

Artículo Original / Original Article

Programa de prevención de enfermedad renal y calidad de vida de pacientes en un hospital de la región La Libertad, Perú, 2024

Kidney Disease Prevention and Quality of Life Program for Patients at a Hospital in the La Libertad Region, Peru, 2024

Cory Milagros Pérez Zárate¹, ***Maria Fernanda Bernal Gontaruk²**, **José Manuel Vela Ruiz³**, **Pedro Otoniel Morales Salazar⁴**

¹Universidad César Vallejo, Doctorado en Gestión Pública y Gobernabilidad. Trujillo, Perú

²Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana. Lima, Perú

³Universidad Continental, Facultad de Medicina Humana. Lima, Perú

⁴Universidad César Vallejo, Doctorado en Administración de la Educación. Trujillo, Perú

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre un programa de prevención de enfermedad renal crónica (ERC) y la calidad de vida en pacientes atendidos en un hospital de la región La Libertad, Perú, durante el año 2024. **Métodos:** Estudio cuantitativo, transversal, no experimental, de alcance correlacional. Participaron 140 pacientes inscritos en el Programa de Prevención de Enfermedades Renales (KDPP II). Se aplicaron dos cuestionarios tipo Likert, validados y confiables (α de Cronbach: 0,83–0,97). Se realizó análisis descriptivo y regresión logística ordinal utilizando el software SPSS versión 27. **Resultados:** El 83,6% de los pacientes presentó un nivel alto del programa de prevención y el 67,9% reportó una calidad de vida alta. La regresión logística ordinal evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el programa y la calidad de vida ($p < 0,001$), explicando el 49,3% de su variabilidad (R^2 de Nagelkerke = 0,493). Entre las dimensiones del programa, la evaluación mostró el mayor peso explicativo sobre la calidad de vida ($R^2 = 0,363$). En las dimensiones de calidad de vida, el programa explicó mayor variabilidad en salud mental ($R^2 = 0,535$) y salud física ($R^2 = 0,464$) que en la autopercepción de salud ($R^2 = 0,218$). **Conclusiones:** El programa KDPP II se asoció positiva y significativamente con una mejor calidad de vida, especialmente en las dimensiones de salud física y mental. Se recomienda fortalecer los componentes educativos, de evaluación y seguimiento continuo, incorporando estrategias comunicacionales culturalmente pertinentes orientadas a mejorar la autopercepción de salud.

Palabras clave: enfermedad renal crónica, calidad de vida, programas de prevención, salud mental, salud física.

ABSTRACT

Objective: To determine the association between a chronic kidney disease prevention program and patients' quality of life in a hospital in La Libertad, Peru, 2024. **Methods:** Quantitative, cross-sectional, non-experimental correlational study including 140 participants enrolled in the KDPP II program. Two validated Likert-type questionnaires were used (Cronbach's α : 0.83–0.97). Descriptive statistics and ordinal logistic regression were performed using SPSS version 27. **Results:** 83.6% of participants showed a high level in the prevention program and 67.9% reported high quality of life. Ordinal regression revealed a significant association ($p < 0.001$), explaining 49.3% of variability (Nagelkerke $R^2 = 0.493$). The evaluation dimension showed the highest explanatory power ($R^2 = 0.363$). Stronger associations were observed for mental health ($R^2 = 0.535$) and physical health ($R^2 = 0.464$) than for self-perceived health ($R^2 = 0.218$). **Conclusions:** KDPP II was significantly associated with improved quality of life, particularly in physical and mental health. Strengthening educational, monitoring, and culturally sensitive communication strategies is recommended.

Keywords: chronic kidney disease; quality of life; preventive programs; mental health; physical health.

