

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Escuela Académico Profesional de Psicología

Tesis

**Ansiedad y calidad de vida en pacientes con
insuficiencia renal crónica de una clínica privada,
Juliaca - Puno 2025**

Kelly Raquel Cari Castillo
Stacy Hillaryn Pinto Mamani

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Psicología

Cusco, 2025

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

A : Decana de la Facultad de Psicología
DE : Verónica Luna Ccoa
Asesor de trabajo de investigación
ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad de trabajo de investigación
FECHA : 9 de septiembre de 2025

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para informar que, en mi condición de asesor del trabajo de investigación:

Título:

"Ansiedad y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca – Puno 2025"

Autores:

1. Kelly Raquel Cari Castillo – Carrera profesional Psicología
2. Stacy Hillaryn Pinto Mamani – Carrera profesional Psicología

Se procedió con la carga del documento a la plataforma "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 19 % de similitud sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- | | | |
|--|--|--|
| • Filtro de exclusión de bibliografía | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Filtro de exclusión de grupos de palabras menores
Nº de palabras excluidas (en caso de elegir "SI"):23 | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |

En consecuencia, se determina que el trabajo de investigación constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad Continental.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo de investigación sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI y en la normativa de la Universidad Continental.

Atentamente,

La firma del asesor obra en el archivo original
(No se muestra en este documento por estar expuesto a publicación)

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada en primer lugar a Dios, y también a todas las personas que me dieron su apoyo y me ayudaron a seguir adelante. De manera especial, a mis padres, Pablo Cari Mamani y Calextina Castillo Apaza, por estar siempre a mi lado durante mi formación profesional, confiando en mí en cada desafío que enfrenté, sin dudar de lo que soy capaz de lograr.

Kelly

A quien es luz de mi existencia, mi mamá Olga, papá Walter, hermano Brandon, tío Wilber, tía Haydee, primos Abdail y Abner por sus palabras de ánimo, comprensión y alentarme a seguir superándome profesionalmente. A mi querida abuela Valeriana, aunque ya no estés aquí físicamente, siento tu amor en cada recuerdo tus palabras de sabiduría tus abrazos cálidos siempre estarán presentes en mi corazón. A Kelly amiga y compañera de tesis, por haberme prestado su apoyo durante todo este proceso que juntas enfrentamos desafíos y compartimos aprendizajes que enriquecieron esta experiencia.

Stacy

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, doy gracias a Dios por permitirme tener y disfrutar a mi familia, por apoyarme en cada decisión y proyecto. A mis padres, quienes son una dicha en mi vida, a quienes atesoro y por quienes me esfuerzo por mejorar día a día. De igual manera, agradezco a nuestros formadores por transmitirnos sus conocimientos y ser parte del proceso de instruirnos en la carrera de psicología.

Kelly

A Dios, por su amor y por ser mi principal fuente de fuerza en este camino. A nuestra asesora, Dra. Verónica Luna, quien nos guio a través de este proyecto. Al Dr. Saul Marcos Huaquisto Choque, quien nos recibió con aprecio y nos apoyó ampliamente ofreciéndonos todas las facilidades para el acceso y evaluación de la población.

Stacy

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo determinar si existe una relación entre la ansiedad y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada de Juliaca-Puno, en el año 2025. El estudio es de tipo básico, correlacional y cuenta con un diseño no experimental. Para ello, se tuvo como población y muestra a 150 pacientes con insuficiencia renal crónica. Para recolectar los datos se utilizó una encuesta, en la cual se aplicaron la Escala de autovaloración de Ansiedad (EAA) y el Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL BREF. Los resultados encontrados en la investigación evidenciaron que el 79.3 % presentó ansiedad mínima, representando a la mayoría de la muestra, el 12 % de los pacientes no presentó ansiedad y el 8.7 % presentó ansiedad marcada. Por otro lado, el 52 % de los pacientes reportó una calidad de vida baja y el 48 % reportó una calidad de vida media. En este sentido, se determina que existe una correlación negativa baja y significativa ($\rho = -.282$; $p = .000$) entre la ansiedad y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada de Juliaca-Puno en el año 2025.

Palabras claves: ansiedad, calidad de vida, insuficiencia renal, pacientes.

ABSTRACT

This research aims to determine whether there is an association between anxiety and quality of life in patients with chronic renal failure at a private clinic in Juliaca-Puno in 2025. The study is basic, correlational, and non-experimental in design. The population and sample consisted of 150 patients with chronic renal failure. Data were collected using a survey, in which the Anxiety Self-Assessment Scale (EAA) and the WHOQOL BREF Quality of Life Questionnaire were applied. The results of the research showed that 79.3% had minimal anxiety, representing much of the sample, 12% of patients had no anxiety, and 8.7% had marked anxiety. On the other hand, 52% of patients reported a low quality of life and 48% reported an average quality of life. In this regard, it was determined that there is a low and significant negative correlation ($\rho = -.282$; $p = .000$) between anxiety and quality of life in patients with chronic renal failure at a private clinic in Juliaca (Puno) in 2025.

Keywords: anxiety, quality of life, renal failure, patients.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT.....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDO	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE FIGURAS	xii
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1. Planteamiento del problema.....	13
1.2. Formulación del problema	16
1.2.1. Problema general	16
1.2.2. Problemas específicos	16
1.3. Objetivos de la investigación.....	17
1.3.1. Objetivo general	17
1.3.2. Objetivos específicos.....	17
1.4. Justificación e importancia de la investigación	18
1.4.1. Justificación teórica	18
1.4.2. Justificación social.....	18
1.4.3. Justificación metodológica	19
1.4.4. Justificación practica	19

CAPÍTULO II.....	20
MARCO TEÓRICO.....	20
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	20
2.1.1. Antecedentes internacionales	20
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	21
2.2. Bases teóricas.....	23
2.3. Definición de términos básicos.....	37
CAPÍTULO III.....	39
HIPÓTESIS	39
3.1. Hipótesis	39
3.1.1. Hipótesis general.....	39
3.1.2. Hipótesis específicas	39
3.2. Variables.....	39
CAPÍTULO IV	43
METODOLOGÍA	43
4.1. Método de investigación.....	43
4.1.1. Tipo	43
4.1.2. Enfoque	43
4.1.4. Diseño	43
4.1.5. Nivel.....	43
4.2. Población	44
4.3. Muestra	44

4.4. Técnicas de recolección de datos	45
4.5. Instrumentos para recolección de datos	45
4.5.1. Instrumentos	45
4.6. Descripción de procesamiento de análisis	47
4.7. Consideraciones éticas	48
CAPITULO V	50
RESULTADOS Y DISCUSIONES	50
CONCLUSIÓN	65
RECOMENDACIONES	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	76

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de las variables calidad de vida y ansiedad	41
Tabla 2 Población de estudio	44
Tabla 3 Nivel de Ansiedad en pacientes con insuficiencia renal.....	50
Tabla 4 Nivel de calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica.....	51
Tabla 5 Pruebas de normalidad.....	52
Tabla 6 Prueba de Correlación entre ansiedad y calidad de vida	53
Tabla 7 Prueba de Correlación entre ansiedad y la dimensión salud física.....	55
Tabla 8 Prueba de Correlación entre ansiedad y la dimensión salud psicológica	56
Tabla 9 Prueba de Correlación entre ansiedad y la dimensión relaciones sociales	57
Tabla 10 Prueba de Correlación entre ansiedad y la dimensión ambientales	59

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Nivel de Ansiedad en pacientes con insuficiencia renal	50
Figura 2 Nivel de calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica	51

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

Las personas que sufren enfermedades crónicas suelen ver afectada su salud mental debido a sentimientos y pensamientos negativos, especialmente por el temor a la muerte. Estos pacientes suelen enfrentar problemas como depresión, ansiedad, miedo y desesperanza. También pueden sentirse aislados y angustiados debido a la pérdida de su independencia y la incertidumbre sobre lo que les depara el futuro. Además, el estigma social que rodea a las enfermedades terminales puede hacer más difícil que reciban la ayuda psicológica que necesitan, lo que empeora aún más su situación (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

En este sentido, uno de los problemas es la limitada disponibilidad de cuidados paliativos y apoyo psicológico especializado. A pesar de que los cuidados paliativos son fundamentales para mejorar la calidad de vida de los pacientes terminales, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), estima que una proporción considerable de la población mundial no recibe el tratamiento necesario para aliviar sus síntomas y mejorar su bienestar general. Este hecho hace hincapié en la urgencia de adoptar un enfoque más integral y accesible que aborde los aspectos emocionales y psicológicos durante el proceso de enfermedad (Gruendel & Mehnert, 2015).

La calidad de vida de los pacientes con enfermedades terminales enfrenta múltiples desafíos de naturaleza emocional, física, social y espiritual. A medida que la salud del paciente va empeorando gradualmente, dichos individuos sobrellevan consecuencias físicas y emocionales. El dolor continuo, la fatiga intensa, la pérdida de autonomía y la dificultad para hacer las tareas cotidianas son aspectos que influyen en la

calidad de vida de estas personas. Además, presentan problemas emocionales y sentimientos de angustia, pesimismo y desesperación (Gruendel & Mehnert, 2015).

Por otra parte, la ansiedad es una de las enfermedades de salud mental más comunes en todo el mundo que afecta a aproximadamente 301 millones de personas. Según la OMS (2023), este desorden se define por momentos intensos y duraderos de temor y angustia, junto con síntomas físicos, mentales y de comportamiento que son difíciles de manejar. Estos síntomas provocan un malestar de sufrimiento que pueden prolongarse si no se les brinda la atención adecuada.

A su vez, la ansiedad influye de manera significativa en la vida diaria, impactando en las interacciones con los familiares, amigos y el ámbito laboral. Esta afectación a menudo se relaciona con una calidad de vida baja, la cual se manifiesta en problemas para llevar a cabo tareas cotidianas y un incremento en la carga emocional. Asimismo, a medida que la calidad de vida se deteriora, los síntomas de ansiedad pueden intensificarse, perjudicando el bienestar general del individuo (OMS, 2023).

De igual manera, la enfermedad de insuficiencia renal crónica (IRC) es una condición que afecta a millones de individuos. A su vez, se considera un desafío significativo para la salud pública, dado que afecta a cerca del 10 % de la población mundial (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2015). Esta afección ocasiona un considerable deterioro en la calidad de vida de los individuos que la sufren, impactando su salud física, su bienestar emocional. Dicho impacto se debe a las limitaciones funcionales, las alteraciones emocionales y las restricciones en la rutina diaria que enfrentan las personas con esta condición, especialmente aquellas que requieren tratamientos como la hemodiálisis (Mohamed et. al, 2023).

Según Barrios et. al (2022), desde las primeras etapas de la insuficiencia renal crónica (IRC), ya se nota una fuerte afectación en la calidad de vida de los pacientes. Este

impacto se debe a cambios en su vida diaria, como la necesidad de asistir frecuentemente al hospital para recibir tratamientos y controles, así como la disminución de su capacidad para trabajar o realizar actividades en el hogar y cuidar de sí mismos. Estas restricciones tienen que ver con el desarrollo de la ansiedad en los individuos que sufren esta enfermedad.

En Perú, los trastornos de ansiedad han incrementado considerablemente en los últimos años. De acuerdo con el Ministerio de Salud (MINSA, 2024), alrededor de dos millones de adultos en el país presentan niveles altos de ansiedad, una afección que no solo perjudica el estado emocional, sino que también influye en algunas limitaciones para realizar las actividades diarias. Esto influye a su vez sobre la calidad de vida y el bienestar general de quienes lo padecen.

Igualmente, la tasa de IRC ha aumentado en Perú en los últimos años afectando al 11 % de los peruanos. De estos casos, 9 de cada 10 no son conscientes de su condición hasta que reciben un diagnóstico en una etapa avanzada. Esto puede conllevar rasgos de ansiedad, los cuales puede agravar los problemas emocionales, dificultando el tratamiento y reduciendo notablemente la recepción de bienestar general. En este contexto, la calidad de vida de las personas que fueron diagnosticados con IRC se verá afectado por aspectos emocionales, económicos y la falta de apoyo (MINSA, 2024).

Esta problemática también se manifiesta en los pacientes que son atendidos en el centro médico CENDIAL, donde el equipo de salud, compuesto por médicos y enfermeras, indican que hay días en las que los pacientes llegan cansados, decaídos, desaminados, tembloroso, sudorosos, somnolientos e incluso algunos pacientes se quedan dormidos durante los tratamientos. Según la psicóloga de la clínica, algunos pacientes muestran niveles de ansiedad, lo que indica la necesidad de realizar con frecuencia evaluaciones específicas para identificar esta problemática. Tal como indica Maquera

(2024), los síntomas de ansiedad influyen en el bienestar físico y emocional de las personas, las cuales se manifiestan en forma de decaimiento, preocupación, problemas para dormir, irritabilidad y sudoración.

Según una entrevista realizada por la psicóloga del centro médico CENDIAL, los pacientes mencionaron tener diversas limitaciones que afectan su vida diaria. Entre estas, resaltan la imposibilidad de llevar a cabo tareas que antes realizaban con normalidad — como levantar cosas pesadas—, a causa de la posición del catéter. Además, indican tener sed todo el tiempo, pero limitan la cantidad de consumo de líquidos y ciertos alimentos en específico, según las indicaciones de su médico. Estas restricciones, junto a su diagnóstico (IRC), generan en los pacientes una inestabilidad emocional notable, acompañada de problemas con el sueño, pérdida o aumentos de apetito, dolor y frustración. Además, reciben tres veces por semana el tratamiento de hemodiálisis, lo que interfiere significativamente con sus actividades diarias y su trabajo. Algunos pacientes mencionan depender de un familiar cercano para realizar sus actividades diarias. También, indican tener malestares físicos como dolores de cabeza, hinchazón y náuseas, los cuales intensifican su sensación de malestar general.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre la ansiedad y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca–Puno en el año 2025?

