



Universidad  
**Norbert Wiener**

**Escuela de Posgrado**

Calidad de atención y sintomatología depresiva de los  
pacientes hospitalizados del Centro Médico Naval,

Lima - 2022

**Tesis para optar el grado académico de Maestro De  
Gestion En Salud**

**Presentado por:**

Qwistgaard Espinal, Jose Luis

**Código ORCID:** 0000-0003-2760-3584

**Asesora:** Dra. Arispe Albuquerque, Claudia Milagros

**Código ORCID:** 0000-0003-0792-4655

**Línea de investigación general:** Salud y Bienestar


Lima - Perú  
2023

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, Jose Luis Qwistgaard Espinal Egresado(a) de la Escuela de Posgrado de la Universidad Privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico “Calidad de atención y sintomatología depresiva de los pacientes hospitalizados del Centro Médico Naval, Lima - 2022 ” Asesorado por la docente: Claudia Milagros Arispe Alburquerque Con DNI 29672680 Con ORCID <https://orcid.org/0000-0003-0792-4655> tiene un índice de similitud de (04) (CUATRO)% con código oid:14912:210137773 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.

.....  
 Firma   
 Jose L.  
 DNI: 72484825



.....  
 Firma  
 Claudia Milagros Arispe Alburquerque  
 DNI: 29672680

Lima, 4 de marzo de 2023

**Dedicatoria**

A mis padres, que creyeron en mí aun cuando yo ya no sentía poder seguir, y me ayudaron en todo momento a lograr las metas planteadas.

A mi hermana, que empleó sus conocimientos sin reparo o vacilación alguna para permitir que se pueda llevar a cabo este trabajo.

A mis queridos abuelos Antonio y Benita, que me acompañan perennemente, y cuyo amor me da fuerza.

A mis amigos, que a punta de risas y compañerismo permitieron sobrellevar las partes más complejas de la elaboración del presente trabajo.

A la Centenaria Compañía de Bomberos Voluntarios Rímac 21, por la vocación de servicio de sus efectivos y comprensión para con mi desarrollo profesional.

## **Agradecimientos**

A la Universidad Privada Norbert Wiener, que me permitió desarrollar este posgrado y me dio las herramientas para culminarlo.

A la Marina de Guerra del Perú, que conserva sus tradiciones a lo largo de su laureada historia, y acogió en sus filas a mi abuelo, padre, y tíos.

Al Centro Médico Naval, que me vio crecer a lo largo de las etapas de la vida, y me recibió como profesional.

A mi asesora, cuya paciencia y buena disposición permitieron llevar a buen término esta tesis.

A mis docentes y maestros, cuyas enseñanzas me permitieron concatenar la gestión con la medicina, para beneficio de los pacientes pasados, actuales, y futuros.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I: EL PROBLEMA .....	2
1.1 Planteamiento del problema.....	2
1.2 Formulación del problema .....	4
1.2.1 Problema general.....	4
1.2.2 Problemas específicos .....	4
1.3 Objetivos de la investigación.....	5
1.3.1 Objetivo general .....	5
1.3.2 Objetivos específicos .....	5
1.4 Justificación y viabilidad de la investigación .....	5
1.4.1 Justificación Teórica .....	5
1.4.2 Justificación Práctica.....	6
1.4.3 Justificación Metodológica .....	6
1.5 Limitaciones de la investigación.....	7
1.5.1 Espacial .....	7
1.5.2 Temporal .....	7
1.5.3 Recursos .....	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 Antecedentes .....	8
2.1.1 Internacionales .....	8
2.1.2 Nacionales .....	13
2.2 Bases teóricas.....	18
2.2.1 Calidad de atención .....	19
2.2.1.1. Concepto .....	19
2.2.1.2 Importancia .....	21

2.2.1.3 Dimensiones .....	21
2.2.2 Sintomatología depresiva .....	23
2.2.2.1 Concepto .....	23
2.2.2.2 Importancia .....	24
2.2.2.3 Dimensiones .....	25
2.2.3 Paciente hospitalizado .....	26
2.2.3.1 Concepto .....	26
2.2.3.2 Importancia .....	26
2.3 Formulación de hipótesis .....	27
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA .....	29
3.1 Método de la investigación .....	29
3.2 Enfoque de la investigación .....	29
3.3 Tipo de la investigación .....	29
3.4 Diseño de la investigación .....	29
3.5 Población .....	29
3.6 Variables y operacionalización .....	32
3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	36
3.7.3 Validación .....	37
3.7.4 Confiabilidad .....	37
3.8 Plan de procedimiento y análisis de datos .....	39
3.9 Aspectos éticos .....	40
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .....	42
4.1 Procesamiento de datos .....	42
4.1.1 Análisis descriptivo .....	42
4.1.2 Análisis inferencial .....	43
4.1.3 Prueba de hipótesis .....	43
4.2 Discusión de resultados .....	47