***Autor correspondiente:** Maria Fernanda Bernal Gontaruk. Email: maferbernalg@gmail.com

Fecha de recepción: marzo 2026. Fecha de aceptación: mayo 2026

Editora responsable: Graciela Velázquez. Universidad Católica de Asunción. Asunción, Paraguay

Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye un problema de salud pública global, con una elevada carga de morbilidad y un impacto creciente sobre los sistemas de salud. Se estima que más de 800 millones de personas viven con ERC en el mundo, situándola entre las principales causas de mortalidad prematura y discapacidad⁽¹⁾. En los Estados Unidos, aproximadamente el 15% de la población adulta presenta algún grado de ERC, en muchos casos sin diagnóstico oportuno⁽²⁾.

En América Latina, la ERC representa un desafío creciente, particularmente asociada a enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. En México, por ejemplo, la carga de enfermedad renal continúa en ascenso y se ha convertido en un problema prioritario de salud pública (3). En el Perú, el Ministerio de Salud ha reportado que alrededor del 11% de la población padece ERC, con mayor prevalencia en regiones del norte como Lambayeque, Piura y La Libertad⁽⁴⁾. En estas zonas, las limitaciones en la detección temprana y el seguimiento continuo favorecen el diagnóstico tardío y la progresión acelerada de la enfermedad.

Diversos estudios han demostrado que los programas de prevención y detección precoz, integrados por componentes educativos, acceso oportuno a servicios y evaluación periódica, contribuyen a retardar la progresión de la ERC y a mejorar la calidad de vida de los pacientes⁽⁵⁾. Estas estrategias se alinean con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, orientado a garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos⁽⁶⁾.

No obstante, en el contexto peruano existe una limitada producción científica que evalúe de manera sistemática la relación entre los programas de prevención de ERC y la calidad de vida de los pacientes desde una perspectiva integral. En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre el programa de prevención de enfermedad renal KDPP II y la calidad de vida de pacientes atendidos en un hospital de la región La Libertad, Perú, durante el año 2024.

MÉTODOS

Diseño de estudio

Estudio cuantitativo, transversal, no experimental, de alcance correlacional, orientado a evaluar la asociación entre el nivel del programa preventivo KDPP II y la calidad de vida de los pacientes.

Población y muestra

La población estuvo conformada por 218 pacientes con diagnóstico de ERC y/o factores de riesgo asociados, inscritos en el Programa de Prevención de Enfermedades Renales (KDPP II) durante el año 2024.

El tamaño muestral se determinó mediante muestreo probabilístico aleatorio simple, utilizando la fórmula para poblaciones finitas descrita por Hernández-Sampieri et al.⁽⁷⁾:

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

Donde:

n = tamaño de la muestra;

N = 218;

Z = 1,96 (95% de confianza);

p = 0,5;

E = 0,05.

"Donde: n = tamaño de muestra; N = 218; Z = 1,96 para un nivel de confianza del 95%; p = 0,5, correspondiente a la proporción esperada de la variable de interés en ausencia de estimaciones previas específicas, asumiendo máxima variabilidad poblacional; y E = 0,05, correspondiente al margen de error máximo permitido del 5%."

Al sustituir los valores, se obtuvo un tamaño muestral de 139,29, que fue redondeado a 140 pacientes.

Criterios de inclusión: *pacientes inscritos en el programa KDPP II con registros completos durante el año 2024.*

Criterios de exclusión: *pacientes que no culminaron el programa o presentaron cuestionarios incompletos.*

Variables e instrumentos

La variable independiente fue el programa de prevención KDPP II, operacionalizado en tres dimensiones: concienciación, acceso y evaluación. La variable dependiente fue la calidad de vida, estructurada en salud física, salud mental y autopercepción de salud.

Se aplicaron dos instrumentos tipo Likert: uno de 14 ítems para evaluar el programa preventivo y otro de 13 ítems para medir la calidad de vida. La construcción y validación de los instrumentos se realizó siguiendo los lineamientos metodológicos de Ñaupas et al.⁽⁸⁾.