1.2.2. Problemas específicos

P1. ¿Cuál es el nivel ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca–Puno en el año 2025?

P2. ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca–Puno en el año 2025?

P3. ¿Cuál es la relación entre ansiedad y la dimensión salud física en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca–Puno en el año 2025?

P4. ¿Cuál es la relación entre ansiedad y la dimensión salud psicológica en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca–Puno en el año 2025?

P5. ¿Cuál es la relación entre ansiedad y la dimensión relaciones sociales en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca–Puno en el año 2025?

P6. ¿Cuál es la relación entre ansiedad y la dimensión relaciones ambientales en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca–Puno en el año 2025?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar si existe relación entre la ansiedad y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca–Puno en el año 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

O1. Determinar del nivel de ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca–Puno en el año 2025.

O2. Determinar del nivel de calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca–Puno en el año 2025.

O3. Determinar si existe relación entre ansiedad y la dimensión salud física en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca–Puno en el año 2025.

O4. Determinar si existe relación entre ansiedad y la dimensión salud psicológica en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca–Puno en el año 2025.

O5. Determinar si existe relación entre ansiedad y la dimensión relaciones sociales en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca–Puno en el año 2025.

O6. Determinar si existe relación entre ansiedad y la dimensión relaciones ambientales en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca–Puno en el año 2025.

1.4. Justificación e importancia de la investigación

1.4.1. Justificación teórica

La justificación teórica se sustenta con generar nuevos conocimientos a partir del análisis de teorías que explican la ansiedad y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica privada en Juliaca, Puno. Además, la investigación busca profundizar en la comprensión de la relación entre las variables estudiadas. Para ello, se ha adoptado el modelo de ansiedad EAA de Zung, que se centra en síntomas tanto emocionales como físicos, y el instrumento WHOQOL-BREF, que permite evaluar diferentes aspectos de la calidad de vida, incluyendo la salud física y psicológica, las relaciones sociales y las relaciones ambientales. Los resultados obtenidos buscan ser una referencia para investigaciones futuras en este campo.

1.4.2. Justificación social

Se apoya en la relevancia de la salud mental, considerada importante en el ámbito de la salud pública, ya que afecta a todos los individuos de diferentes edades. En particular, la enfermedad de la insuficiencia renal crónica no solo afecta el rendimiento físico de los pacientes, sino que también afecta a nivel emocional y psicológico,

incrementando la ansiedad y disminuyendo la calidad de vida. Por esta razón, la investigación tiene como objetivo determinar la relación que existe y, de acuerdo a los hallazgos obtenidos, promover una atención completa e integral. Para ello, se proponen estrategias que incluyan intervenciones emocionales, el autocuidado y la asistencia familiar, las cuales son fundamentales en los programas integrales de atención.

1.4.3. Justificación metodológica

Se fundamenta en un enfoque cuantitativo, no experimental y de alcance correlacional, lo que permitió analizar la relación entre la ansiedad y la calidad de vida. Con el fin de garantizar la validez y confiabilidad de los datos, se utilizaron instrumentos confiables, como la Escala de Autoevaluación de Ansiedad (EAA) de Zung y el cuestionario WHOQOL-BREF, que fueron elaborados siguiendo los bases teóricos planteadas por Zung y la Organización Mundial de la Salud. El propósito fundamental de esta metodología es evaluar la relación entre ambas variables.

1.4.4. Justificación practica

Los resultados obtenidos en la presente investigación servirán como una base para el área de psicología y el diseño e implementación de estrategias enfocadas en el bienestar emocional y en la mejora de la calidad de vida e iniciativas de intervención que ofrezcan un cuidado integral a los individuos que padecen insuficiencia renal crónica. Esto se fundamenta en una investigación correlacional entre la ansiedad y la calidad de vida. Asimismo, los hallazgos proyectados contribuirán como referencia para futuras iniciativas destinadas a mejorar de manera sostenible la calidad de vida y el bienestar general.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Ortega (2022), realizó una investigación en Quito (Ecuador), denominada *Ansiedad y calidad de vida en adultos mayores residentes en el norte de Quito*. Aquí, el objetivo busca relacionar la ansiedad y la calidad de vida en adultos mayores. La muestra estuvo constituida por 60 adultos. Las variables fueron medidas con el Inventario de Ansiedad de Hamilton y Whoqol-Old de Calidad de vida. Como resultado se obtuvo que el 48 % presenta un nivel de ansiedad moderada-grave y el 35 % de los evaluados presentan una calidad de vida baja. En este sentido, se concluye que existe una correlación inversa entre las variables con un p valor de 0.707 y un valor de Pearson de $-0,049$, el cual indica que, si los niveles de calidad de vida aumentan, los niveles de ansiedad disminuirán y viceversa.

Cedeño (2023), llevó a cabo una investigación en Ecuador denominada *Relación entre ansiedad y calidad de vida en personas con discapacidad motora de Manabí*, teniendo como objetivo la relación entre ansiedad y calidad de vida en las personas con discapacidad motora. La muestra estuvo constituida por 177 personas. Las variables fueron medidas con el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI y la Escala de Calidad de Vida GENCAT. Como resultado, se obtuvo que el 53.1 % presenta un nivel de ansiedad estado alta, el 98.3 % presentan un nivel alto de ansiedad rasgo y el 67.8 % tiene una calidad de vida muy baja. Se concluye que existe una correlación entre las variables con un p valor de 0.003.

Fernandes et. al (2024), realizó una investigación en España denominada *Asociación de indicadores de calidad de vida y ansiedad con la capacidad física de las*

personas mayores, teniendo como objetivo estudiar la correlación de los indicadores de calidad de vida y ansiedad con la capacidad física de los ancianos. La muestra estuvo constituida por 12 adultos. Las variables fueron medidas con cuestionario BAI para ansiedad y cuestionario de calidad de vida (SF-36). Aquí, se concluye que existe una correlación significativa entre las variables con un p valor de 0.02 y un valor de Pearson de -0,65.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Amao (2024), realizó una investigación en Lima denominada *Ansiedad y calidad de vida en pacientes adultos derivados a pruebas de laboratorio en un Hospital público de Lima*, teniendo como objetivo determinar la relación entre las variables de estudio. La muestra de estuvo constituida por 85 pacientes. Las variables fueron medidas con el Inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario de Calidad de Vida y Salud InCaViSa. Como resultado, se obtuvo que el 18.5 % presenta un nivel moderado de ansiedad y el 23.5 % de los evaluados presentan un nivel muy bajo de calidad de vida. Aquí, se concluye que existe una relación significativa moderada entre ansiedad y calidad de vida con un p valor de 0,00 y un valor de rho=-0.71. Esto indica que si los pacientes presentan una ansiedad alta disminuirá la calidad de vida.

Barzola y Reyes (2023), llevaron a cabo una investigación en Lima denominada *Nivel de ansiedad y calidad de vida en cuidadores de pacientes con deterioro cognitivo de un centro psicológico de Lima*, teniendo como objetivo determinar la relación entre el nivel de ansiedad y calidad de vida en los cuidadores. La muestra estuvo constituida por 60 adultos. Las variables fueron medidas con la Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung y Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. Se concluye que existe una correlación entre las variables con un p valor de 0.001 y un valor de Rho Spearman de ,344.

Furlong y Mostacero (2022), realizaron una investigación en Chiclayo denominada *Asociación entre nivel de calidad de vida y ansiedad y depresión en pacientes con síndrome coronario agudo al alta hospitalaria en un centro de salud de la red EsSalud*, teniendo como objetivo estudiar la asociación de la calidad de vida y la prevalencia de ansiedad y depresión. La muestra de estuvo constituida por 85 pacientes. Las variables fueron medidas con el Inventario de Ansiedad de Hamilton y el Índice de Calidad Vida Adaptación de Mezzich. Como resultado, se obtuvo que el 70,6 % presenta una calidad de vida buena y el 78,8 % de los evaluados presentan ansiedad leve. Se concluye que la ansiedad es independiente a la calidad de vida (p. valor=0.772; $X^2=0,169$).

Finalmente, Chugnas y Sangay (2022), realizaron una investigación en Ica denominada *Nivel de ansiedad y calidad de vida en pacientes post-operados del hospital regional de Cajamarca*, teniendo como objetivo determinar de qué manera influye el nivel de ansiedad en la calidad de vida. La muestra de estuvo constituida por 39 pacientes. Las variables fueron medidas con el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo y la Escala de Calidad de Vida. Como resultado, se obtuvo que el 59 % presenta un nivel de ansiedad medio y el 49 % de los evaluados presentan una calidad de vida media. Se concluye que el nivel de ansiedad influye la calidad de vida de los pacientes (p. valor de 0,000 y un valor de Chi Cuadrado de 0,317).

2.1.3. Antecedentes locales

Maquera (2024), realizó una investigación en Ica denominada *Depresión, ansiedad y su relación con la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del Hospital base III Essalud Puno*, teniendo como objetivo determinar la relación entre la depresión y la ansiedad con la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica. La muestra de estuvo constituida por 78 pacientes. Las

variables fueron medidas con el Inventario de Ansiedad de Beck y la encuesta SF. Como resultado, se obtuvo que el 64.1 % presenta un nivel leve de depresión, el 1.28 % nivel moderado de ansiedad y el 32.05 % de los evaluados presentan una mala calidad de vida. Se concluye que existe una relación significativa entre la depresión y la calidad de vida con un p valor de 0,000 y un valor de Chi Cuadrado de 28.6136. Por otro lado, no se encontró una relación entre ansiedad y calidad de vida.

Castro et. al (2023), llevaron a cabo una investigación en Juliaca denominada *Relación entre el nivel de ansiedad y calidad de vida mediante el OHIP-14 en el Centro de Salud Jorge Chávez, Juliaca*, teniendo como objetivo establecer la relación que existe entre el nivel de ansiedad y la calidad de vida. La muestra de estuvo constituida por 109 pacientes. Las variables fueron medidas con la Escala de ansiedad de Corah modificada MDAS y OHIP-14. Como resultado se obtuvo que el 59.6 % presenta un nivel de ansiedad leve y el 14.7 % de los evaluados presentan una autopercepción negativa de calidad de vida. Se concluye que existe una relación alta entre las variables con un p valor de 0.000 y un valor de rho= 0,428.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Ansiedad

Zung (1965), indica que la ansiedad es un tipo de desorden que influye tanto en el estado emocional como en el bienestar físico de las personas. Este trastorno se divide en dos principales dimensiones. Por un lado, la dimensión afectiva que incluye respuestas emocionales como el temor y la preocupación desmedida. Por otro lado, la dimensión somática, se presenta mediante síntomas físicos como latidos rápidos y tensión en los músculos.

La ansiedad se caracteriza por una respuesta emocional similar al miedo, que incluye pensamientos sobre amenazas, sensaciones de inquietud, reacciones físicas y

respuestas motoras. Sin embargo, se diferencia del miedo en que tiene un carácter anticipatorio. Mientras que el miedo es una reacción inmediata a estímulos presentes y específicos, la ansiedad aparece cuando se anticipan peligros futuros, los cuales suelen ser vagos e impredecibles (Arias et. Al., 2022).

Según el DSM-5, que es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la ansiedad se entiende como una sensación de inquietud o la anticipación de un peligro inminente, que ocurre cuando resulta complicado comprender o enfrentar la realidad que nos rodea. Los ataques de pánico pueden aparecer en diferentes trastornos vinculados con la ansiedad, tales como las fobias sociales, las fobias específicas, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno de estrés agudo. En el caso de los ataques de pánico, este tipo de ansiedad se distingue de la ansiedad generalizada por su naturaleza episódica y su gran intensidad.

Torrents et. al, (2013), mencionan que la ansiedad es una respuesta emocional frente a la percepción de una amenaza o riesgo. Esta reacción, que tiene un enfoque anticipatorio y motivador, puede facilitar para que la persona se prepare para afrontar la situación. Sin embargo, cuando la ansiedad se vuelve excesiva y duradera, puede influir de manera significativa en la habilidad de la persona para manejar los problemas o el entorno que la provocan.

La Asociación Americana de Psiquiatría describe la ansiedad como una reacción emocional, se manifiesta a través de una preocupación intensa y duradera a un riesgo percibido o una amenaza futura. Esto se presenta junto a síntomas como el nerviosismo, problemas para enfocar la atención, la rigidez en los músculos y los trastornos del sueño, afectando de manera notable el desempeño social, laboral o educativo (APA, 2013).

Por su parte, Beck (1976), indica que los problemas de ansiedad persisten debido a pensamiento distorsionados, donde el individuo interpreta las circunstancias de manera

extrema y pesimista, lo que incrementa la sensación de peligro. Aquellas personas que padecen ansiedad tienden a interpretar los acontecimientos de manera más negativa alarmante de lo que intensifica su vigilancia y su inquietud. Estas alteraciones en el pensamiento, como el pensamiento negativo y dicotomía, provocan la anticipación de situaciones desfavorables, lo que genera una respuesta ansiosa.

La ansiedad se considera una emoción que influye en las reacciones fisiológicas y psicológicas. Esta puede aparecer como una reacción momentánea frente a una situación en particular o como una inclinación duradera a sentir ansiedad en diversas circunstancias (Spielberger et. al, 1970).