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	52
5.1 Conclusiones.....	52
5.2 Recomendaciones .....	52
5. REFERENCIAS .....	56
ANEXOS .....	62
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	62
Anexo 2. Instrumento 1 - Cuestionario sobre proceso de la atención.....	63
Anexo 3 : Instrumento 2 - Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) .....	66
Anexo 4: Validez y confiabilidad del instrumento Cuestionario sobre proceso de la atención.....	66
Anexo 5: Consentimiento informado.....	75
Anexo 6: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos.....	77

## RESUMEN

El presente trabajo tuvo por objetivo general determinar la relación que existe entre la variable calidad de atención, que se compone por tres dimensiones que son actitud del personal de salud, relaciones interpersonales, y competencias científico-técnicas, para con la variable sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados. Este estudio fue de tipo aplicado, diseño no experimental y transversal, método hipotético-deductivo, y empleando dos instrumentos validados para la recolección de datos, el Cuestionario de proceso de atención y el *Patient Health Questionnaire-9*. La muestra consistió en 80 pacientes hospitalizados en las salas de hospitalización del Centro Médico Naval.

Se halló que existe una relación positiva ( $\rho = 0.020$ ) entre la variable Calidad de Atención y la variable Sintomatología depresiva en los pacientes de las salas de hospitalización, y que existen relaciones negativas entre las dimensiones Actitud del Personal de Salud ( $\rho = -0.104$ ), Relaciones Interpersonales ( $\rho = -0.010$ ), y Competencias Científico Técnicas ( $\rho = -0.051$ ) de la variable Calidad de Atención y la variable Sintomatología depresiva.

Se concluyó que existe una relación entre las dos variables de estudio, y que existe un efecto protector entre las tres dimensiones de la variable Calidad de atención que mitigan la severidad de la Sintomatología depresiva, por lo cual el Centro Médico Naval debería ahondar en estos hallazgos para efectivizar su manejo como institución para beneficio de sus pacientes.

Palabras clave: Calidad de atención, sintomatología depresiva, pacientes hospitalizados



## ABSTRACT

This publication had as a main objective to determine the correlation that exists between the variable quality of health care, which is comprised of three dimensions which are healthcare personnel attitudes, interpersonal relationships, and scientific-technical knowhow, with the variable depressive symptoms in inpatients. The type of this study was applied, with a non-experimental and transversal design, with a hypothetico-deductive methodology, and it employed two validated instruments for its data gathering, the *Cuestionario de proceso de atención* and the Patient Health Questionnaire-9. The sample consisted of 80 inpatients from the wards of the Naval Medical Center.

A positive correlation ( $\rho = 0.020$ ) was found between the variable quality of health care and the variable depressive symptoms in inpatients of the wards, and there are negative correlations between the dimensions of the variable quality of health care, healthcare personnel attitudes ( $\rho = -0.104$ ), interpersonal relationships ( $\rho = -0.010$ ), and scientific-technical knowhow ( $\rho = -0.051$ ) and the depressive symptoms variable.

It was concluded that there exists a correlation between the two studied variables, and that there exists a protective effect between the three dimensions of the variable quality of health care that alleviate the severity of depressive symptoms, therefore the Naval Medical Centre should further delve in these findings to have a more effective performance as an institution for the benefit of its patients.

Keywords: Quality of health care, depressive symptoms, inpatient

## INTRODUCCIÓN

Debido a la alta morbilidad de la sintomatología depresiva a nivel mundial, se han esbozado múltiples enfoques para mitigar su impacto en la sociedad, siendo uno de ellos la mejora de la calidad de atención para una pronta detección y abordaje, siendo estas iniciativas más apreciadas en hospitales de alta capacidad resolutive como lo son los III-1 como el Centro Médico Naval.

El primer capítulo del presente estudio nos plantea la problemática actual, la formulación del problema de investigación y los objetivos de este escrito, así la justificación de este trabajo en sus esferas práctica, metodológica, y teórica, así como las limitaciones halladas durante el desarrollo de la investigación.

El segundo capítulo nos presenta el marco teórico de esta investigación, ofreciendo antecedentes nacionales e internacionales que estudiaron las variables de estudio, así como la definición de las variables y la operacionalización de estas.

En el tercer capítulo se trata la metodología detrás de la investigación, así como la presentación de los instrumentos que fueron empleados durante la misma y los aspectos éticos que fueron considerados para la recolección de datos.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados obtenidos, así como los métodos estadísticos empleados para obtenerlos.

Finalmente, en el capítulo 5 se plantean las conclusiones y recomendaciones del presente escrito, así como las referencias bibliográficas y los anexos de esta investigación.