Validez y confiabilidad

La validez de contenido se evaluó mediante juicio de expertos, utilizando el coeficiente V de Aiken. La validez de constructo se corroboró mediante análisis factorial exploratorio, evidenciándose valores KMO > 0,50 y prueba de esfericidad de Bartlett significativa ($p < 0,05$). La confiabilidad fue adecuada, con coeficientes α de Cronbach entre 0,83 y 0,97 en todas las dimensiones.

La validez de contenido del cuestionario fue evaluada por cinco expertos mediante el índice V de Aiken, mientras que la validez de constructo se confirmó mediante análisis factorial exploratorio, obteniéndose valores de KMO superiores a 0.50 y significancia en la prueba de esfericidad de Bartlett ($p < 0.05$) en todas las dimensiones. Conciencia: Medida de adecuación KMO 0.812 > 0.50, Prueba de Esfericidad de Bartlett 0.000 < 0.05. KMO = 0.801 > 0.50; Prueba de Esfericidad de Bartlett = 0.000 < 0.05. Análisis de Impacto: Medida de adecuación KMO 0.831 > 0.50, Prueba de Esfericidad de Bartlett 0.000 < 0.05. Dimensiones de la variable Calidad de Vida: Salud Mental: Medida de adecuación muestral KMO 0.696 > 0.50, Prueba de Esfericidad de Bartlett 0.036 < 0.05. Salud Física: Medida de Adecuación KMO 0.554 > 0.50, Prueba de Esfericidad de Bartlett 0.000 < 0.05. Autopercepción de la Salud: Medida de adecuación muestral KMO 0.800 > 0.50, Prueba de Esfericidad de Bartlett 0.000 < 0.05.

Procedimiento

Con la autorización institucional correspondiente (FISSAL, Carta N.º 08564-2024-SIS-FISSAL/OA), se obtuvo el consentimiento informado de los participantes. Los instrumentos fueron aplicados en horarios programados

durante la atención hospitalaria, incluyendo sesiones de hemodiálisis cuando correspondía, brindando instrucciones estandarizadas para el llenado.

Análisis estadístico

Los datos fueron procesados en el software SPSS versión 27. Se realizó análisis descriptivo mediante frecuencias y porcentajes, así como regresión logística ordinal para estimar la asociación entre el nivel del programa (y sus dimensiones) y los niveles ordinales de calidad de vida y sus dimensiones. Se reportaron valores p y coeficientes R² de Nagelkerke.

Consideraciones éticas

El estudio fue evaluado y aprobado por la autoridad competente, garantizando el cumplimiento de los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y la normativa nacional vigente para investigación en salud. La autorización para la aplicación de encuestas y recolección de información fue otorgada por el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) mediante la Carta N.º 08564-2024-SIS-FISSAL/OA, emitida en la ciudad de Lima.

Dicha autorización permitió la aplicación de instrumentos de investigación a personal y usuarios vinculados al Programa de Prevención de Enfermedad Renal Crónica, desarrollados en las instalaciones correspondientes, con fines exclusivamente académicos y de mejora de la calidad de atención en salud. La participación de los pacientes fue voluntaria, previa obtención del consentimiento informado, garantizando en todo momento la confidencialidad, el anonimato de la información y el uso exclusivo de los datos para fines de investigación. No se realizaron intervenciones diagnósticas ni terapéuticas adicionales, por lo que el estudio fue considerado de riesgo mínimo.

RESULTADOS

Se incluyeron en el análisis un total de 140 pacientes inscritos en el Programa de Prevención de Enfermedades Renales (KDPP II) durante el año 2024.

Niveles del programa de prevención de enfermedad renal

En la Tabla 1 se observa la distribución de los niveles del programa de prevención de enfermedad renal y de sus dimensiones. La mayoría de los pacientes presentó un nivel alto del programa (83,6%), mientras que el 14,3% se ubicó en un nivel medio y solo el 2,1% en nivel bajo.