Viaggio (2023), asocia la ansiedad con el síndrome de desmoralización el cual es un estado en la que los individuos con enfermedades avanzadas sienten una intensa desesperación, una falta de propósito en la vida y preocupación por lo que vendrá en el futuro. Esta situación se presenta como una respuesta emocional a la interpretación de una vida sin objetivos, lo que produce un gran sufrimiento existencial. Los pacientes en etapa terminal pueden experimentar ansiedad al darse cuenta que su existencia está llegando a su fin sin haber cumplido sus metas o sin encontrar un fin a su vida. Esta preocupación no se relaciona únicamente con el miedo o la muerte, sino también con el sufrimiento emocional que surge de la incapacidad para asignar significado a la enfermedad y al proceso de fallecer.

En estos pacientes, la ansiedad también puede estar relacionada con la incertidumbre acerca de los tratamientos, los posibles efectos secundarios de los medicamentos y la expectativa de sufrimiento físico y emocional. También puede estar asociada al miedo de no poder morir de manera digna, lo que refuerza sentimientos de desesperanza y angustia. Si estos factores no se abordan adecuadamente, pueden generar

un nivel elevado de ansiedad que afecte significativamente la calidad de vida en la etapa final de la enfermedad (Viaggio, 2023).

En cuanto a los síntomas de ansiedad, Montes y Romo (2017), señalan que la ansiedad es un estado de agitación e inquietud que, cuando se presenta de forma frecuente, puede llegar a convertirse en un trastorno. Este estado provoca sensaciones recurrentes en la persona, que se manifiestan a través de síntomas somáticos, cognitivos y conductuales. Los síntomas somáticos incluyen cefaleas, mareos, temblores, sudoración, cansancio e insomnio. Los síntomas cognitivos, experimentan miedos, pensamientos irracionales y sentimientos de culpa. Los síntomas conductuales se expresan mediante irritabilidad, inquietud, evitación y aislamiento social.

Según la OMS (2023), las personas con trastornos de ansiedad suelen experimentar una preocupación o miedo excesivo frente a situaciones específicas, como una crisis de pánico o eventos sociales. En el caso del trastorno de ansiedad generalizada, esta preocupación abarca diversas situaciones cotidianas. Normalmente, estos síntomas persisten durante varios meses y a menudo resultan en la evitación de las circunstancias que desencadenan la ansiedad.

Según Reyes (2010), en el pasado se pensaba que la ansiedad era provocada exclusivamente por conflictos internos en la mente humana. Sin embargo, hoy se comprende que su origen es más amplio y puede estar relacionado con alteraciones en la química neuronal o influencias genéticas. La explicación más aceptada para niveles elevados de ansiedad radica en la interacción de diversos factores, los cuales son:

Factor biológico: Se refiere a la predisposición genética como una vulnerabilidad que puede influir en ciertos trastornos de ansiedad. Por ejemplo, según el DSM-IV, los familiares directos de personas con trastorno de pánico tienen entre cuatro y siete veces más probabilidades de desarrollar este mismo trastorno. En los trastornos obsesivo-

compulsivos, esta predisposición es más notable entre gemelos, mientras que las fobias sociales son más frecuentes en familiares cercanos de personas que las padecen.

Factores psicosociales: Factores como la situación económica, las relaciones familiares, el entorno laboral, las condiciones sociales, la salud y el bienestar emocional juegan un papel crucial en el desarrollo de la ansiedad. Estos actúan como detonante o incluso como causa principal al desarrollo de trastornos de ansiedad, o como el trastorno de ansiedad generalizada.

Factores traumáticos: Las experiencias fuera de lo habitual o extremadamente impactantes puede generar daños psicológicos y biológicos en el cerebro, lo que está relacionado con síntomas severos de ansiedad.

Factores cognitivos–conductuales: La ansiedad suele surgir por una percepción exagerada de las amenazas y una subestimación de la capacidad personal para enfrentarlas. Esto genera patrones de pensamiento distorsionados. Por ejemplo, una persona con ataques de pánico puede interpretar los síntomas como señales de un inminente ataque al corazón. Además, ciertos estímulos externos o situaciones previamente asociadas al miedo pueden desencadenar respuestas ansiosas.

Existen diversos enfoques que explican el fenómeno de la ansiedad, que abarcan una serie de dimensiones:

Enfoque psicofisiológico: James desarrolló la teoría periférica de la emoción y destacó la importancia del "sistema nervioso autónomo y somático", en la que planteó, que la emoción no es tanto una causa, sino un resultado de las variaciones corporales. En su enfoque, la percepción de un estímulo biológico relevante provoca cambios fisiológicos y motores en el cuerpo, a los cuales denominó "reacción emocional", y es esta reacción la que genera la experiencia emocional. Además, se da una relación causal

entre los distintos componentes de la emoción: la situación, la reacción emocional y la experiencia afectiva (Díaz, 2019).

Enfoque psicodinámico: Freud (1896) es uno de los principales exponentes de esta perspectiva, quien creó la teoría del psicoanálisis y surgió tres fases en su análisis de la ansiedad. Inicialmente, la describió como una acumulación de excitación física que buscaba liberarse a través de manifestaciones corporales, sin intervención de la mente. Luego, en el año 1917, propuso que esta energía se genera a causa de la represión de deseos inaceptables que buscan entrar en la conciencia. Finalmente, en su tercera consideración, Freud revisó su teoría y sostuvo que la represión más bien es un efecto y no la fuente de la ansiedad. Así, detalló la ansiedad como una respuesta interna advierte sobre una amenaza, originándose por los eventos traumáticos que se experimentan durante la infancia. Freud hizo una distinción entre la ansiedad automática y la ansiedad señalada, reconociendo estas como elementos que generan un estado de susceptibilidad.

Enfoque motivacional: Skinner (1938) investigó la forma en que el comportamiento de una persona es moldeado por el entorno, y cómo este cambia en función de las circunstancias. Desarrolló el concepto de "condicionamiento operante" también llamado instrumental, que explica cómo las experiencias previas actúan como reforzadores (positivos o negativos) influyendo en la probabilidad de que una conducta se repita. Los reforzadores positivos aumentan la probabilidad de que una acción vuelva a ocurrir, mientras que los negativos aumentan la probabilidad de una conducta al retirar un estímulo aversivo, no disminuye la probabilidad de una conducta que podría interferir con un resultado deseado. Por otro lado, Eysenck (1992), propuso el modelo de "incubación" para explicar cómo se condiciona la ansiedad. Según este modelo, si un estímulo condicionado se presenta sin un reforzador, no sería suficiente para extinguir la

respuesta ansiosa. En cambio, en situaciones contrarias, la respuesta de ansiedad podría mantenerse o incluso incrementarse.

Enfoque cognitivo conductual: Bandura, considerado el como el creador de la teoría cognitiva dentro del enfoque conductual, planteó en su teoría del aprendizaje social que las conductas humanas están guiadas por las expectativas del individuo. Diferenció dos tipos de expectativas: la de autosuficiencia, que se refiere a la creencia de la persona sobre su capacidad para llevar a cabo ciertas conductas con éxito, y la expectativa de resultado, que impulsa a realizar conductas específicas. A partir de esta información, Bandura propuso que se puede analizar o reconsiderar el entorno de un individuo, lo que podría incrementar o disminuir el valor asignado a ciertas situaciones. En este sentido, la ansiedad se considera una reacción personal que produce después de valorar o reconsiderar factores tanto estímulos como externos, influyendo en la intensidad, duración y tipo de emociones que se viven. Según esta teoría cognitiva, la ansiedad afecta la manera en que se procesa la información y la reacción del individuo ante los estímulos presentes en su entorno. La ansiedad patológica, específicamente, obstaculiza la atención, haciendo más difícil concentrarse en un objeto importante (Bandura, 1982).

Teoría de la ansiedad: Williams Zung (1971), formuló la teoría clásica de la ansiedad en la que describe la ansiedad como una combinación de emociones y pensamientos que puede hacer que una persona se sienta muy mal internamente, como si la persona estuviese atravesando por situaciones tormentosas. Según sus explicaciones, la ansiedad puede surgir como una reacción emocional y fisiológica frente a situaciones peligrosas o amenazantes. Zung indica que la ansiedad puede presentarse de diversas maneras. A nivel emocional, la persona puede experimentar una gran preocupación, nerviosismo o miedo continuo. A nivel fisiológico, puede presentar síntomas como palpitaciones, sudoración, rigidez muscular, y malestar general. Además de surgir

pensamientos negativos o repetitivos. A nivel neurológico, la ansiedad activa el sistema nervioso autónomo, en específico la respuesta de “lucha y huida”, que es la forma en la que el cuerpo se prepara para enfrentar un peligro o huir.

En 1970, Zung desarrollo una la Escala de Autovaloración de Ansiedad SAS, que sirve para evaluar el nivel de ansiedad en los individuos. Esta herramienta clasifica los síntomas en dos dimensiones: síntomas afectivos y síntomas somáticos. Una años después, en 1971, también contribuyo a la OMS a la clasificación de los distintos tipos de trastorno de ansiedad, facilitando así su diagnóstico y tratamiento (Zung, 1971).

De acuerdo con Zung (1965), la ansiedad se categoriza como una afección que influye a los individuos tanto emocionalmente como físicamente, y se clasifica en dos dimensiones principales que tratan estos dos elementos de la ansiedad: la dimensión afectiva y somática. Estas dos dimensiones están conectadas y son esenciales en cómo se manifiesta la ansiedad en las personas.

Dimensión afectiva: Está vinculada a los elementos emocionales y los desórdenes mentales, refiriéndose a como se reacciona emocionalmente ante situaciones que se consideran estresantes. Incluye la habilidad de las personas para ajustarse a condiciones particulares y guiar sus conductas en función a ellas. Comprende una variedad de emociones y respuestas que están relacionadas tanto como los instintos como con el subconsciente. Uno de los elementos fundamentales de esta área es la ansiedad, que se define por sensaciones de tenor, inquietud intensa y tensión emocional.

Las personas que sufren de ansiedad a menudo experimentan emociones profundas, como miedo, preocupación desmedida y tensión mental. En el ámbito de las emociones vinculas a esta problemática se pueden observar los siguientes puntos: inseguridad, donde las personas se sienten frágiles e incapaces de afrontar ciertos eventos o circunstancias; irritación, dado que quienes padecen ansiedad tienden a reaccionar de

manera exagerada a estímulos que otros podrían ver como insignificantes; agitación, que aparece como una sensación continua de incapacidad para calmarse, lo que puede causar pensamientos perturbadores; y miedo, un temor constante hacia situaciones comunes que son vistas como amenazas, a pesar de que a menudo no existan amenazas reales presentes.

Este componente afectivo muestra de qué manera las vivencias intensas pueden influir en la rutina cotidiana, modificando el estado general de la persona. La ansiedad emocional puede provocar un malestar emocional continuo, lo que repercute de manera desfavorable en el nivel de vida y las interacciones sociales de las personas.

Dimensión somática: Hace referencia al proceso de defensa que ocurre sin que la persona sea consciente, en el que, al no poder lidiar con la incomodidad emocional generada por la ansiedad, se manifiesta en forma de síntomas corporales. Así, las dificultades emocionales se transfieren a manifestaciones físicas, desatendiendo al sufrimiento psicológico que se encuentra presente.

Las personas que sufren de ansiedad somática a menudo se encuentran con diversos cambios físicos que muestran cómo les afecta emocionalmente por dentro. Algunos de estos síntomas son latidos del corazón acelerados, rigidez muscular o molestias en el cuerpo, cansancio sin razón aparente, sudoración, problemas para respirar o sensación de ahogo.

La ansiedad somática impacta no solo en la salud corporal, sino que también puede indicar un ciclo perjudicial, puesto que el malestar físico acentúa el malestar emocional, lo que agrava la sensación general de ansiedad. Este aspecto somático, es similar a la esfera emocional, que puede resultar extremadamente incapacitante, ya que los síntomas corporales pueden generar un malestar considerable que perjudica la salud mental y física. En muchas ocasiones, la aparición de estos síntomas puede complicar un

diagnóstico correcto, ya que tienden a ser considerados sobre todo como problemas físicos, cuando en realidad son la manifestación de un problema emocional.

2.2.2. Calidad de vida

La calidad de vida se refiere a cómo una persona aprecia su condición personal en relación con su contexto y los valores que le rodean, tomando en cuenta sus aspiraciones, expectativas, normas y preocupaciones. Este concepto incluye diversas áreas como el estado mental, la salud, el grado de autonomía y las relaciones personales. Analizar la calidad de vida ayuda a entender no solo la salud de una persona, sino que también su percepción del bienestar y su habilidad para enfrentar las dificultades cotidianas (WHO, 2014).

La calidad de vida es vista como un concepto que es complejo y compuesto por múltiples factores, integrado dos puntos de vista uno objetivo y subjetivo. La parte subjetiva está ligada al bienestar individual, la felicidad en la vida y las emociones favorables, que a menudo se vinculan a la alegría. En cambio, la parte objetiva incluye elementos relacionados con el desempeño social, físico y mental. La relación entre estos dos factores es la que establece la calidad de vida de una persona (Aponte, 2015).

López et al. (2019), enriquecen el concepto de la calidad de vida el cual se refiere a la manera en que una persona percibe su posición en el mundo, tomando en cuenta no solo su salud general, sino también su grado de autonomía, sus vínculos sociales y su relación con el medio ambiente. Este concepto muestra como varios elementos trabajan juntos de manera compleja para afectar el bienestar de cada persona.