## CAPITULO I: EL PROBLEMA

### 1.1 Planteamiento del problema

El impacto a nivel mundial de la pandemia del COVID 19 en el sector sanitario es innegable, pues se requirieron múltiples ajustes estructurales para adaptarse a las necesidades de salud de la población (1). Ello repercutió en la calidad de atención de los servicios de salud de manera negativa - Un metaanálisis del 2022 de 12 estudios europeos mostró variabilidad en el impacto de la enfermedad en sus percepciones de la calidad de atención; en Reino Unido los pacientes reportaron mayores tiempos de espera y dificultades en el seguimiento de sus casos lo cual llevó a tratamiento subóptimo, mientras que en Bélgica, Italia, y Países Bajos los pacientes con enfermedades crónicas reportaron una reducción significativa de la misma, que se tradujo en abandono del tratamiento y aumento de la mortalidad (2). Del mismo modo, una publicación israelí del 2022 inicialmente refirió resultados que indicaban mínima afectación de la calidad de atención en diversos centros hospitalarios tanto públicos y privados, con la notoria excepción de psiquiatría y servicios con pacientes crónicos, donde hubo un menor cumplimiento de los indicadores de calidad de atención pese a la adopción de la tele consulta (3). Esta percepción de desmejoramiento del calidad de atención en el sector salud se atribuyó, en una revisión sistemática del 2021 de 48 publicaciones provenientes de 204 países, a la falta de contacto humano por las medidas propias para el control de la pandemia, como lo fueron el distanciamiento y aislamiento social, lo que se aunó al impacto social del cierre de varios negocios y centros recreativos, así como

fallecimiento de familiares y conocidos, llevando a un aumento de casos de depresión (4)

Entretanto, en el contexto nacional, la situación no es tan diferente, pues, como indica un estudio nacional del 2021 que comparó una muestra de 61 pacientes hospitalizados en un hospital público con unos 57 provenientes de una clínica privada mediante un cuestionario derivado de la metodología SERVQUAL, que hubo una mayor percepción de calidad de atención por parte de los pacientes del establecimiento privado – 38.6% de ellos refirió haber tenido una alta calidad de atención a diferencia del 0% proveniente del hospital público (5). Esta realidad se experimentó incluso antes de la pandemia del COVID-19, pues un trabajo del 2019 que comparó por medio de entrevistas las percepciones de 30 pacientes de un hospital público con 30 de uno privado, ambos de nivel III, y se asoció ser hospitalizado en un hospital público con un trato menos humanizado de menor calidad al margen del pronóstico favorable, además de más días de reposo necesarios para la recuperación (6). Como señala una publicación del 2020, previo a la pandemia no se estaba logrando estructurar un plan concreto en torno a la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, ya que existía de base cobertura insuficiente para las necesidades de la población nacional, por la falta de profesionales capacitados, establecimientos adecuados, y voluntad de los gestores de salud en enfatizar la necesidad de abordar la sintomatología depresiva sin necesariamente proceder a una hospitalización (7). Del mismo modo, la investigación en materia de salud mental era insuficiente, como indicó una publicación del 2019 que, mediante una revisión sistemática en Schimago y Scopus, nuestra producción promedio de artículos era de

0.34 por millón de habitantes, muy por debajo de los 221 o 200 por millón de habitantes por parte de Australia y Países Bajos respectivamente, lo que refleja una necesidad imperiosa de investigación sobre este tópico (8). Sería con estos antecedentes del problema que, ante las medidas tomadas por el Estado Peruano para controlar la situación, en un trabajo del 2020 se empezase a evidenciar un aumento en la sintomatología depresiva asociada a un desmejoramiento de la calidad de atención sanitaria (9). Esta situación se exacerbaría como reveló una publicación del 2021 en la cual se estudiaron 318 pacientes con diagnóstico de COVID-19 dados de alta de un hospital III-1, determinándose mediante la aplicación de la herramienta clínica *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) que 30.3% tenían sintomatología depresiva que surgió posterior al internamiento (10).

Ante esta problemática expuesta es que se plantea realizar esta investigación titulada Calidad de atención y sintomatología depresiva de los pacientes hospitalizados del Centro Médico Naval, Lima – 2022.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Qué relación existe entre la calidad de atención y la sintomatología depresiva de los pacientes hospitalizados del Centro Médico Naval, Lima - 2022?

### **1.2.2 Problemas específicos**

¿Qué relación existe entre las relaciones interpersonales y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados del Centro Médico Naval, Lima - 2022?

¿Qué relación existe entre la actitud del personal de salud y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados del Centro Médico Naval, Lima - 2022?

¿Qué relación existe entre las competencias científico-técnicas del personal de salud y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados del Centro Médico Naval, Lima - 2022?