Respecto a las dimensiones del programa, la concienciación alcanzó un nivel alto en el 79,3% de los pacientes, el acceso en el 90,7% y la evaluación en el 76,4%, evidenciando una adecuada implementación del programa desde la perspectiva de los usuarios.

Tabla 1. Niveles del programa de prevención de enfermedad renal y sus dimensiones en pacientes de un hospital de la región La Libertad, Perú, 2024.

Variables / Dimensiones	Bajo n (%)	Medio n (%)	Alto n (%)	Total n (%)
Programa de prevención	3 (2,1)	20 (14,3)	117 (83,6)	140 (100)
Concienciación	3 (2,1)	26 (18,6)	111 (79,3)	140 (100)
Acceso	3 (2,1)	10 (7,1)	127 (90,7)	140 (100)
Evaluación	3 (2,1)	30 (21,4)	107 (76,4)	140 (100)

Niveles de calidad de vida y sus dimensiones

La Tabla 2 muestra la distribución de los niveles de calidad de vida y de sus dimensiones. El 67,9% de los pacientes reportó una calidad de vida alta, seguido del 18,6% con nivel medio y el 12,9% con nivel bajo.

En cuanto a las dimensiones, la salud mental presentó la mayor proporción de pacientes en nivel alto (79,3%), seguida de la salud física (73,6%). Por el contrario, la autopercepción de salud mostró una mayor concentración en el nivel medio (47,1%), evidenciando una distribución más heterogénea en esta dimensión.

Tabla 2. Niveles de calidad de vida y sus dimensiones en pacientes de un hospital de la región La Libertad, Perú, 2024.

Variables / Dimensiones	Bajo n (%)	Medio n (%)	Alto n (%)	Total n (%)
Calidad de vida	18 (12,9)	26 (18,6)	95 (67,9)	139 (99)*
Salud mental	19 (13,6)	9 (6,4)	111 (79,3)	139 (99)*
Salud física	20 (14,3)	17 (12,1)	103 (73,6)	140 (100)
Autopercepción de salud	29 (20,7)	66 (47,1)	45 (32,1)	140 (100)

Asociación entre el programa de prevención y la calidad de vida

El análisis bivariado y la regresión logística ordinal se presentan en la Tabla 3. A nivel global, se observó que el 68,6% de los pacientes con nivel alto del programa reportaron también una calidad de vida alta.

El modelo de regresión logística ordinal confirmó una asociación estadísticamente significativa entre el programa de prevención y la calidad de vida ($\chi^2 = 71,628$; $gl = 2$; $p < 0,001$), con un R^2 de Nagelkerke de 49,3%, lo que indica que el programa explicó casi la mitad de la variabilidad de la calidad de vida.

Tabla 3. Asociación del programa de prevención de enfermedad renal y sus dimensiones con la calidad de vida, salud mental, salud física y autopercepción de salud en pacientes de un hospital de la región La Libertad, Perú, 2024.

A. calidad de vida y calidad del programa de prevención de enfermedad renal

Calidad de vida	Bajo n (%)	Medio n (%)	Alto n (%)	Total n (%)	p†	Ref.
Bajo	3 (2,1)	11 (7,9)	4 (2,9)	18 (12,9)	—	Ref.
Medio	0 (0,0)	9 (6,4)	17 (12,1)	26 (18,6)	0,001	Bajo
Alto	0 (0,0)	0 (0,0)	96 (68,6)	96 (68,6)	<0,001	Bajo

Modelo ordinal: $\chi^2 = 71,628$; $gl = 2$; $p < 0,001$; R^2 Nagelkerke = 49,3%

B. calidad de vida y de la concientización del programa de prevención de enfermedad renal

Calidad de vida	Bajo n (%)	Medio n (%)	Alto n (%)	Total n (%)	p†	Ref.
Bajo	3 (2,1)	7 (5,0)	8 (5,7)	18 (12,9)	—	Ref.
Medio	0 (0,0)	8 (5,7)	18 (12,9)	26 (18,6)	0,004	Bajo
Alto	0 (0,0)	11 (7,9)	85 (60,7)	96 (68,6)	<0,001	Bajo