Tomando en cuenta a López et al. (2016), en su adaptación al español, la calidad de vida se estructura en cuatro dimensiones principales, las cuales son evaluadas por el instrumento WHOQOL-BREF de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estas dimensiones ofrecen un enfoque integral para el análisis de la calidad de vida:

Salud física: Se refiere a cómo una persona percibe su estado corporal y su ausencia de enfermedades. Sentirse físicamente bien es un aspecto fundamental para tener una buena calidad de vida. Incluye la capacidad para realizar actividades cotidianas, el nivel de dependencia de medicamentos y atención médica, así como a la presencia de fatiga, dolor, incomodidad y calidad del sueño.

Salud psicológica: Es la percepción del estado cognitivo y afectivo, es decir, cómo una persona se siente con respecto a sus pensamientos y emociones. Incluye cuestiones como sentirse bien con uno mismo, tener una buena imagen personal, experimentar emociones positivas, manejar bien las emociones negativas y creer en uno mismo. También, se relaciona con cómo pensamos, tomamos decisiones y enfrentamos los problemas del día a día.

Relaciones sociales: Se enfoca a la calidad de las relaciones que una persona tiene con otras y al apoyo que recibe de su familia, amigos y comunidad. Esto incluye cómo se siente la persona en sus interacciones y si tiene el apoyo necesario para enfrentar los desafíos de la vida.

Relaciones ambientales: Comprende factores como la situación económica, la seguridad física, el acceso a servicios de salud y apoyo social, las condiciones del hogar, las oportunidades de aprendizaje, las actividades recreativas y el entorno físico en general.

Nava (2012), divide la calidad de vida en cuatro aspectos clave. En cuanto a la calidad de vida y la felicidad, este enfoque sugiere evaluar la calidad de vida según el grado de felicidad o satisfacción que una persona siente al cumplir con sus necesidades y deseos personales. Las necesidades humanas se dividen en tres categorías: Naturales y necesarias, los cuales son esenciales y generan incomodidad si no se satisfacen, como la alimentación y el refugio, siendo relativamente fáciles de cubrir. Las naturales, pero no necesarias, incluyen aspectos como el placer sexual, que son importantes, pero más

difíciles de satisfacer. Las no naturales ni necesarias, están relacionadas con el lujo y el exceso, como la ostentación y la abundancia, cuya satisfacción resulta compleja y demandante.

Calidad de vida instrumental: Este aspecto presenta una perspectiva práctica y se enfoca en la mejora de habilidades y la adquisición de objetos materiales. En este contexto, el bienestar se relaciona con la acumulación de bienes y éxitos personales, ignorando los principios éticos y comunitarios. La competencia desmedida y la búsqueda de éxito material caracterizan esta visión.

Calidad de vida significativa: Subraya el valor de las normas éticas y la esfera interior de la persona. Se considera no únicamente a una persona como individuo sino como integrante de una sociedad. Este enfoque prioriza la satisfacción de las necesidades básicas y fomenta valores colectivos ligados a la cultura y las tradiciones de la sociedad. Se entiende como un proceso que se construye con el tiempo dentro de la propia comunidad.

Calidad de vida y ética de las capacidades: Esta perspectiva se enfoca en las habilidades y elecciones que poseen las personas para determinar cómo desean vivir. Se sostiene que la calidad de vida depende de las acciones que cada persona puede llevar a cabo, tales como servicios de salud, empleo, interacciones sociales, educación. Todas ellas resaltan la relevancia de poder elegir sobre el modo de vida y las aspiraciones que posea.

Los enfoques sobre la calidad de vida pueden verse como una relación entre los factores biológicos, socioculturales y psicológicos de los individuos. Este balance impacta en la manera en que abordan ante las circunstancias diarias y en cómo sus acciones influyen en su entorno y en su salud física y emocional (Nava, 2012).

El enfoque de la Organización Mundial de la Salud sobre la calidad de vida: Se entiende como la valoración que un individuo realiza sobre su funcionamiento en diferentes aspectos de su vida, considerando tanto elementos objetivos como sus propias evaluaciones de felicidad o descontento (Cornejo, 2016). Este enfoque se clasifica en seis componentes clave:

Dominio físico: Abarca componentes que están vinculados al bienestar corporal de un individuo como la energía, cansancio, malestares, la vida sexual, la calidad sueño y reposo. También toma en cuenta las funciones sensoriales, que influyen la forma en como percibimos y reaccionamos ante nuestro entorno. Mantener una buena salud física es fundamental para vivir de manera completa y poder involucrarse de forma activa en las tareas cotidianas.

Dominio psicológico: Comprende el manejo de emociones y sentimientos, y la habilidad para aprender, la memoria, atención y autoestima. Que a su vez se centra en la existencia de emociones adversas, tales como la tristeza y ansiedad, que pueden influir en la percepción global de la propia existencia. Lograr un balance emocional es fundamental para el bienestar integral.

Grado de independencia: Se refiere a la habilidad de un individuo para llevar a cabo acciones diarias por su cuenta. Esto abarca la movilidad corporal y la destreza para realizar tareas cotidianas. Asimismo, considera la necesidad de medicaciones o cuidados médicos, la utilización de sustancias y competencia para interactuar de forma efectiva con los demás. La independencia es fundamental para preservar la dignidad y mejorar la calidad de vida.

Relaciones sociales: Incluye las conexiones personales, el respaldo social y las acciones que favorecen el crecimiento y acompañamiento entre las personas que le rodean.

Medio ambiente: Incluye aspectos como la autonomía individual, la protección personal, el ambiente doméstico, la realización laboral, la situación económica, la disponibilidad de atención médica y servicios, así como las posibilidades de educación.

Espiritualidad: Se trata de las convicciones individuales y religiosas que posee una persona, así como la forma en que estas afectan su comprensión del propósito y la búsqueda de su existencia. El espiritualismo abarca más que solo la adoración religiosa, ya que también incluye el modo en que cada ser humano persigue y busca el significado de su vida y de las cosas, la unión y una guía en su vida, lo que interpreta como consuelo, alivio y fortaleza emocional.

La teoría de las necesidades humanas: El psicólogo de Abraham Maslow establece una clasificación jerárquica que una persona debe cumplir para satisfacerse de manera secuencial para alcanzar el bienestar y crecimiento personal. En este enfoque, las necesidades básicas, tales como las fisiológicas como el agua, la alimentación, y las que están relacionadas con la seguridad como protección y estabilidad, son las primeras en ser atendidas. Después de cumplir con estas, los individuos se enfocan en satisfacer necesidades más complejas, como las interacciones sociales (vínculos afectivos), las de autoestima (aprecio y confianza en uno mismo) y, en último lugar, las de autorrealización que es crecimiento personal y el cumplimiento de metas. De acuerdo a esta teoría la calidad de vida se evalúa según el grado de satisfacción conseguido, donde las necesidades fundamentales aseguran un bienestar básico, mientras que el cumplimiento de las necesidades complejas ayuda a llevar una vida más satisfactoria (Maslow, 1943).

El modelo de la Adaptación Hedónica de Brickman y Campbell, plantearon que las personas tienen una capacidad natural para adaptarse a las circunstancias de su vida, ya sean positivas o negativas. Este proceso de adaptación implica que los eventos externos, como un cambio en los ingresos o en la salud, influyen temporalmente en la

calidad de vida, pero las personas eventualmente regresan a un nivel estable de bienestar emocional. Según esta teoría, mientras los factores externos pueden aportar mejoras temporales, el bienestar a largo plazo depende principalmente de aspectos internos, como la actitud, las habilidades psicológicas y las percepciones personales (Nava, 2012).

2.3. Definición de términos básicos

Ansiedad: Es una respuesta emocional caracterizada por un estado de preocupación excesiva y persistente ante un peligro percibido o una amenaza futura (APA, 2013).

Dimensión afectiva: Es la capacidad del ser humano para adaptarse a situaciones específicas y orientar sus acciones (Zung, 1965).

Dimensión somática: Se trata de un proceso defensivo automático donde un individuo, al no sentirse preparado para lidiar con su dolor emocional, lo convierte esa angustia en señales físicas. Esta transformación ocurre sin que la persona se dé cuenta de que su malestar emocional está siendo expresado a través de su cuerpo (Zung, 1965).

La calidad de vida: Se refiere a la manera en que un individuo siente su posición en el mundo en relación con su contexto y los principios que posee. Esta sensación considera sus aspiraciones, esperanzas, reglas y temores, y se manifiesta en su salud y bienestar (WHO, 2014).

Salud física: Es la manera en que un individuo considera su condición corporal, especialmente cuando no presenta dificultades o problemas de salud. El cual tiene que ver con la impresión general al sentirse bien (López et al., 2016).

Salud psicológica: Es la forma en que una persona analiza su estado mental y psicológico, abarcando sus destrezas y su bienestar tanto emocional como mental. Es decir, la forma en que alguien ve su salud emocional y su capacidad para enfrentar los desafíos mentales (López et al., 2016).

Relaciones sociales: Se enfoca a cómo se siente la persona en sus interacciones y si tiene el apoyo necesario para enfrentar los desafíos de la vida (López et al., 2016).

Relaciones ambientales: Comprende factores como la situación económica, la seguridad física, el acceso a servicios de salud y apoyo social, las condiciones del hogar, las oportunidades de aprendizaje, las actividades recreativas y el entorno físico en general (López et al., 2016).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

H1: Existe una relación significativa entre la ansiedad y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada de Juliaca–Puno en el año 2025.

H0: No existe una relación significativa entre la ansiedad y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada de Juliaca–Puno en el año 2025.

3.1.2. Hipótesis específicas

H1. Existe relación significativa entre ansiedad y la dimensión salud física en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada de Juliaca–Puno en el año 2025.

H2. Existe relación significativa entre ansiedad y la dimensión salud psicológica en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada de Juliaca–Puno en el año 2025.

H3. Existe relación significativa entre ansiedad y la dimensión relaciones sociales en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada de Juliaca–Puno en el año 2025.

H4. Existe relación significativa entre ansiedad y la dimensión relaciones ambientales en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada de Juliaca–Puno en el año 2025.

3.2. Variables

Definición operacional de Ansiedad:

La ansiedad es un estado emocional caracterizado por una sensación persistente de miedo y preocupación, acompañada de manifestaciones tanto afectivas como somáticas. Representa una respuesta del organismo ante situaciones percibidas como amenazantes o estresantes, que pueden afectar significativamente el funcionamiento físico y psicológico de la persona. Para su evaluación, se empleará la Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung (EAA), que mide el nivel de síntomas afectivos y somáticos experimentados por el individuo. Esta herramienta incluye 20 ítems que abarcan dos dimensiones: Afectivas (compuesta por los ítems 1, 2, 3, 4, 5) y Somáticas (compuesta por los ítems 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20), cuya calificación es de tipo escala Likert donde: 1= nunca o rara vez, 2= algunas veces, 3=buen número de veces y 4= la mayoría de las veces.

Definición operacional de Calidad de vida:

La calidad de vida es la forma en que una persona observa su bienestar en diferentes aspectos, como la salud física, emocional, mental, social y el entorno donde vive. Para medirlo, se usará el Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, que fue creado por la OMS, el cual consta de 26 ítems. Dos de ellos son generales y los 24 ítems restantes se dividen en 4 dimensiones, las cuales son: salud física, salud psicológica, relaciones sociales, y ambientales. Cada ítem será calificado en una escala Likert que va de 1 a 5, permitiendo una evaluación detallada de las diferentes áreas que componen la calidad de vida del individuo.

3.3. Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de las variables calidad de vida y ansiedad

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala
Calidad de vida	La calidad de vida es definida como la manera en que un individuo percibe su propia situación dentro del contexto cultural, considerando sus objetivos, expectativas, valores e intereses (OMS, 1988).	Preguntas introductorias (no pertenecen a ninguna dimensión)		1,2	Ordinal
		Salud física	Dolor e incomodidad, energía y fatiga, actividad de la vida diaria, dormir y descansar, capacidad de trabajo, dependencias de sustancias medicinales, movilidad.	3,4,10,15,16, 17,18	
		Salud psicológica	Sentimientos positivos, religión y creencias personales, aprendizaje, memoria y concentración, autoestima, imagen corporal, sentimientos negativos.	5,6,7,11,19,26	

Ansiedad	Es una respuesta emocional caracterizada por un estado de preocupación excesiva y persistente ante un peligro percibido o una amenaza futura (Zung, 1965).	Relaciones sociales	Relaciones personales, actividad sexual, apoyo social	20,21,22	Ordinal
		Relaciones ambientales	Recursos financieros, oportunidad de actividades recreativas y ocio, oportunidad para adquirir conocimientos y habilidades, seguridad física y protección, asistencia social y accesibilidad, entorno físico, movilidad.	8,9,12,13,14,23,24 y 25	
		Afectivo	Ansiedad, miedo, desintegración mental y aprehensión.	1,2,3,4 y 5	
		Somático	Pesadillas, insomnio, sensación de calor, frecuencia urinaria, náusea, desmayo, parestesia, vómito, sudoración, vértigo, aceleración cardíaca, agitación, cansancio, dolores musculares, temblores.	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 19 y 20	

Nota. Elaboración propia.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Método de investigación

4.1.1. Tipo

Es de tipo básica. De acuerdo con Vizcaino et. al (2023), este enfoque tiene como objetivo generar y descubrir nuevo conocimiento, con la finalidad de enriquecer y expandir los postulados teóricos de una disciplina específica. Mediante este tipo de estudio, se pretende profundizar la comprensión y la base conceptual del área de investigación, ayudando de esta forma al aporte científico.

4.1.2. Enfoque

Es de enfoque cuantitativo, caracterizándose por la recolección y evaluación de datos numéricos, con el objetivo de descubrir la relación y correlación entre diferentes variables. Este enfoque aplica técnicas estadísticas evaluar fenómenos de manera objetiva, utilizando instrumentos como cuestionarios y evaluaciones confiables (Hernández & Mendoza, 2018).