### **1.3 Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la relación que existe entre la calidad de atención y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

Identificar la relación que existe entre las relaciones interpersonales y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados.

Identificar la relación que existe entre la actitud del personal de salud y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados.

Identificar la relación que existe entre las competencias científico- técnicas del personal de salud y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados.

### **1.4 Justificación y viabilidad de la investigación**

#### **1.4.1 Justificación Teórica**

La presente investigación se justifica en virtud de las definiciones conceptuales establecidas por Chávez y Huarcaya (2020) y la *American Psychiatric Association* para la calidad de atención y la sintomatología depresiva respectivamente (11,12). A su vez, estos dos conceptos se abordan bajo la concepción de la salud como un estado holístico de bienestar que se sostiene, entre otros factores, en el adecuado

proceso de manejo profesional, estructurado, y humanizado, de la dolencia mental; el estudio de las dos variables del presente permitirá aportar al conocimiento teórico de gestión en salud en torno la calidad de atención y su efecto sobre la depresión en las salas de hospitalización.

#### **1.4.2 Justificación Práctica**

La justificación práctica de esta investigación a futuros trabajos yace en la determinación de la relación entre la calidad de atención y la sintomatología depresiva, lo cual permitirá elaborar nuevas propuestas de mejora para mitigar los estragos de este problema de salud mental en las instituciones, mejorar el servicio ofertado y ofrecer experiencias que puedan ser replicadas en otros centros hospitalarios nivel III y superiores, y elaborar publicaciones de gestión en salud que consideren estas dos variables en su planteamiento para la mejora del sector sanitario y la salud de la comunidad.

#### **1.4.3 Justificación Metodológica**

En el plano metodológico, el presente escrito se justifica en su utilidad para futuras investigaciones en el plano de gestión de la salud, así como en la psiquiatría clínica, por haberse llevado de manera presencial, comunicándose directamente con los pacientes entrevistados para hacer la captación e invitación de ellos a participar del proyecto, empleando un instrumento derivado de la metodología SERVQUAL, que ha sido usada de manera satisfactoria en el estudio de la calidad de atención desde el 2011 por parte del Estado Peruano. Del mismo modo, se emplea el PHQ-9, que es un instrumento clínico validado a la población peruana para la evaluación de la gravedad de la sintomatología depresiva.

## **1.5 Limitaciones de la investigación**

### **1.5.1 Espacial**

Se llevó a cabo la investigación únicamente en las salas de hospitalización plenamente operativas del Centro Médico Naval, puesto que al momento de efectuar la investigación hubo ambientes en proceso de reacondicionamiento, como la sala 5-3 de Ortopedia y Traumatología, lo cual se tradujo en una menor cantidad de pacientes hospitalizados, y por ende menor población del universo de estudio.

### **1.5.2 Temporal**

La investigación se sometió a aprobación y se efectuó durante el contexto de la cuarta y quinta ola de la pandemia del COVID-19, así como durante la alerta epidemiológica por la viruela del mono entre los meses de agosto 2022 – enero 2023, lo cual limitó el acceso a pacientes que cumplían los criterios de inclusión para el estudio pero que contaron con resultados positivos a estas enfermedades, así como a ambientes designados como Sala COVID para albergarles.

### **1.5.3 Recursos**

La investigación se vio limitada inicialmente por la falta de un convenio interinstitucional vigente entre la Universidad Privada Norbert Wiener y el Centro Médico Naval, lo que propició una demora en la aprobación para el inicio de esta. Así mismo, este trabajo fue enteramente autofinanciado por el investigador principal, sin subvención o apoyo económico alguno.



## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

#### 2.1.1 Internacionales

**Stocker, et al. (2021)** el estudio tuvo por objetivo “*Describir la información recolectada mediante los instrumentos Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) y General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) en la evaluación de la depresión y ansiedad durante la pandemia del COVID-19 en Australia*”. El estudio fue descriptivo transversal no experimental y empleó una muestra de 13829 australianos mayores de 18 años que vivieran en alguno de los territorios constituyentes de Australia durante la vigencia de las medidas de cuarentena y que contasen con acceso a internet. Se usaron medidas de tendencia central para analizar los datos recabados. La media de la puntuación obtenida en el PHQ-9 y GAD-7 fue de 6.4 y 5.5 que indicaba sintomatología leve de depresión y ansiedad respectivamente. De la muestra, el 47.7% no presentaba síntomas depresivos, pero el 53.3% sí los presentó, con un 24.9% reportando puntuación que reflejaba un cuadro de moderado a severo. Se concluyó que la pandemia, y en especial las medidas de distanciamiento y aislamiento social, habían afectado negativamente su salud mental, lo cual revela la importancia de proseguir en la investigación de la salud mental de la población como medida de gestión en salud y manejo de la salubridad pública (13).