Modelo ordinal: $\chi^2 = 24,723$; $gl = 2$; $p < 0,001$; $R^2 = 19,9\%$

C. calidad de vida y acceso del programa de prevención de enfermedad renal

Calidad de vida	Bajo n (%)	Medio n (%)	Alto n (%)	Total n (%)	p†	Ref.
Bajo	3 (2,1)	2 (1,4)	13 (9,3)	18 (12,9)	—	Ref.
Medio	0 (0,0)	3 (2,1)	23 (16,4)	26 (18,6)	0,012	Bajo
Alto	0 (0,0)	5 (3,6)	91 (65,0)	96 (68,6)	0,001	Bajo

Modelo ordinal: $\chi^2 = 14,676$; $gl = 2$; $p = 0,001$; $R^2 = 12,3\%$

D. Dimensión evaluación y calidad de vida

Calidad de vida	Bajo n (%)	Medio n (%)	Alto n (%)	Total n (%)	p†	Ref.
Bajo	3 (2,1)	11 (7,9)	4 (2,9)	18 (12,9)	—	Ref.
Medio	0 (0,0)	11 (7,9)	15 (10,7)	26 (18,6)	0,002	Bajo
Alto	0 (0,0)	8 (5,7)	88 (62,9)	96 (68,6)	<0,001	Bajo

Modelo ordinal: $\chi^2 = 48,830$; $gl = 2$; $p < 0,001$; $R^2 = 36,3\%$

E. salud mental y calidad del programa de prevención de enfermedad renal

Salud mental	Bajo n (%)	Medio n (%)	Alto n (%)	Total n (%)	p†	Ref.
Bajo	3 (2,1)	12 (8,6)	4 (2,9)	19 (13,6)	—	Ref.
Medio	0 (0,0)	5 (3,6)	4 (2,9)	9 (6,4)	0,003	Bajo
Alto	0 (0,0)	3 (2,1)	109 (77,9)	112 (80,0)	<0,001	Bajo

Modelo ordinal: $\chi^2 = 67,460$; $gl = 2$; $p < 0,001$; $R^2 = 53,5\%$

F. salud física y calidad del programa de prevención de enfermedad renal

Salud física	Bajo n (%)	Medio n (%)	Alto n (%)	Total n (%)	p†	Ref.
Bajo	3 (2,1)	12 (8,6)	5 (3,6)	20 (14,3)	—	Ref.
Medio	0 (0,0)	6 (4,3)	11 (7,9)	17 (12,1)	0,005	Bajo
Alto	0 (0,0)	2 (1,4)	101 (72,1)	103 (73,6)	<0,001	Bajo

Modelo ordinal: $\chi^2 = 63,108$; $gl = 2$; $p < 0,001$; $R^2 = 46,4\%$

G. autopercepción de salud y calidad del programa de prevención de enfermedad renal

Autopercepción de salud	Bajo n (%)	Medio n (%)	Alto n (%)	Total n (%)	p†	Ref.
Bajo	3 (2,1)	11 (7,9)	15 (10,7)	29 (20,7)	—	Ref.
Medio	0 (0,0)	8 (5,7)	58 (41,4)	66 (47,1)	0,002	Bajo
Alto	0 (0,0)	1 (0,7)	44 (31,4)	45 (32,1)	<0,001	Bajo

Modelo ordinal: $\chi^2 = 29,729$; $gl = 2$; $p < 0,001$; $R^2 = 21,8\%$ Nota al pie

† p-valor obtenido mediante regresión logística ordinal. Ref.: categoría de referencia = nivel bajo.