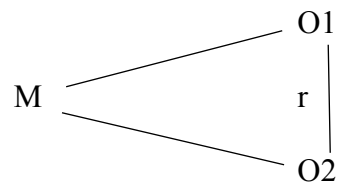
4.1.4. Diseño

El diseño es no experimental porque los datos se recolectaron en su ambiente natural, sin alterar ni cambiar las variables que se estaban estudiando (Arias & Covinos, 2021). Este tipo de diseño es útil para estudiar la relación entre variables de estudio.

4.1.5. Nivel

El presente estudio corresponde al nivel correlacional. Según Arias y Covinos (2021), el propósito de este nivel es analizar la relación o correlación entre dos o más variables de estudio sin intervenir directamente sobre ellas.

Para ello, se presenta el siguiente esquema:



Donde:

M = Muestra

O1 = Variable Ansiedad

O2 = Variable Calidad de vida

r = Relación

4.2. Población

La población se define como el conjunto de objetos o sujetos que comparten características comunes y que pueden ser medidos, ya sean finitos o infinitos (Hernández et al., 2014). La población en la presente investigación estuvo compuesta por 150 pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada de la ciudad de Juliaca.

Tabla 2

Población de estudio

SEXO	NÚMERO DE PACIENTES
Mujeres	78
Varones	72
Total	150

Nota. Elaboración propia.

4.3. Muestra

La selección de la muestra en este estudio se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico de tipo censal. El muestreo censal, de acuerdo con Hernández et. al

(2014), es cuando se toma en cuenta a todos los elementos de la población para el estudio. En lugar de seleccionar una muestra representativa, se recopilan datos de toda la población disponible, lo que permite obtener una información más completa.

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes con problemas de insuficiencia renal crónica.
- Pacientes que firmen la ficha de consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no sean atendidos en Alksa Inversiones Biomédicas SAC-CENDIAL de Juliaca.
- Pacientes que presenten o estén diagnosticados con problemas mentales.
- Pacientes que no firmen el consentimiento voluntariamente.

4.4. Técnicas de recolección de datos

Para la recolección de datos, se empleó la técnica de la encuesta que consiste en un conjunto de preguntas con respuesta preestablecidas. Teniendo en cuenta a Hernández et. al (2014), esta técnica se basa en un conjunto de preguntas estandarizadas para obtener información de una muestra representativa. Utilizada en estudios cuantitativos, la encuesta puede incluir preguntas cerradas o abiertas, lo que permite a los investigadores obtener respuestas.

4.5. Instrumentos para recolección de datos

4.5.1. Instrumentos

Se emplearon los siguientes: La Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung (EAA) y el Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF.

Ficha técnica de la variable Ansiedad

Nombre del instrumento: Escala de autovaloración de Ansiedad EAA

Autor: William W.K. Zung

Año: 1971

Adaptado a contexto peruano: Luis Astocondor (2001).

Población: El instrumento fue adaptado a adolescentes y adultos

Finalidad de la prueba: Evalúa el nivel de ansiedad del individuo

Dimensiones: Somáticos y Afectivos

Numero de ítems: 20

Método de respuesta: Las respuestas son cuantificadas en una escala tipo Likert de 4 puntos donde 1=Nunca o casi nunca, 2=A veces, 3=Frecuentemente y 4= Siempre o casi siempre.

Validez: La validez del instrumento fue determinada mediante el criterio de jueces, alcanzando inicialmente un puntaje de 0.80, el cual se incrementó a 0.90 al aplicar el Coeficiente V de Aiken con un nivel de significancia de 0.05 (Astocondor, 2001).

Así mismo, en la investigación de García (2024) la validez del instrumento de ansiedad de Zung, de la adaptación de Astocondor, fue determinada mediante el criterio de juicio de expertos.

Confiabilidad: La confiabilidad de la consistencia interna, fue evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach que oscila entre 0.80 y 0.85 en promedio (Astocondor, 2001).

A su vez, en el estudio de García (2024), la confiabilidad del instrumento se realizó mediante el Alfa de Cronbach obteniendo un valor de 0.881 el cual indica que es viable. Esta investigación se realiza en adultos mayores durante la COVID.

Ficha técnica de la variable Calidad de vida

Nombre del instrumento: Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL BREF

Autor: Organización Mundial de la Salud

Año: 1998

Adaptado a contexto peruano: Castillo y Cueva (2019).

Población: El instrumento fue adaptado a pacientes oncológicos

Finalidad de la prueba: Evaluar la calidad de vida en cuatro dimensiones principales.

Dimensiones: Salud física, salud psicológica, relaciones sociales, ambiente.

Numero de ítems: 26, de las cuales 2 son generales (introductorias).

Método de respuesta: Empleando una escala Likert con diferentes tipos de escala de medición para cada dimensión con una puntuación que va de 1 a 5.

Validez: La validez de constructo se realizó mediante el análisis factorial, obteniendo valores entre 0.12 y .87, lo cual indica niveles aceptables (Castillo & Cueva, 2019).

Confiabilidad: La confiabilidad del instrumento se determinó mediante coeficientes McDonald, cuyos valores oscilan entre .71 y .84 y mediante el coeficiente de H encontrando un valor de .76 a .89, valores que indica una consistencia aceptable alta (Castillo & Cueva, 2019).

4.6. Descripción de procesamiento de análisis

El análisis de los datos se llevó a cabo en varias etapas, siguiendo un proceso organizado. Primero, se redactó una carta de autorización dirigida a la clínica, lo que permitió realizar la evaluación de los pacientes. Luego, los datos recopilados se registraron en una base de datos estructurada usando el programa Microsoft Excel. En esta fase, se ingresó de manera ordenada todos los datos relevantes, asegurando su correcta organización para su posterior análisis.

A continuación, se procedió con el análisis de datos recolectados. La base de datos recopilada fue exportada al software estadístico IBM SPSS versión 25, donde se realizó el análisis siguiente:

El análisis descriptivo se realizó utilizando los porcentajes obtenidos, con el propósito de ver las características y establecer los niveles de las variables estudiadas. Al obtener los niveles de cada variable estas fueron organizados y mostrados en tablas y gráficos para hacer más sencilla su comprensión.

Por otro lado, el análisis inferencial se realizó en primer inicio con el objetivo de comparar las hipótesis formuladas en la investigación. Para ello, se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov, que es apropiada para una muestra que supera los 50 participantes (Romero, 2016). Esta se emplea para determinar si los datos presentan una distribución normal. La prueba de normalidad se llevó a cabo utilizando el estadístico no paramétrico de Rho Spearman. Esta evaluación estadística facilitó analizar la relación que existe entre las variables, y ver si las hipótesis planteadas inicialmente son aceptadas o rechazadas. Los hallazgos que se obtuvieron son fundamentales para determinar el objetivo de la investigación y en base de ello realizar las conclusiones relevantes que contribuyen a la investigación.

4.7. Consideraciones éticas

Se realizó de acuerdo con los principios éticos fundamentales que incluyen cuatro reglas morales, conforme al código de la American Psychological Association (APA, 2017). En la presente investigación se aseguró la protección completa de los derechos y el bienestar de los participantes. A su vez, fueron verificados por el comité de ética de la casa de estudios.

Autonomía: Los evaluados eligieron libremente su participación en la investigación. Para ello firmaron un consentimiento informado, donde se detalló de manera sencilla los objetivos y métodos de la investigación.

Justicia: Se tuvo en cuenta un trato equitativo y sin discriminación, sin importar su sexo, edad, situación social o cultural.

Beneficencia: Tuvo como objetivo ampliar la información que favorezca el bienestar de los participantes, apoyando a la elaboración de estrategias para mejorar y favorecer la calidad de vida mediante el manejo de ansiedad ante situaciones similares.

No maleficencia: Se implementaron todas las medidas necesarias para evitar cualquier daño físico, psicológico o social a los participantes. Los procedimientos de recolección de datos fueron medidos cuidadosamente para minimizar riesgos, garantizando que no se produzcan consecuencias negativas para su integridad.

CAPITULO V
RESULTADOS Y DISCUSIONES

5.1. Resultados

Tabla 3

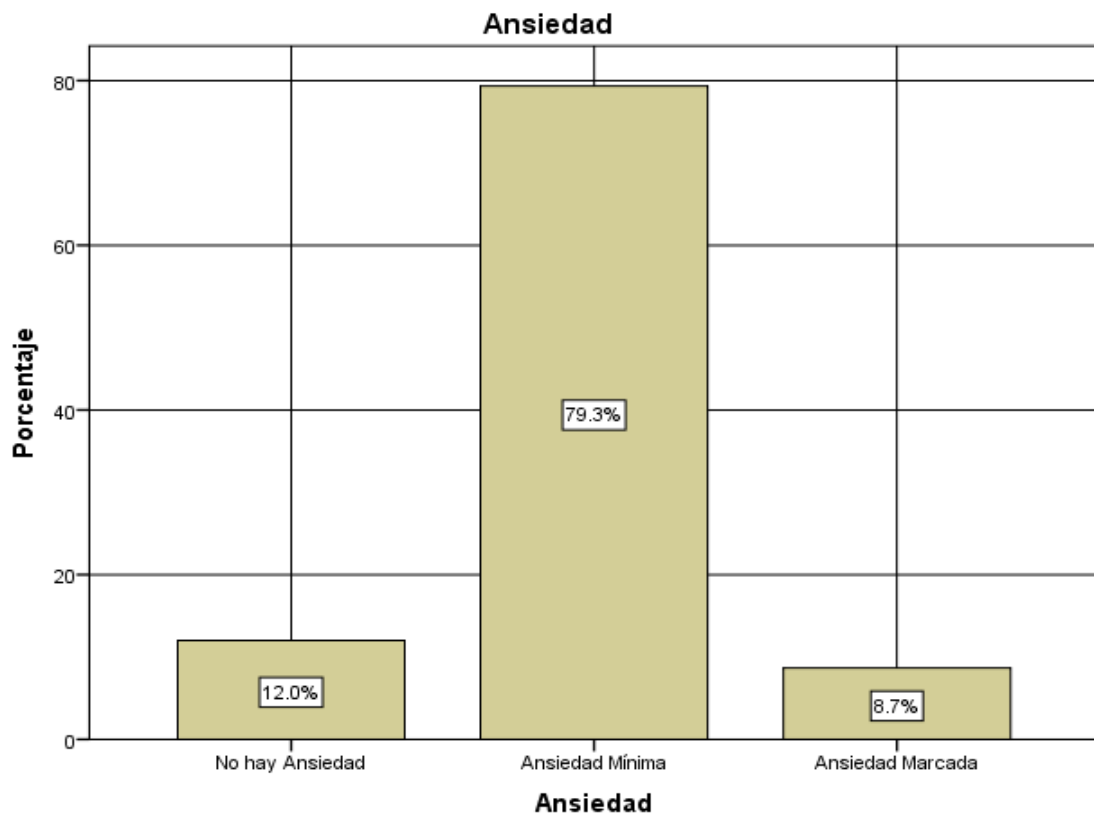
Nivel de Ansiedad en pacientes con insuficiencia renal

Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
No hay Ansiedad	18	12.0
Ansiedad Mínima	119	79.3
Ansiedad Marcada	13	8.7
Total	150	100.0

Nota. Elaboración propia.

Figura 1

Nivel de Ansiedad en pacientes con insuficiencia renal



La Tabla 3 presenta la distribución de los niveles de ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica. El 79.3 % (n = 119) presentó ansiedad mínima, el 12 % (n = 18) de los pacientes no presentó ansiedad y el 8.7 % (n = 13) presentó ansiedad marcada, lo que indicó que una minoría experimentó niveles elevados de ansiedad.

Estos resultados reflejaron que, si bien la mayoría de los pacientes experimentó algún grado de ansiedad, en su mayoría fue leve. Sin embargo, la presencia de un grupo con ansiedad marcada sugirió la necesidad de intervenciones para abordar su impacto en la calidad de vida y la salud general de estos pacientes.

Tabla 4

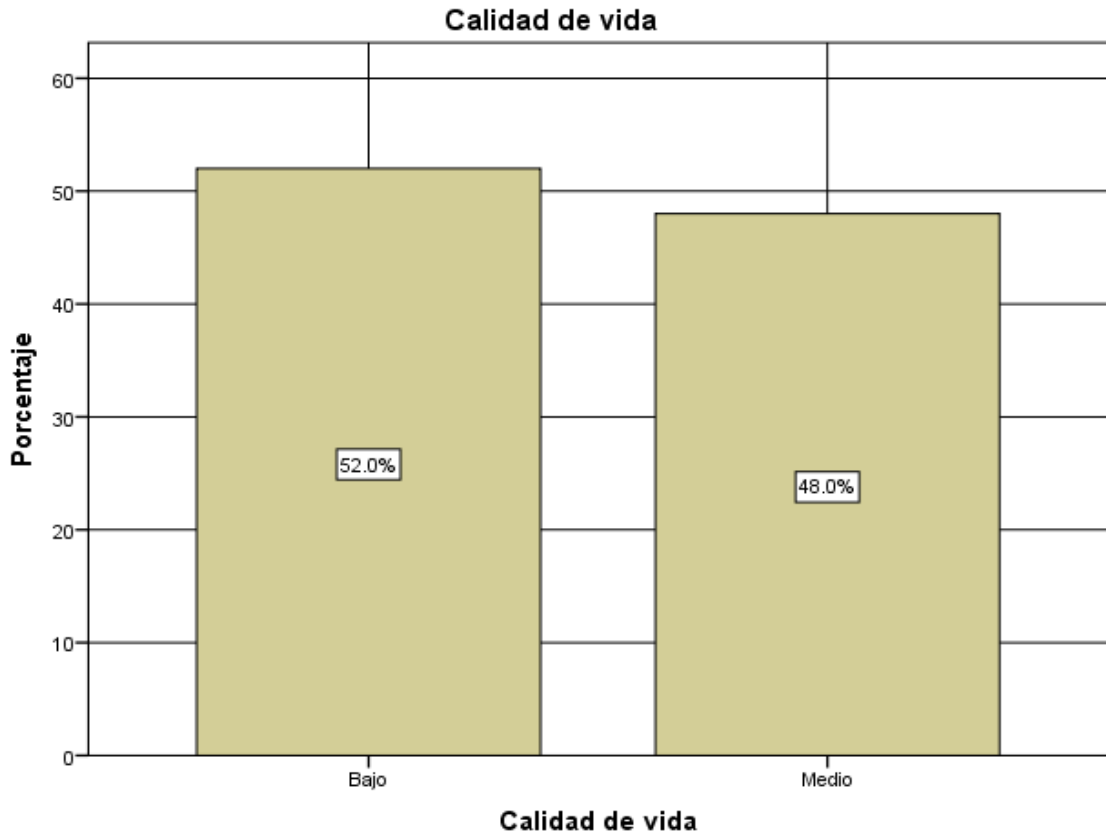
Nivel de calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica

Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	78	52.0
Medio	72	48.0
Total	150	100.0

Nota. Elaboración propia.