**Li, et al. (2021)**, el estudio tuvo por objetivo “*Evaluar la salud mental en pacientes de COVID-19 dados de alta en Wuhan, China*”. El trabajo fue descriptivo transversal no experimental y empleó una muestra de 782 pacientes con diagnóstico de COVID-19 provenientes de Wuhan, China que fueron dados de alta y fueron

aislados como parte del manejo médico de la pandemia en dos momentos, uno durante su hospitalización y otro en su domicilio. Se usaron los instrumentos clínicos PHQ-9, GAD-7, y el Índice de Severidad del Insomnio (ISI), así como medidas de tendencia central para analizar los datos recabados. De la muestra, la prevalencia de sintomatología depresiva durante el aislamiento en hospital fue de 27.11%, mientras que la de ansiedad e insomnio fue de 44.37% y 31.59% respectivamente. En el caso del aislamiento domiciliario fue de 16.11% en el caso de los síntomas depresivos, y de 17.26% y 27.11% en el caso de ansiedad e insomnio respectivamente. Se concluyó que los meses de aislamiento hospitalario dieron mayores porcentajes de sintomatología concordante con la depresión que los meses de aislamiento domiciliario, lo que indica que el manejo de la salud mental durante la hospitalización de estos pacientes no fue suficiente para evitar la aparición de síntomas, y que se debe abordar una mejor calidad de atención para mitigar los estragos del aislamiento y poco contacto humano en los usuarios externos de los centros de salud (14).

**Sanchez-Garcia, et al. (2021)**, el estudio tuvo por objetivo “*Estudiar el impacto de la pandemia del COVID-19 pacientes diagnosticados con enfermedades raras en torno a la depresión y ansiedad*”. El trabajo fue descriptivo transversal no experimental, y la muestra consistió en 86 pacientes mayores de edad con un diagnóstico previo de una enfermedad rara (prevalencia menor de 1 en 2000 pacientes) que fueron contactados de diversas redes de apoyo a pacientes por Internet, y que no reportaran una historia previa a la pandemia de depresión o ansiedad. Se emplearon los instrumentos clínicos del PHQ-9 y GAD-7, los cuales se

validaron en este grupo humano, empleando el alfa de Cronbach para establecer la confiabilidad, que fue de 0.90 y 0.94 respectivamente. Para la interpretación de datos se usaron medidas de tendencia central y rho de Spearman. Se halló que 30% de los pacientes mostraban síntomas depresivos moderados a severos en intensidad, y la rho de Spearman reveló que existía una fuerte asociación entre ansiedad y depresión ( $r=0.75$ ,  $\text{Sig}=0.05$ ,  $p<0.001$ ). Se concluyó que existía un impacto en esta población de pacientes que se veía reflejado en mayores porcentajes de depresión de nueva aparición en el contexto de la pandemia, y se postuló que se exacerbaba por las medidas de distanciamiento social que se promovieron para reducir el número de contagios y para proteger a este grupo humano de la infección, lo que afectó negativamente el calidad de atención que recibían antes de la pandemia (15).

**Dykes, et al. (2021)**, el presente estudio tenía por objetivo “*Establecer la prevalencia de ansiedad, depresión, y estrés postraumático en trabajadores de unidades de cuidados intensivos durante la pandemia del COVID-19 en un hospital del Reino Unido*”. El trabajo fue descriptivo transversal no experimental, y tuvo como muestra a 131 trabajadores sanitarios del servicio de Cuidados Intensivos de un hospital de primera línea del *National Health Service* británico (equivalente establecimiento de salud III-1 peruano) que se hubieran encontrado laborando durante la pandemia. Se usaron los cuestionarios clínicos de PHQ-9, GAD-7, y la Escala de Impacto de Evento Revisada (IES-R), el ultimo para evaluar el estrés postraumático del personal. Se halló que 29.8% de la muestra reportó un impacto significativo en su salud mental, mostrando la presencia de síntomas moderados a severos de al menos una de las condiciones evaluadas. En el caso de la depresión,

esta afectó considerablemente al 33.6%, siendo el impacto más severo en el personal femenino, la media de resultados de PHQ-9 fue de 8.8 en comparación al 5.7 del personal masculino. Se concluyó que la pandemia también tenía impactos negativos en la salud mental de los trabajadores sanitarios, particularmente de aquellos que laborasen en la unidad de cuidados intensivos (UCI), pues al verse limitados en su contacto con pacientes, y expuestos a una alta carga horaria y emocional, varios desarrollaron sintomatología depresiva, lo cual, además del innegable daño a la salud, también mermaba su desempeño profesional, lo cual inevitablemente perjudicaba a sus pacientes, y generaba un ambiente hospitalario menos acogedor, impactando irremediabilmente en el calidad de atención (16).