Asociación entre las dimensiones del programa y la calidad de vida

Al analizar las dimensiones del programa, la concienciación se asoció significativamente con la calidad de vida ($p < 0,001$), explicando el 19,9% de su variabilidad. La dimensión acceso también mostró una asociación significativa ($p = 0,001$), aunque con un menor poder explicativo ($R^2 = 12,3\%$).

La dimensión evaluación presentó el mayor impacto sobre la calidad de vida, con una asociación altamente significativa ($\chi^2 = 48,830$; $gl = 2$; $p < 0,001$) y un R^2 de 36,3%, evidenciando el rol central del seguimiento y monitoreo dentro del programa preventivo.

Asociación entre el programa de prevención y las dimensiones de la calidad de vida.

En relación con las dimensiones de la calidad de vida, el programa de prevención mostró una asociación altamente significativa con la salud mental ($\chi^2 = 67,460$; $gl = 2$; $p < 0,001$), siendo esta la dimensión con mayor capacidad explicativa ($R^2 = 53,5\%$).

Asimismo, se evidenció una asociación significativa con la salud física ($\chi^2 = 63,108$; $gl = 2$; $p < 0,001$), explicando el 46,4% de su variabilidad. Finalmente, la autopercepción de salud también se asoció de manera significativa con el programa preventivo ($\chi^2 = 29,729$; $gl = 2$; $p < 0,001$), aunque con un menor poder explicativo ($R^2 = 21,8\%$).

DISCUSIÓN

El presente estudio evidenció que el programa de prevención de enfermedad renal crónica (KDPP II) se asoció positiva y significativamente con la calidad de vida de los pacientes, explicando el 49,3% de su variabilidad. Este hallazgo es consistente con la literatura internacional que describe beneficios de las intervenciones preventivas e integrales en ERC sobre resultados reportados por

los pacientes y diferentes dominios del bienestar, respaldando un enfoque biopsicosocial del cuidado en enfermedades crónicas⁽¹⁵⁻¹⁹⁾.

En relación con los objetivos específicos, más del 80% de los participantes alcanzó un nivel alto en el programa de prevención y en sus dimensiones, lo que refleja una implementación favorable desde la perspectiva del usuario. Asimismo, cerca de dos tercios de los pacientes reportaron una calidad de vida alta, con mayor proporción en las dimensiones de salud mental y salud física. Estos resultados se interpretan adecuadamente a la luz de modelos conceptuales que integran variables clínicas con percepciones subjetivas del paciente, destacando el carácter multidimensional de la calidad de vida relacionada con la salud^(10,26).

Respecto a las dimensiones del programa, la concienciación explicó el 19,9% de la variabilidad de la calidad de vida, lo que concuerda con estudios que resaltan el papel de las intervenciones educativas y de autocuidado en pacientes con ERC para mejorar el bienestar y la adherencia terapéutica [9,12]. La dimensión acceso explicó el 12,3% de la variabilidad, sugiriendo que la disponibilidad de servicios, si bien es necesaria, requiere complementarse con estrategias activas de seguimiento para maximizar su impacto. Investigaciones realizadas en contextos peruanos, especialmente en zonas rurales, muestran que la ampliación del acceso puede incrementar las prácticas preventivas, aunque su efectividad depende del acompañamiento continuo y de la calidad de la atención brindada⁽¹¹⁾.

En este estudio, la dimensión evaluación presentó el mayor peso explicativo sobre la calidad de vida (36,3%), lo que subraya la importancia del monitoreo sistemático, la retroalimentación y el seguimiento clínico dentro de los programas preventivos de ERC. Este hallazgo es coherente con reportes previos que destacan que los programas que incorporan evaluación continua y seguimiento estructurado logran mejores resultados en términos de control de la enfermedad y bienestar del paciente^(7,17).