Figura 2

Nivel de calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica



La Tabla 4 presenta la distribución de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica. El 52 % (n = 78) de los pacientes reportó una calidad de vida baja, y el 48 % (n = 72) reportó una calidad de vida media.

Estos resultados indicaron que más de la mitad de los pacientes percibió su calidad de vida como baja, lo que sugirió una afectación significativa en su bienestar general. La ausencia de pacientes con una calidad de vida alta resaltó la necesidad de intervenciones que mejoren sus condiciones físicas, psicológicas y sociales.

Prueba de normalidad

H0: Los datos tienen distribución normal $p > 0,05$

H1: Los datos no tienen distribución normal

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Tabla 5

Pruebas de normalidad

	Kolmogórov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Ansiedad	.409	150	.000
Calidad de vida	.351	150	.000
Salud física	.361	150	.000
Salud psicológica	.362	150	.000
Relaciones sociales	.426	150	.000
Relaciones ambientales	.430	150	.000

Nota. Elaboración propia.

En esta investigación se utilizó una muestra de 150 participantes. Para analizar la normalidad de los datos, se aplicó la prueba de Kolmogórov-Smirnov, obteniendo resultados menores a 0.05. Esto indica que los datos no siguen una distribución normal. Por lo tanto, se utilizó la prueba Rho de Spearman para realizar las pruebas de hipótesis.

Contrastación de hipótesis

Hipótesis General

Hipótesis Nula (H0):

No existe una relación significativa entre la ansiedad y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada de Juliaca–Puno en el año 2025.

Hipótesis Alterna (H1):

Existe relación significativa entre la ansiedad y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada de Juliaca–Puno en el año 2025.

Tabla 6

Prueba de Correlación entre ansiedad y calidad de vida

		Ansiedad	Calidad de vida
	Coeficiente de correlación	1.000	-.282**
	Sig. (bilateral)	.	.000
Rho de Spearman	N	150	150
	Coeficiente de correlación	-.282**	1.000
	Sig. (bilateral)	.000	.
	N	150	150

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Esta tabla presentó el coeficiente de correlación de Spearman entre la ansiedad y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica. Se obtuvo un coeficiente de correlación de $\rho = -0.282$, lo que indicó una correlación negativa baja y significativa entre la ansiedad y la calidad de vida. El valor de significancia bilateral ($p = 0.000$) fue menor a 0.05, lo que confirmó que la correlación fue estadísticamente significativa por ende se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

La dirección negativa de la correlación sugirió que, a mayor ansiedad, menor calidad de vida en los pacientes estudiados.

Aunque la magnitud de la correlación fue baja, los resultados señalaron una posible relación inversa entre ambas variables, lo que reforzó la importancia de manejar adecuadamente los niveles de ansiedad en esta población para mejorar su calidad de vida.

Prueba de Hipótesis específica 1

Hipótesis Nula (H0):

No existe una relación significativa entre la ansiedad y la dimensión salud física en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada de Juliaca–Puno en el año 2025.

Hipótesis Alterna (H1):

Existe una relación significativa entre la ansiedad y la dimensión salud física en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada de Juliaca–Puno en el año 2025.

Tabla 7

Prueba de Correlación entre ansiedad y la dimensión salud física

		Ansiedad	Salud física
Ansiedad	Coefficiente de correlación	1.000	-.316**
	Sig. (bilateral)	.	.000
	N	150	150
Salud física	Coefficiente de correlación	-.316**	1.000
	Sig. (bilateral)	.000	.
	N	150	150

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Esta tabla mostró el coeficiente de correlación de Spearman entre la ansiedad y la salud física en pacientes con insuficiencia renal crónica. Se obtuvo un coeficiente de correlación de $\rho = -0.316$, lo que indicó una correlación negativa baja y significativa entre la ansiedad y la salud física. El valor de significancia ($p = 0.000$) fue menor a 0.05, lo que confirmó que la correlación fue estadísticamente significativa por ende se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

La dirección negativa de la correlación sugirió que, a mayor ansiedad, menor salud física en los pacientes analizados.

Aunque la magnitud de la correlación fue baja, los resultados indicaron que los pacientes con mayores niveles de ansiedad tendieron a presentar un deterioro en su salud

física, lo que resaltó la relevancia de abordar la ansiedad para mejorar el bienestar físico de esta población.

Prueba de Hipótesis específica 2

Hipótesis Nula (H0):

No existe una relación significativa entre la ansiedad y la dimensión salud psicológica en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada de Juliaca–Puno en el año 2025.

Hipótesis Alterna (H1):

Existe una relación significativa entre la ansiedad y la dimensión salud psicológica en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada de Juliaca–Puno en el año 2025.

Tabla 8

Prueba de Correlación entre ansiedad y la dimensión salud psicológica

			Ansiedad	Salud psicológica
Ansiedad	Coefficiente de correlación		1.000	-.319**
	Sig. (bilateral)		.	.000
Rho de Spearman	N		150	150
Salud psicológica	Coefficiente de correlación		-.319**	1.000
	Sig. (bilateral)		.000	.
	N		150	150

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Esta tabla presenta el coeficiente de correlación de Spearman entre la ansiedad y la salud psicológica en pacientes con insuficiencia renal crónica. Se obtuvo un coeficiente de correlación de $\rho = -0.319$, lo que indicó una correlación negativa baja y significativa entre la ansiedad y la salud psicológica.

El valor de significancia ($p = 0.000$) fue menor a 0.05, lo que confirmó que la correlación fue estadísticamente significativa por ende se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

La dirección negativa de la correlación sugirió que, a mayor ansiedad, menor salud psicológica en los pacientes evaluados.

Dado que la magnitud de la correlación fue baja, los resultados indicaron que la ansiedad tuvo un impacto significativo en el bienestar psicológico de los pacientes, resaltando la importancia de gestionar los niveles de ansiedad para mejorar su estado emocional y mental.

Prueba de Hipótesis específica 3

Hipótesis Nula (H0):

No existe una relación significativa entre la ansiedad y la dimensión relaciones sociales en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada de Juliaca–Puno en el año 2025.

Hipótesis Alterna (H1):

Existe una relación significativa entre la ansiedad y la dimensión relaciones sociales en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada de Juliaca–Puno en el año 2025.

Tabla 9

Prueba de Correlación entre ansiedad y la dimensión relaciones sociales

		Ansiedad	Relaciones sociales
Ansiedad	Coefficiente de correlación	1.000	-.313**
	Sig. (bilateral)	.	.000
Rho de Spearman	N	150	150
Relaciones sociales	Coefficiente de correlación	-.313**	1.000
	Sig. (bilateral)	.000	.
	N	150	150

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Esta tabla muestra el coeficiente de correlación de Spearman entre la ansiedad y las relaciones sociales en pacientes con insuficiencia renal crónica. Se obtuvo un coeficiente de correlación de $\rho = -0.313$, lo que indicó una correlación negativa baja y significativa entre la ansiedad y las relaciones sociales. El valor de significancia ($p = 0.000$) fue menor a 0.05, lo que confirmó que la correlación fue estadísticamente significativa por ende se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

La dirección negativa de la correlación sugirió que, a mayor ansiedad, menor calidad en las relaciones sociales de los pacientes evaluados.

Aunque la magnitud de la correlación fue baja, estos resultados señalaron que los pacientes con mayores niveles de ansiedad tendieron a experimentar un deterioro en sus relaciones sociales, lo que destacó la necesidad de intervenciones que promuevan el bienestar emocional para mejorar sus interacciones sociales.

Prueba de Hipótesis específica 4

Hipótesis Nula (H0):

No existe una relación significativa entre la ansiedad y la dimensión ambiental en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada de Juliaca–Puno en el año 2025.

Hipótesis Alterna (H1):

Existe una relación significativa entre la ansiedad y la dimensión relaciones ambientales en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada de Juliaca–Puno en el año 2025.

Tabla 10

Prueba de Correlación entre ansiedad y la dimensión relaciones ambientales

		Ansiedad	Relaciones ambientales
Ansiedad	Coefficiente de correlación	1.000	-.259**
	Sig. (bilateral)	.	.001
Rho de Spearman	N	150	150
Relaciones ambientales	Coefficiente de correlación	-.259**	1.000
	Sig. (bilateral)	.001	.
	N	150	150

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Esta tabla muestra el coeficiente de correlación de Spearman entre la ansiedad y la dimensión relaciones ambientales en pacientes con insuficiencia renal crónica.

Se obtuvo un coeficiente de correlación de $\rho = -0.259$, lo que indicó una correlación negativa baja y significativa entre la ansiedad y la dimensión relaciones ambientales.

El valor de significancia ($p = 0.001$) fue menor a 0.05, lo que confirmó que la correlación fue estadísticamente significativa por ende se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

La dirección negativa de la correlación sugirió que, a mayor ansiedad, menor percepción de un entorno favorable en los pacientes estudiados.

Aunque la magnitud de la correlación fue baja, los resultados indicaron que niveles elevados de ansiedad estuvieron asociados con una peor percepción del ambiente en términos de seguridad, acceso a recursos y bienestar general, lo que resaltó la importancia de manejar la ansiedad para mejorar la adaptación al entorno.

5.2. Discusiones

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre ansiedad y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada de Juliaca–Puno en el año 2025. De acuerdo a los resultados obtenidos, el 79.3 % de los pacientes presentó una ansiedad mínima, el 12 % de los pacientes no presentan ansiedad y el 8.7 % de los pacientes presentan una ansiedad marcada. Respecto a la calidad de vida de los pacientes, el 52 % presenta una calidad de vida baja y el 48 % una calidad de vida media.

Dichos resultados, guardan relación con la investigación de Ortega (2022), quien señaló que el 48 % experimenta un nivel moderado a grave de ansiedad, y el 35 % reporta tener una calidad de vida baja. Por su parte, la investigación de Amao (2024), encontró que el 18.5 % presenta ansiedad moderada, y el 23.5 % tiene una calidad de vida muy baja. Asimismo, en el estudio de Chugnas y Sangay (2022), se observó que el 59 % presenta un nivel medio de ansiedad, y el 49 % muestra una calidad de vida también media. Además, la investigación de Castro et al. (2023), reveló que el 59.6 % tienen ansiedad leve, y el 14.7 % de ellos tiene una percepción negativa sobre su calidad de vida.

Aunque los porcentajes en los diferentes estudios varían, en esencia guardan cierta coherencia con los resultados obtenidos donde la mayoría de los pacientes con enfermedades renales experimenta algún grado de ansiedad. La presencia de porcentajes con ansiedad alta, moderada y marcada están asociados al deterioro de la calidad de vida y la salud general de estos pacientes. La diferencia de los porcentajes obtenidos en los diferentes antecedentes se podría deber a diversos factores como los contextos geográficos, el tipo de establecimiento (privada o pública), el estado clínico del paciente, o la adherencia al tratamiento.

En relación con la hipótesis general de esta tesis, los resultados muestran una relación negativa débil pero significativa ($\rho = -0.282$; $p = 0.000$) entre la ansiedad y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica privada de Juliaca-Puno en el año 2025. Esto significa que, mientras aumentan los niveles de ansiedad, más baja es la calidad de vida en los pacientes evaluados.

Estos resultados coinciden con las investigaciones de Barzola y Reyes (2023), en su estudio con cuidadores de personas con deterioro cognitivo en Lima, quienes concluyeron que existe una correlación baja entre ansiedad y calidad de vida ($p=0.001$; $Rho=0.344$). Asimismo, Amao (2024), realizó una investigación con pacientes adultos en Lima, encontrando una correlación significativa moderada, con un valor p de 0.00 y un valor de $\rho=-0.71$. De manera similar, Cedeño (2023), encontró una relación entre ansiedad y calidad de vida en personas con discapacidad motora ($p=0.003$). A su vez Castro et. al (2023), en su investigación realizada en el Centro de Salud Jorge Chávez de Juliaca, identificaron una relación alta entre ambas variables ($p=0.000$; $Rho=0.428$). Fernandes et. al (2024), en su investigación con personas mayores con discapacidad física, encontraron una correlación significativa alta ($r=-0.65$; $p=0.02$) entre las variables.

