sus sesiones de hemodiálisis:
  - Cuestionario de Apoyo Social (20 preguntas sobre el apoyo que recibe de familiares y amigos)
  - Cuestionario de Calidad de Vida en Enfermedad Renal (36 preguntas sobre cómo se siente físicamente, emocionalmente y socialmente)
2. El tiempo total será aproximadamente de 25-30 minutos.
3. Los cuestionarios serán aplicados por el investigador durante su tratamiento de hemodiálisis, respetando sus tiempos de descanso.

#### Riesgos:

Los riesgos de este estudio son mínimos. Podría experimentar ligera fatiga al responder las preguntas, pero puede tomar descansos cuando lo necesite. Algunas preguntas podrían generar cierta reflexión sobre su situación personal, lo cual es normal.

**Beneficios:**

Su participación contribuirá al conocimiento científico sobre la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis, lo que podría beneficiar a futuros pacientes como usted. Los resultados generales del estudio podrán ser compartidos con usted si así lo solicita. Además, recibirá información educativa sobre el apoyo social y su importancia en el tratamiento.

**Costos y compensación**

No tendrá ningún costo por participar en este estudio. Tampoco recibirá compensación económica, ya que los cuestionarios se aplicarán durante su tratamiento habitual de hemodiálisis.

**Confidencialidad:**

Toda la información será tratada de manera confidencial. Sus datos serán codificados con números, no con nombres. Solo el equipo investigador tendrá acceso a la información, la cual será utilizada únicamente para fines de investigación. Si los resultados son publicados, no se mostrará información que permita identificarlo.

**PERMISO PARA RECONTACTO EN FUTURAS INVESTIGACIONES**

Deseamos almacenar sus datos de contacto (número telefónico, según corresponda) por 5 años, para invitarlo a futuras investigaciones relacionadas con enfermedad renal crónica y hemodiálisis. Si no desea ser recontactado, puede seguir participando en este estudio. Sus datos de contacto serán eliminados al finalizar la investigación.

Autorizo a que almacenen mis datos de contacto por 5 años para futuros estudios.

SI ( ) NO ( )

**USO FUTURO DE INFORMACIÓN**

Deseamos almacenar los datos recopilados por 20 años para investigaciones futuras relacionadas con apoyo social, calidad de vida y enfermedad renal crónica. Los datos no incluirán nombres ni información identificable, solo códigos.

Si no desea que sus datos sean almacenados, puede participar igualmente. Sus datos serán eliminados al finalizar el estudio.

Autorizo almacenar mis datos por 20 años para futuras investigaciones.

SI ( ) NO ( )

**Derechos del participante:**

Puede retirarse del estudio en cualquier momento sin afectar su atención médica. Si tiene dudas, contacte al investigador.

Si tiene preguntas sobre aspectos éticos del estudio, puede contactar al Dr. Manuel Raúl Pérez Martinot, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo: [orvei.ciei@oficinas-upch.pe](mailto:orvei.ciei@oficinas-upch.pe)

También puede ingresar al enlace:

<https://investigacion.cayetano.edu.pe/etica/ciei/consultasquejas>

**Una copia de este consentimiento informado le será entregada.**

**DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré, también entiendo que puedo retirarme en cualquier momento.

_____ Nombres y Apellidos Participante	_____ Firma	_____ Fecha y Hora
_____ Nombres y Apellidos Testigo (si el participante es analfabeto)	_____ Firma	_____ Fecha y Hora
_____ Nombres y Apellidos Investigador	_____ Firma	_____ Fecha y Hora