En cuanto a las dimensiones de la calidad de vida, el programa de prevención mostró una asociación altamente significativa con la salud mental, constituyéndose en la dimensión con mayor capacidad explicativa. Asimismo, se observó una asociación significativa con la salud física, lo que evidencia un impacto positivo del programa sobre el estado funcional y el bienestar psicológico de los pacientes. Estos resultados son consistentes con estudios que documentan mejoras en la calidad de vida física y mental de pacientes con ERC que reciben atención multidisciplinaria e intervenciones integrales^(17,18).

Por el contrario, la autopercepción de salud mostró un menor poder explicativo. Esta diferencia entre dimensiones más objetivas (salud física y mental) y dimensiones subjetivas ha sido descrita en modelos teóricos de calidad de vida y en el concepto de *response shift*, que explica por qué la percepción subjetiva del estado de salud puede no mejorar al mismo ritmo que los cambios clínicos o funcionales^(10,20). Además, se reconoce que factores como la depresión, la carga sintomática y la experiencia vivida con la enfermedad influyen de manera significativa en la autovaloración del estado de salud en pacientes con ERC⁽²¹⁻²³⁾.

En este contexto, resulta pertinente incorporar estrategias comunicacionales más efectivas y culturalmente sensibles dentro de los programas preventivos, orientadas a fortalecer la comprensión de la enfermedad, el autocuidado y la construcción de significados positivos en torno a la salud. Diversos autores han señalado que los marcos culturales influyen de manera determinante en la forma en que los pacientes interpretan su estado de salud y su calidad de vida, por lo

que la adecuación cultural de las intervenciones constituye un componente clave para mejorar los resultados percibidos^(24,25).

Entre las principales limitaciones del estudio se reconoce su diseño transversal, que restringe la inferencia causal; la inclusión de un solo hospital, lo que limita la generalización de los resultados; y la ausencia de indicadores clínicos complementarios, como tasa de filtración glomerular, creatinina sérica o albuminuria, que podrían enriquecer la interpretación de los hallazgos. En consecuencia, se recomienda el desarrollo de estudios longitudinales y multicéntricos, incorporando variables clínicas objetivas y evaluaciones por componentes del programa, con el fin de estimar efectos con mayor robustez y precisión.

CONCLUSIÓN

El programa de prevención de enfermedad renal tuvo un impacto directo y significativo en la calidad de vida de los pacientes atendidos en un hospital de la región La Libertad, explicando cerca de la mitad de su variabilidad total. La mayoría percibió un alto nivel de implementación del programa, especialmente en el acceso, y se evidenciaron mejoras relevantes en la salud mental y física, así como asociaciones significativas con las dimensiones de concienciación, acceso y evaluación, siendo esta última la de mayor peso explicativo. Estos hallazgos confirman la efectividad de las intervenciones preventivas integrales y respaldan su fortalecimiento como estrategia de salud pública basada en evidencia, orientada a mejorar el bienestar físico, emocional y subjetivo de poblaciones vulnerables.

DECLARACIONES

Declaración de conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Procedencia del artículo: El presente artículo deriva de la tesis doctoral titulada "Programa de prevención de enfermedad renal y calidad de vida de pacientes en un hospital de la región La Libertad, Perú, 2024", presentada para optar el grado de doctora en Gestión Pública y Gobernabilidad.

Contribuciones de autoría: Todos los autores cumplieron con los cuatro criterios establecidos por el ICMJE. Las contribuciones específicas se detallarán en la declaración jurada adjunta.

Financiamiento: Este estudio no contó con fuentes externas de financiamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2020; 395(10225): 709–733. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30045-3
2. Centers for Disease Control and Prevention. Chronic kidney disease in the United States, 2021 (Internet). Atlanta: CDC; 2021 (citado 2025 Nov 10).
3. Palomo-Piñón S, Aguilar-Alonso JA, Chávez-Íñiguez JS, Hernández-Arellanes FE, Mariano-Murga JA, Flores-Rodríguez JC, et al. Strategies to address diabetic kidney disease burden in Mexico: a narrative review by the Mexican College of Nephrologists. *Front Med*. 2024; 11: 1376115. doi:10.3389/fmed.2024.1376115
4. Ministerio de Salud del Perú. Día Mundial del Riñón: el 11% de la <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/104288>