Por otro lado, Ortega (2022), realizó una investigación con adultos mayores en el norte de Quito, quien halló una correlación inversa moderada, con un valor p de 0.707 y un coeficiente de Pearson de -0.049 el cual indica que, si los niveles de calidad de vida aumentan, los niveles de ansiedad disminuirán y viceversa. A diferencia de los resultados obtenidos en la presente investigación, se encontró que a mayor nivel de ansiedad menor será la calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica.

Asimismo, es posible observar que, en algunas investigaciones, existen niveles de significancia más altos, y otros débiles. Esta diferencia podría deberse al tipo de muestra empleada, a los diferentes contextos socioeconómicos, a las características sociales o al grado de afectación de la enfermedad en los pacientes. Por otro lado, en la investigación de Maquera (2024), realizada en los pacientes con enfermedades crónicas en hemodiálisis en el EsSalud Puno, no se encontró una relación entre las variables ansiedad y calidad de vida, aunque sí existe entre la depresión y la calidad de vida. Esto podría indicar que las personas que se atienden en las clínicas privadas tienen que asumir con el costo de su tratamiento, enfrentan mayores preocupaciones económicas, lo que podría aumentar sus niveles de ansiedad. En cambio, las personas que se atienden en hospitales del Estado cuentan de alguna manera con más apoyo, pero el largo tiempo de espera para sacar una cita y puedan recibir su tratamiento genera sentimientos de tristeza o desesperanza llegando a un grado de depresión que afecta su salud emocional.

Con respecto a la primera hipótesis específica, se encontró una correlación negativa baja pero significativa, entre la ansiedad y la dimensión de salud física ($\rho = -0.316$; $p = 0.000$). Esto indica que, a mayor ansiedad, peor es el estado físico percibido por los pacientes. Este hallazgo coincide con el estudio realizado por Castro et al. (2023), quienes encontraron una relación significativa baja ($\rho = .191$; $p = .046$) entre ansiedad y dolor físico. Además, con la investigación de Amao (2024), identificó una relación

significativa de nivel moderado entre ansiedad y síntomas físicos ($\rho = 0.66$; $p = 0.000$). La diferencia de los niveles de asociación podrían deberse a la percepción del estado físico que depende del nivel de dolor, fatiga, edad, o alguna limitación física que podría tener el paciente.

Respecto a la segunda hipótesis específica, se identificó una relación negativa baja pero significativa, entre la ansiedad y la dimensión de salud psicológica ($\rho = -0.319$; $p = 0.000$). Esto significa que, al aumentar los niveles de ansiedad, disminuye el bienestar psicológico de los pacientes evaluados. Estos resultados son similares a los hallados por Castro et al. (2023), donde se observó una relación significativa baja entre ansiedad y malestar psicológico ($\rho = 0.190$; $p = 0.046$). De igual forma, la tesis de Amao (2024), reveló una correlación moderada entre ansiedad y síntomas físicos ($\rho = 0.62$; $p = 0.000$). Dichos resultados son similares, ya que los síntomas de ansiedad de una persona con enfermedad renal, como la preocupación continua, insomnio, y el estado de ánimo, pueden afectar significativamente la salud mental de las personas.

En relación con la tercera hipótesis específica, se halló una correlación negativa baja, pero estadísticamente significativa entre la ansiedad y la dimensión de relaciones sociales ($\rho = -0.313$; $p = 0.000$). Esto sugiere que, a mayor ansiedad, las relaciones sociales tienden a verse afectadas negativamente. Sin embargo, Castro et al. (2023), no encontraron una relación significativa entre la ansiedad y la dimensión de incapacidad social ($\rho = 0.187$; $p = 0.052$). Esto podría deberse a que, en algunos casos, el nivel de ansiedad no necesariamente afecta las interacciones sociales de los pacientes evaluados lo que también podría indicar que dichas personas cuentan con un soporte emocional.

Finalmente, en la cuarta hipótesis específica, se encontró una correlación negativa baja ($\rho = -.259$; $p = .000$) entre la ansiedad y la dimensión relaciones ambientales. Estos resultados guardan relación con la investigación de Amao (2024), quien encontró una

relación significativa media ($\rho = 0.27$; $p = .000$) entre la ansiedad y la vida cotidiana. Esto podría interpretarse por el entorno en el que vive la persona, su acceso a los establecimientos de salud, la estabilidad económica y las condiciones de su hogar, como factores que influyen en cómo el paciente enfrenta su enfermedad y su nivel de ansiedad.

CONCLUSIÓN

1. En relación con el primer objetivo general se determina que existe una correlación negativa baja y significativa ($\rho = -.282$; $p = .000$) entre la ansiedad y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada de Juliaca–Puno en el año 2025.
2. En relación con el primer objetivo específico, se encontró que el 79.3 % presenta ansiedad mínima, el 12 % no presenta ansiedad y el 8.7 % manifiesta una ansiedad marcada.
3. En cuanto al segundo objetivo específico, se identificó que el 52 % presenta una calidad de vida baja y el 48 % presenta una calidad de vida media.
4. En relación con el tercer objetivo específico, se determinó que existe una correlación negativa baja y estadísticamente significativa ($\rho = -0.316$; $p = 0.000$) entre los niveles de ansiedad y la dimensión de salud física en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica privada de Juliaca–Puno en el año 2025.
5. En cuanto al cuarto objetivo específico, se determina que existe una correlación negativa baja y significativa ($\rho = -.319$; $p = .000$) entre ansiedad y la dimensión salud psicológica en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada de Juliaca–Puno en el año 2025.
6. En relación con el quinto objetivo específico, se determinó que existe una correlación negativa baja y significativa ($\rho = -.313$; $p = .000$) entre ansiedad y la dimensión relaciones sociales en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada de Juliaca–Puno en el año 2025.
7. En relación con el sexto objetivo específico, se determinó que existe una correlación negativa baja y significativa ($\rho = -.259$; $p = .001$) entre ansiedad y la

dimensión relaciones ambientales en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada de Juliaca–Puno en el año 2025.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere implementar programas periódicos de evaluación psicológica y seguimiento, con el fin de identificar y atender oportunamente a los pacientes que presentan niveles altos de ansiedad. Asimismo, se sugiere fortalecer las estrategias de promoción de la salud mental para preservar y mejorar el bienestar emocional de aquellos pacientes con ansiedad mínima o baja.
2. Se sugiere incluir programas de apoyo emocional y educación psicológica como parte del cuidado habitual de los pacientes con insuficiencia renal crónica, con el fin de ayudar a mejorar su calidad de vida en general.
3. Se sugiere diseñar e implementar intervenciones integrales que consideren tanto los aspectos físicos como los psicosociales que afectan la calidad de vida de los pacientes, priorizando el acompañamiento emocional, el acceso a actividades recreativas, el apoyo social y la educación sobre el manejo de su enfermedad.
4. Se considera importante fortalecer la coordinación entre el equipo médico y psicológico, enfocándose en la adherencia al tratamiento, el manejo adecuado del dolor y la promoción de la actividad física.
5. Al departamento de psicología, se recomienda incorporar dentro del tratamiento integral terapias conductuales, grupos de apoyo y consejería emocional, a fin de abordar de manera directa los efectos psicológicos relacionados con la ansiedad.
6. Se sugiere fomentar la realización de actividades grupales, la creación de redes de apoyo entre pacientes y la participación activa de los familiares, con el objetivo de fortalecer las relaciones sociales, reducir el aislamiento.
7. A los directivos de la clínica, se recomienda mejorar las condiciones del entorno hospitalario y promover un ambiente familiar más favorable considerando factores como la comodidad, la privacidad y el acceso a servicios, además de

brindar orientación al paciente para facilitar su adaptación al entorno, reduciendo así los factores externos que podrían aumentar sus niveles de ansiedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amao, B. (2024). *Ansiedad y calidad de vida en pacientes adultos derivados a pruebas de laboratorio en un Hospital público de Lima* [Tesis de pregrado, Universidad Norbert Wiener]. Recuperado de <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/93fb330f-1232-4f17-9e4c-299040e9c384>
- American Psychiatric Association APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.).
- American Psychological Association APA (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code>
- American Psychiatric Association. (2024). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DMS-5 TM*. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Aponte, V. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Revista Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 13, (2), 152-182. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003
- Arias, J. y Covinos, M. (2021). *Diseño y metodología de la investigación*. Enfoques Consulting EIRL.
- Arias, P., Gordon, J., Galarraga, A. y García, F. (2022). Propiedades psicométricas de la Hamilton Anxiety Rating Scale HARS en estudiantes ecuatorianos. *Revista Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 20(2), 273-287. DOI: <https://doi.org/10.35319/ajayu.202110>

- Astocondor, L. (2001). *Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung*. Luffi
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *Revista American Psychologist*, 37(2), 122-147. DOI: <https://doi.org/10.1037//0003-066x.37.2.122>
- Barrios, Z., Toro, M., Fernández, S. y Manrique, Y. (2022). Evaluación en la calidad de vida en pacientes en tratamiento crónico con hemodiálisis en Colombia. *Revista Nefrologica*, 25, (1); 66-73. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842022000100066
- Barzola, M. y Reyes, S. (2023). *Nivel de ansiedad y calidad de vida en cuidadores de pacientes con deterioro cognitivo de un centro psicológico de Lima* [Tesis de pregrado, Universidad Privada del Norte]. Recuperado de: <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/38098>
- Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International Universities Press.
https://books.google.com.mx/books?id=nSFvAAAAQBAJ&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Castro, R., Romero, D. y Roque, J. (2023). *Relación entre el nivel de ansiedad y calidad de vida mediante el OHIP-14 en el Centro de Salud Jorge Chávez, Juliaca* [Tesis de pregrado, Universidad Continental]. Recuperado de: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/12852/4/IV_FCS_503_TE_Castro_Romero_Roque_2023.pdf
- Cedeño, G. (2023). Relación entre ansiedad y calidad de vida en personas con discapacidad motora de Manahi. *Revista Scientific*, 8(28), 245-266. DOI: <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2023.8.28.13.245-266>

- Chugnas, M. y Sangay, M. (2022). *Nivel de ansiedad y calidad de vida en pacientes post-operados del hospital regional de Cajamarca* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma de Ica]. Recuperado de:
<http://www.repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/1518>
- Cornejo, W. (2016). Calidad de vida. *Revista Enferm. Vanguard*, 4, (2), 56-75.
Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/338929508_CALIDAD_DE_VIDA
- Cutipa, L. y Zamora, J. (2020). *Adaptación y traducción del cuestionario WHOQOL-BREF de calidad de vida en adultos de la sierra peruana* [Tesis de pregrado, Universidad Cesar Vallejo]. Recuperado de:
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/50917>
- Diaz, I. (2019). Ansiedad: revisión y delimitación conceptual. *Revista Summa Psicológica*, 16, (1), 42-50. Recuperado de:
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/130624>
- Eysenck, M. (1992) *Anxiety: the cognitive perspective*. Erlbaum.
- Fernandes, I., Mendonca, S., Dutra, J., Orsini, M., Machado, S., Tavare, M., Moreno, A., Soares, D. y Goncalves, T. (2024). Association of Quality of Life and Anxiety Indicators with the Physical Capacity of Elderly: A Crossover Study. *Revista Cuadernos de Psicología del Deporte*, 24, (1), 307-317. Recuperado de:
<https://revistas.um.es/cpd/article/view/579871>
- Furlong, M. y Mostacero, K. (2022). *Asociación entre nivel de calidad de vida y ansiedad y depresión en pacientes con síndrome coronario agudo al alta hospitalaria en un centro de salud de la red EsSalud en el periodo 2019-2022* [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio universitario. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/10144>

- Gruendel, M. y Mehnert, A. (2015). *Psycho-oncology and Palliative Care: Two Concepts That Fit into Comprehensive Cancer Care*. Springer Publishers.
https://www.researchgate.net/publication/294287718_Psycho-oncology_and_Palliative_Care_Two_Concepts_That_Fit_into_Comprehensive_Cancer_Care
- Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying* (1st ed.). Routledge.
<https://www.jesuitasvenezuela.com/jesuitas/wp-content/uploads/ON-DEATH-AND-DYING-Elisabeth-K%C3%BCbler-Ross.pdf>
- López, F., Morales, A., Ugarte, A., Rodríguez, L., Hernández, L. y Sauza, L. (2019). Comparación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en hombres y mujeres adultos mayores. *Revista Enfermería Global*, 18, (54), 410-425. Recuperado de:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000200015
- López, J., Gonzales, R. y Tejada, J. (2016). Propiedades psicométricas de la versión en español de la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF en una muestra de adultos mexicanos. *Revista Iberoamericana de Diagnósticos y Evaluación*, 44, (2), 105-115. Recuperado de: <https://www.aidep.org/sites/default/files/2017-09/R44-Art9.pdf>
- Maquera, E. (2024). *Depresión, ansiedad y su relación con la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del Hospital base III*

Essalud Puno [Tesis de pregrado, Universidad Nacional del Altiplano. Puno, Perú].

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, (4), 370–396.