**Goula, et al. (2021)**, el trabajo tuvo como objetivo “*Investigar las percepciones y expectativas en torno a la calidad de la calidad de atención en hospitales estatales griegos*”. Este trabajo fue descriptivo transversal no experimental, con una muestra compuesta por 700 pacientes mayores de 18 años que no tuvieran diagnóstico de COVID-19 y fueran usuarios externos de hospitales públicos generales (equivalentes al nivel III-1 y III-2 peruanos) de la región griega de Ática, que es la más poblada del país, y se realizó en medio de las restricciones sanitarias por la pandemia del COVID-19. Se usó un cuestionario SERVQUAL adaptado al griego y a las condiciones propias del servicio sanitario de este país, el que se evaluó por medio del alfa de Cronbach para determinar su confiabilidad, la cual se puntuó entre 0.68 y 0.88 por cada uno de los componentes del instrumento. Los resultados obtenidos fueron comparados a las expectativas previas a la atención de los pacientes, siendo la brecha entre ambos resultados de un -0.75, indicando las

expectativas de los pacientes con relación a la calidad de atención que deben recibir en sedes públicas. Se concluyó que la percepción del usuario griego sobre su sistema de salud público no es favorable, y que la pandemia del COVID-19 solo exacerbó ello, pues se evidenciaron más las limitaciones de los nosocomios para brindar un calidad de atención optimo a sus pacientes (17).

**Sembiring, et al. (2020)**, el estudio tuvo como objetivo “*Analizar la calidad de la calidad de atención al paciente antes y durante la pandemia del COVID-19 en un hospital privado de Indonesia*”. La investigación fue descriptiva observacional no experimental transversal y contó con una muestra de 88 pacientes mayores de 18 años hospitalizados antes y durante la pandemia del COVID-19 en una clínica/hospital multidisciplinaria (nomenclatura empleada en el sistema sanitario indonesio que es equivalente al III-1 y III-2 peruano). Se empleó una versión modificada del cuestionario SERVQUAL validada al contexto indonesio para estudiar sus percepciones sobre el servicio ofrecido. Los resultados obtenidos antes de la pandemia fue una media de 4.11, mientras que durante la pandemia fue de 4.25, lo que reveló una percepción de mejora del proceso y calidad de atención por parte de los pacientes, aún en medio del referido problema de salud pública. Se concluyó que un factor que contribuía a ello era la reducción del flujo de pacientes por las limitaciones al libre tránsito, lo que permitía un trato al paciente más personalizado, lo que favorecía la calidad del calidad de atención que recibían los usuarios externos (18).

### 2.1.2 Nacionales

**Ruiz-Peña, (2021)** el estudio tuvo por objetivo “*Determinar la relación entre ansiedad y depresión en pacientes con malnutrición por exceso en un hospital nacional de la región Callao en el 2020*”. Efectuó un trabajo del tipo descriptivo correlacional cuantitativo no experimental en 140 pacientes con diagnóstico de malnutrición y tiempo de internamiento superior a 48 horas. Empleó como técnica la encuesta mediante la cual usó como instrumentos el Inventario de ansiedad de Beck y el Inventario de depresión de Beck. Concluyó que existe una correlación positiva estadísticamente significativa mediante prueba de Spearman entre ambas variables de estudio ( $r=0.52$ ;  $p=0.00$ ), lo que refleja la existencia de esta problemática de salud mental en esta población hospitalizada y propone como solución capacitar al personal de salud para mejor manejo de factores psicosociales para mejora del calidad de atención y así lograr mayor adhesión al tratamiento y soporte emocional al paciente y familiares (19).

**Huarcaya, (2020)** el estudio tuvo por objetivo “*Revisar la evidencia actual sobre problemas psiquiátricos y de salud mental relacionados la pandemia del COVID-19*”. Realizó un estudio del tipo metaanálisis, descriptivo, transversal, seleccionando 37 artículos que estudiaran las variables COVID-19 y psiquiatría, por medio de una búsqueda sistemática apoyada en software. Se determinó que en los estudios seleccionados había reportes de síntomas depresivos en el 30.3% de una muestra de 1210 ciudadanos chinos. Los mayores niveles de depresión, correspondiendo al 4.3%, se encontraban principalmente en individuos con sintomatología que concordaba con la descrita en COVID-19 y que carecían de confianza en la competencia del personal sanitario en resolver su situación. En el

caso del personal de la salud los reportes de síntomas depresivos llegaban hasta a 50.4%. Cabe destacar que la media histórica del país de depresión antes de la pandemia era de 6.8%, aunque también se refiere que por normas culturales hay un subregistro de casos de depresión en China. El estudio demostró la prevalencia incrementada de depresión, tanto en población general como en personal de salud. Concluyó que el abordaje integral de la salud mental era requerido en el contexto de la pandemia, y que parte de ello recaía en desarrollar planes de intervención multidisciplinarios por parte del personal de salud para fomentar mejores interacciones sociales y cooperación entre el personal, que se traducían en mejor calidad de atención, como reflejó el antecedente de la gripe H1N1 en el 2009 (9).