- población del Perú padece una enfermedad renal crónica (Internet). Lima: MINSA; 2022 (citado 2025 Nov 10).
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/589662>
5. Levin A, Tonelli M, Bonventre J, et al. Global kidney health 2017 and beyond: a roadmap for closing gaps in care, research, and policy. *Lancet*. 2017; 390(10105): 1888–1917. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30788-2
 6. United Nations. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages (Internet). New York: United Nations; 2015.
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>
 7. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de la investigación. 6a ed. México: McGraw-Hill; 2014.
 8. Ñaupas H, Valdivia M, Palacios J, Romero H. Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis. 5a ed. Bogotá: Ediciones de la U; 2018.
 9. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. *JAMA*. 1995;273(1):59–65. doi: 10.1001/jama.1995.03520250075037
 10. WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper. *Soc Sci Med*. 1995; 41(10): 1403–1409. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-K
 11. Tong A, Chapman JR, Wong G, et al. Patient perspectives on outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. *Am J Kidney Dis*. 2014; 63(4): 713–726. doi: 10.1053/j.ajkd.2013.10.002
 12. Tong A, Sainsbury P, Chadban S, et al. Patients' experiences and perspectives of living with CKD. *Am J Kidney Dis*. 2009; 53(4): 689–700. doi: 10.1053/j.ajkd.2008.10.050
 13. Finkelstein FO, Wuerth D, Finkelstein SH. Health-related quality of life and the CKD patient: challenges for the nephrology community. *Kidney Int*. 2009; 76(9): 946–952. doi: 10.1038/ki.2009.307
 14. Tsai YC, Chiu YW, Hung CC, et al. Association of symptoms of depression with progression of chronic kidney disease. *Am J Kidney Dis*. 2012; 60(1): 54–61. doi: 10.1053/j.ajkd.2012.01.024
 15. Sprangers MA, Schwartz CE. Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model. *Soc Sci Med*. 1999; 48(11): 1507–1515. doi: 10.1016/S0277-9536(99)00045-3
 16. Wang SM, Hsiao LC, Ting IW, et al. Multidisciplinary care in patients with chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Intern Med*. 2015; 26(8): 640–645. doi: 10.1016/j.ejim.2015.07.002
 17. Zhang Y, Liu S, Li C, et al. Effects of comprehensive intervention programs on quality of life in patients with chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *BMC Nephrol*. 2021; 22: 287. doi: 10.1186/s12882-021-02498-4
 18. Chen JY, Li YQ, Wu ZX, et al. Impact of multidisciplinary care on quality of life and psychological outcomes in chronic kidney disease patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(6): 3569. doi: 10.3390/ijerph19063569
 19. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med*. 2004; 2(6): 576–582.
 20. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med*. 2006; 3(10): e294. doi: 10.1371/journal.pmed.0030294
 21. Kagawa-Singer M, Dressler WW, George SM, Elwood WN. The cultural framework for health: an integrative approach for research and program

- design. *Health Educ Behav.* 2014; 41(3): 257-267. doi: 10.1177/1090198114547708
22. Eckardt KU, et al. Improving CKD quality of care: conclusions from a KDIGO Controversies Conference. *Kidney Int.* 2023; 103(2): 240-255. doi: 10.1016/j.kint.2022.09.026
23. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life (Internet). Geneva: WHO.
<https://www.who.int/tools/whogol>
24. Truong M, Paradies Y, Priest N. Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC Health Serv Res.* 2014; 14: 99. doi:10.1186/1472-6963-14-99
25. Kaihlanen AM, Hietapakka L, Heponiemi T. Increasing cultural awareness: qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. *BMC Nurs.* 2019; 18: 38. doi:10.1186/s12912-019-0363-x