Ministerio de Salud (2024). *EsSalud advierte que 11% de los peruanos sufren de enfermedad renal crónica.*

<https://www.gob.pe/institucion/essalud/noticias/998406-essalud-advierde-que-11-de-los-peruanos-sufren-de-enfermedad-renal-cronica>

Ministerio de Salud (2024). *EsSalud: más de 182 mil personas fueron diagnosticadas por trastornos de ansiedad este año a nivel nacional.*

<https://www.gob.pe/institucion/essalud/noticias/992249-essalud-mas-de-182-mil-personas-fueron-diagnosticadas-por-trastornos-de-ansiedad-este-ano-a-nivel-nacional>

Mohamed, N., Eraslan, A. y Kose, S. (2023). El impacto de la ansiedad y la depresión en la calidad de vida de los pacientes de hemodiálisis en una muestra de Somalia. *Revista Psiquiatría BMC*, 23, (1); 825.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37950178/>

Montes, I. y Romo, T. (2017). *Reflexionando en torno de la ansiedad: Definiciones, teorías y malentendidos.* Sentido Humano.

https://www.researchgate.net/publication/319128645_Reflexionando_en_torno_a_la_ansiedad_definiciones_teorias_y_malentendidos

Nava, G. (2012). Calidad de vida: análisis multidimensional. *Revista Enf Neural*, 11, (3), 129-137. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123c.pdf>

Organización Mundial de la Salud OMS (2023). *Trastornos de ansiedad*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

Organización Mundial de la Salud OMS (2020). *Salud mental y enfermedades crónicas*.

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Salud mental y enfermedades crónicas*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Panamericana de la Salud OPS (2015). *La OPS/OMS y la Sociedad*

Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a

mejorar el acceso al tratamiento. [https://www.paho.org/es/noticias/10-3-2015-](https://www.paho.org/es/noticias/10-3-2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-llaman-prevenir-enfermedad-renal#:~:text=La%20enfermedad%20renal%20cr%C3%B3nica%20afecta,son%20altamente%20invasivas%20y%20costosas)

[opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-llaman-prevenir-enfermedad-](https://www.paho.org/es/noticias/10-3-2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-llaman-prevenir-enfermedad-renal#:~:text=La%20enfermedad%20renal%20cr%C3%B3nica%20afecta,son%20altamente%20invasivas%20y%20costosas)

[renal#:~:text=La%20enfermedad%20renal%20cr%C3%B3nica%20afecta,son%](https://www.paho.org/es/noticias/10-3-2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-llaman-prevenir-enfermedad-renal#:~:text=La%20enfermedad%20renal%20cr%C3%B3nica%20afecta,son%20altamente%20invasivas%20y%20costosas)

[20altamente%20invasivas%20y%20costosas](https://www.paho.org/es/noticias/10-3-2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-llaman-prevenir-enfermedad-renal#:~:text=La%20enfermedad%20renal%20cr%C3%B3nica%20afecta,son%20altamente%20invasivas%20y%20costosas).

Ortega, J. (2022). *Ansiedad y calidad de vida en adultos mayores residentes en el norte*

de Quito [Tesis de pregrado, Universidad Tecnológica Indoamérica]. Recuperado

de: <https://repositorio.uti.edu.ec/handle/123456789/5147>

Reyes, A. (2010). *Trastornos de Ansiedad. Guía práctica para diagnóstico y tratamiento*.

Biblioteca virtual en salud, 1–134. Recuperado de:

<http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>

Romero, M. (2016). Prueba de bondad de ajuste a una distribución normal. *Revista*

enfermería del Trabajo, 6, (3); 105-114. Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5633043>

Spielberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). *Cuestionario de ansiedad*

estado/rasgo STAI. Hogrefe.

Torrents, R., Ricart, M., Ferreiro, M., López, A. Renedo, L., Lleixa, M. y Ferre, C.

(2013). *Ansiedad en los cuidados. Una mirada desde el modelo de Mishel*.

Revista Index de Enfermería, 22, (1-2), 60-64. Recuperado de:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100013

Viaggio, C. (2023). *Síndrome de desmoralización en el final de la vida*. Vida y Ética.

https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/19204/1/sindrome_desmoralizacion_final_vida.pdf

Vizcaino, P., Maldonado, I. y Cedeño, R. (2023). Metodología de la investigación científica: guía práctica. *Ciencia Latina Revista Multidisciplinar*, 7, (4), 9723.

Recuperado de: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/7658>

World Health Organization (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*.

WHO. [https://www.iccp-](https://www.iccp-portal.org/system/files/resources/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf)

[portal.org/system/files/resources/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf](https://www.iccp-portal.org/system/files/resources/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf)

World Health Organization (2020). *Global Atlas of Palliative Care (2nd ed.)*. WHO.

[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3)

[\(ihs\)/csy/palliative-](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3)

[care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3)

Zung, W. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*,

12(6), 63-70. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008>

Zung, W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, XII(6),

371-379. Recuperado de:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033318271714790>

ANEXOS

Matriz de consistencia

Título: Ansiedad y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en una clínica privada, Juliaca – Puno 2025					
Autor:					
PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	MÉTODOS
Problema general ¿Cuál es la relación entre ansiedad y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca – Puno 2025?	Objetivo general Determinar si existe relación entre ansiedad y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca – Puno 2025	Hipótesis general Existe relación significativa entre ansiedad y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca – Puno 2025	Ansiedad	Afectiva Somática	Enfoque de investigación: Cuantitativo Tipo de investigación: Básica
Problemas específicos P1. ¿Cuál es el nivel ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca – Puno 2025? P2. ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca – Puno 2025? P3. ¿Cuál es la relación entre ansiedad y la dimensión salud física en pacientes con insuficiencia renal	Objetivos específicos O1. Determinar del nivel de ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca – Puno 2025. O2. Determinar del nivel de calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca – Puno 2025. O3. Determinar si existe relación entre ansiedad y la dimensión salud física en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca – Puno 2025.	Hipótesis específicas H1. Existe relación significativa entre ansiedad y la dimensión salud física en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca – Puno 2025. H2. Existe relación significativa entre ansiedad y la dimensión salud psicológica en pacientes con insuficiencia renal crónica de una	Calidad de vida	Salud física Salud psicológica Relaciones sociales Relaciones ambientales	Nivel de investigación: Correlacional Diseño de investigación: No experimental Población: 150 pacientes Muestra: No probabilístico de tipo censal

crónica de una clínica privada, Juliaca – Puno 2025?	O4. Determinar si existe relación entre ansiedad y la dimensión salud psicológica en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca – Puno 2025.	clínica privada, Juliaca – Puno 2025.
P4. ¿Cuál es la relación entre ansiedad y la dimensión salud psicológica en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca – Puno 2025?	O5. Determinar si existe relación entre ansiedad y la dimensión relaciones sociales en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca – Puno 2025.	H3. Existe relación significativa entre ansiedad y la dimensión relaciones sociales en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca – Puno 2025.
P5. ¿Cuál es la relación entre ansiedad y la dimensión relaciones sociales en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca – Puno 2025?	O6. Determinar si existe relación entre ansiedad y la dimensión relaciones ambientales en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca – Puno 2025.	H4. Existe relación significativa entre ansiedad y la dimensión relaciones ambientales en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca – Puno 2025.
P6. ¿Cuál es la relación entre ansiedad y la dimensión relaciones ambientales en pacientes con insuficiencia renal crónica de una clínica privada, Juliaca – Puno 2025?		

Bibliografía de sustento para la justificación y delimitación del problema (en formato APA)

- Zung, W. (1965). Escala de auto-medición de depresión y ansiedad. <https://es.studenta.com/content/123411026/manual-zung-ansiedad-y-depresion>
- World Health Organization (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>**

Bibliografía de sustento usada para el diseño metodológico (en formato APA)

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill
- Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill.

Instrumentos de recolección de datos

TEST DE AUTOVALORACIÓN DE ANSIEDAD DE ZUNG

Edad:

Sexo:

Fecha:

Nº	Descripción	Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre
1	Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre				
2	Me siento atemorizado sin motivo				
3	Me altero o me angustio fácilmente				
4	Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos				
5	Creo que todo está bien y no va a pasar nada malo				
6	Me tiemblan los brazos y las piernas				
7	Sufro de dolores de cabeza, del cuello y de espalda				
8	Me siento débil y me canso fácilmente				
9	Me siento intranquilo y me es fácil estar tranquilo				
10	Siento que el corazón me late a prisa				
11	Sufro mareos				
12	Me desmayo o siento que voy a desmayarme				
13	Puedo respirar fácilmente				
14	Se me duermen y me hormiguean los dedos de las manos y de los pies				
15	Sufro dolores de estómago o indigestión				
16	Tengo que orinar con mucha frecuencia				
17	Generalmente tengo las manos secas y calientes				
18	La cara se me pone caliente y rojo				
19	Me duermo fácilmente y descanso bien por la noche				
20	Tengo pesadillas				

CUESTIONARIO WHOQOL – BREF

(Organización Mundial de la Salud, 1988)

Edad:

Sexo:

Fecha:

Este cuestionario tiene como propósito conocer su opinión sobre su calidad de vida, salud y otros aspectos importantes de su día a día. Le solicitamos que responda a todas las preguntas considerando su estilo de vida, expectativas, satisfacciones y preocupaciones. Por favor, reflexione sobre cómo ha sido su vida en las últimas dos semanas, valore sus emociones y seleccione la respuesta que mejor refleje su experiencia marcando el número correspondiente en la escala.

Nº		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas						
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5

24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5
		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

Encuestas Aplicadas

TEST DE AUTOVALORACIÓN DE ANSIEDAD DE ZUNG

Edad: 58

Sexo: femenino

Fecha: 25-02-2023

Nº	Descripción	1 2 3 4			
		Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre
1	Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre		<input checked="" type="checkbox"/>		
2	Me siento atemorizado sin motivo		<input checked="" type="checkbox"/>		
3	Me altero o me angustio fácilmente		<input checked="" type="checkbox"/>		
4	Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos	<input checked="" type="checkbox"/>			
5	Creo que todo está bien y no va a pasar nada malo		<input checked="" type="checkbox"/>		
6	Me tiemblan los brazos y las piernas		<input checked="" type="checkbox"/>		
7	Sufro de dolores de cabeza, del cuello y de espalda		<input checked="" type="checkbox"/>		
8	Me siento débil y me canso fácilmente				<input checked="" type="checkbox"/>
9	Me siento intranquilo y me es fácil estar tranquilo		<input checked="" type="checkbox"/>		
10	Siento que el corazón me late a prisa			<input checked="" type="checkbox"/>	
11	Sufro mareos		<input checked="" type="checkbox"/>		
12	Me desmayo o siento que voy a desmayarme		<input checked="" type="checkbox"/>		
13	Puedo respirar fácilmente				<input checked="" type="checkbox"/>
14	Se me duermen y me hormigean los dedos de las manos y de los pies		<input checked="" type="checkbox"/>		
15	Sufro dolores de estómago o indigestión		<input checked="" type="checkbox"/>		
16	Tengo que orinar con mucha frecuencia	<input checked="" type="checkbox"/>			
17	Generalmente tengo las manos secas y calientes			<input checked="" type="checkbox"/>	
18	La cara se me pone caliente y rojo	<input checked="" type="checkbox"/>			
19	Me duermo fácilmente y descanso bien por la noche	<input checked="" type="checkbox"/>			
20	Tengo pesadillas			<input checked="" type="checkbox"/>	

CUESTIONARIO WHOQOL – BREF

(Organización Mundial de la Salud, 1988)

Edad: 59

Sexo: femenino

Fecha: 25-02-2025

Este cuestionario tiene como propósito conocer su opinión sobre su calidad de vida, salud y otros aspectos importantes de su día a día. Le solicitamos que responda a todas las preguntas considerando su estilo de vida, expectativas, satisfacciones y preocupaciones.

Por favor, reflexione sobre cómo ha sido su vida en las últimas dos semanas, valore sus emociones y seleccione la respuesta que mejor refleje su experiencia marcando el número correspondiente en la escala.

Nº		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas						
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan totalmente" usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan satisfecho o bien" se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5

24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5
		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

CONTACTO DEL INVESTIGADOR

Para cualquier consulta relacionada con el presente estudio contáctese con:

Nombre del investigador 1: Kelly Raquel Cari Castillo

Número de contacto: 921439807

Email: kellycaricastillo@gmail.com

Nombre del investigador 2: Stacy Hillaryn Pinto Mamani

Número de contacto: 900268242

Email: stacypinto2611@gmail.com

Nombres y Apellidos:

Fecha y Hora:

Firma:

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

CONTACTO DEL INVESTIGADOR

Para cualquier consulta relacionada con el presente estudio contáctese con:

Nombre del investigador 1: Kelly Raquel Cari Castillo

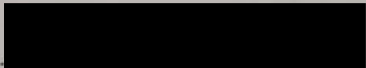
Número de contacto: 921439807

Email: kellycaricastillo@gmail.com


Nombre del investigador 2: Stacy Hillaryn Pinto Mamani

Número de contacto: 900268242

Email: stacypinto2611@gmail.com

Nombres y Apellidos: 

Fecha y Hora: 25 - 02 - 2025

Firma: 

Evidencias Fotográficas







ALK SA S.A.C.
CENTRO MEDICO CENDIAL
JULIACA

Juliaca 20 de febrero del 2025

CARTA N° 01

Señorita:

KELLY RAQUEL CARI CASTILLO
STACY HILLARYN PINTO MAMANI

Asunto: SOLICITA PERMISO PARA REALIZAR TRABAJO DE
INVESTIGACIÓN

Referencia: SOLICITUD N°01

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, para saludarla cordialmente en atención a asunto y a documento de la referencia en donde ha solicitado autorización para realizar su trabajo de investigación ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DE UNA CLÍNICA PRIVADA, JULIACA – PUNO 2025.

Al respecto, esta clínica autoriza la realización del trabajo de investigación, así como también el uso del nombre de la institución solo con fines académicos.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para expresar mi mayor consideración.

Atentamente

Director Dr. Saul Marcos

Huaquisto Choque

Saul Marcos Huaquisto Choque
NEFROLOGO
DIRECTOR MEDICO
C.M.P. 30298 - R.N.E. 22856