**Chávez y Huarcaya, (2020)** el estudio tuvo por meta *“Determinar la relación que existe entre la gestión de la prevención de infecciones y el proceso de atención en las áreas críticas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2019”*. Efectuaron un estudio tipo descriptivo, correlacional, y transversal en una muestra de 80 pacientes hospitalizados por más de 48 horas y 74 profesionales de la salud, siendo las variables de estudio la gestión de la prevención de infecciones y el proceso de atención. Usaron la técnica de la encuesta para recolectar datos por medio de dos instrumentos, la Guía de observación sobre Gestión de la Prevención de Infecciones y el Cuestionario de proceso de atención. Se validaron ambos instrumentos mediante el alfa de Cronbach obteniendo 0.88, siendo de fuerte confiabilidad, y se comprobaron las hipótesis de estudio mediante la prueba de Spearman ( $p=0.05$ ,  $Sig=0.00$ ,  $r=0.56$ ), demostrando así la existencia de una correlación positiva entre las dos variables de estudio. Se concluyó que las

infecciones intrahospitalarias eran un problema de salud que podía abordarse mediante capacitaciones constantes al personal sobre procesos de atención para garantizar la mejora continua en calidad de servicios brindados, lo que iría acompañado de la creación de una cultura de prevención, sobre todo en áreas críticas, lo cual se aplica a salas de hospitalización en otros centros hospitalarios en problemas de salud relevantes para el sector como lo es la salud mental y las enfermedades psiquiátricas (12).

**Laguna, et al. (2019)**, la investigación que tuvo por objetivo “*Diagnosticar y plantear una propuesta de mejora al proceso de atención en el Servicio de Emergencia del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas*”, siendo un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, y prospectivo. La muestra fue de 70 procesos de atención efectuados cuya información fue recolectada y registrada, para identificar los problemas asociados al proceso de atención de este establecimiento de salud nivel III-2 y así proceder a las propuestas de mejora. La información cuantitativa fue analizada mediante medidas de tendencia central para elaborar una matriz de priorización. Se encontró que la mediana de atención del Servicio de Emergencia era de 367,5 minutos, y que los factores que causaban ello eran la demora en toma de muestras y procesamiento de resultados, falta de equipos médicos, y falta de personal capacitado en manejo de emergencia con trato adecuado al usuario externo. Se concluyó como solución la mejora en dotación de equipos e infraestructura, así como planes anuales de capacitación y sensibilización del personal, pues se asoció que una mejora en el proceso de atención implicaba no solo el componente material sino el mismo recurso humano (20).



**Contreras, (2018)**, la investigación tuvo por objetivo “*Determinar los factores asociados a la ansiedad y depresión hospitalaria en pacientes ingresados al Servicio de Medicina Interna del Centro Médico Naval*”, siendo un estudio de tipo analítico y observacional, con 99 pacientes como muestra que tuvieron más de 48 horas hospitalizados. Se empleó como instrumento la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, y se hizo empleo el chi-cuadrado para hallar los factores asociados y el odds ratio para evaluar el tamaño de efecto de los factores. Se obtuvieron los resultados que los factores asociados a ansiedad y depresión hospitalaria eran sexo ( $p=0.031$ , Sig=0.05), diabetes ( $p=0.011$ , Sig=0.05) y ausencia de acompañante ( $p=0.02$ , Sig=0.05). El mayor tamaño de efecto se dio con el sexo femenino (OR=2.663, IC: 1.076-6.593) y ausencia de acompañante (OR=3.5, IC:1.210-13.12). Se concluyó que los principales factores asociados a ansiedad y depresión hospitalaria fueron el sexo femenino del paciente, la diabetes y la ausencia de acompañante. Este último hecho es importante recalcar pues debido a la pandemia del COVID-19 se ha restringido el acceso de familiares a las salas de hospitalización, así como una reducción en el contacto entre el profesional de la salud y el paciente (21).

**Chilin, (2018)**, el trabajo tuvo por objetivo el “*Determinar la relación de la comunicación y apoyo emocional de enfermería en la percepción del familiar del paciente crítico internado del Centro Médico Naval*”. Su investigación fue de enfoque cuantitativo, no experimental, y transversal, con una muestra de 62 familiares de pacientes determinados como críticos que fueron admitidos a una sala de hospitalización del CMN. Empleó el instrumento titulado “Percepción de los

familiares de los Pacientes críticos” que se compone por 28 ítems, y obtuvo una confiabilidad de 0.805 según el alfa de Cronbach. Mediante el uso de rho de Spearman ( $p=0.000$ , Sig 0.05,  $r= 0.822$ ), se evidenció que la comunicación está relacionada con el apoyo emocional, determinando que existe una relación directa entre ambas variables que se encuentran dentro de la dimensión de relaciones interpersonales de la calidad de atención, puesto que la comunicación y apoyo emocional son parte de ella. A modo de conclusión se postuló la importancia de formular un plan estratégico que incida en estos hallazgos para la mejora del calidad de atención para una mejora del cuidado del paciente crítico y así generar en el familiar una buena percepción del servicio brindado (22).

**Cancho y Herrera, (2018)**, el trabajo tuvo por objetivo “*Evaluar la relación entre la resiliencia y la depresión de los pacientes militares con VIH que acuden al Centro Médico Naval*”. Su estudio fue descriptivo, analítico, y transversal, y estudiaron una muestra de 90 pacientes del CMN con diagnóstico de VIH. Emplearon el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de resiliencia de Wagnild y Young. Obtuvieron como resultado que el 66.7% de los encuestados tenían un nivel alto de resiliencia y un 30% un nivel regular, siendo el 3.3% poseedor de un nivel bajo, mientras que el 73.3% de pacientes no tenían depresión, ello contrastado al 27.7% que la presentó en algún grado. El cálculo con chi-cuadrado dio un resultado de 54.608 con un p-valor de 0.000, y se concluyó que existe un factor protector de la resiliencia hacia la depresión, que se puede atribuir a la formación propia del efectivo naval y a las buenas prácticas de la institución por el

cumplimiento de la Norma Técnica N°097/MINSA/2018/DGIESP-V.03, que incluyen un calidad de atención humanizado y bien estructurado (23).

**Runzer, et al. (2017)**, el trabajo tuvo por objetivo “*Determinar la asociación entre depresión y dependencia funcional correlacional en pacientes adultos mayores del Centro Geriátrico Naval*”. Efectuaron un estudio tipo retrospectivo, transversal, y analítico en una muestra de 625 pacientes del Centro Geriátrico Naval, que forma parte de las instalaciones del CMN, estando dentro del mismo, y cuya atención se orienta los pacientes geriátricos hospitalizados para cuidado especializado, siendo las variables de estudio la depresión y la dependencia funcional. Se usaron los índices clínicos de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el Índice de Dependencia Funcional de Barthel, especialmente desarrollados para uso en adultos mayores. Se determinó que la depresión se asoció de manera fuerte e independiente con una mayor dependencia funcional, pues por cada punto obtenido en la Escala de Yesavage, se aumentaban  $4.8 \pm 1.82$  puntos en el Índice de Barthel, lo que se traducía en que mientras mayor la depresión, mayor la posibilidad de desarrollar dependencia funcional. Se concluyó que existe era necesario tomar medidas para intervenir en los síntomas depresivos en los pacientes del CMN, así como establecer políticas de salud públicas basadas en evidencia para abordar esta enfermedad de salud mental, en las que se incluye la mejora de la calidad de atención de manera integral en pacientes con riesgo a la depresión (24).

## 2.2 Bases teóricas

## **2.2.1 Calidad de atención**

### **2.2.1.1. Concepto**

La calidad de atención se define como el rendimiento del conjunto de procedimientos, acciones, e intervenciones en general, que se dan en principio de manera estructurada y secuenciada por parte del personal de salud, basados en su calidad de relaciones interpersonales, actitud del personal de salud, y competencias científico-técnicas, las cuales tienen por meta el resolver los problemas de salud de los pacientes, buscando brindar resultados positivos del mejor modo posible (12).

La calidad de atención ha sido materia de estudio tanto por el personal asistencial como el administrativo en el sector salud por ser uno de los principales indicadores de desempeño, pues es fácilmente apreciable por parte del público en general y es relativamente fácil de estudiar gracias a la creación de diversos modelos teóricos como parte de la gestión del control de calidad (25). Este énfasis en la calidad es relativamente reciente, puesto que previo al siglo XX la opinión popular consideraba a los establecimientos sanitarios y al personal que laboraba en ellos como desprovistos de empatía y distanciados de la necesidad de brindar un trato humanizado al paciente – Este es un estigma que aún al día de hoy se asocia al sector salud en diversas latitudes, y que se atribuye en mayor manera a los hospitales públicos (26). En un estudio omaní del 2021, que consistió en estudiar las percepciones de calidad de 367 pacientes hospitalizados en dos establecimientos públicos, se halló la impresión por parte de los entrevistados de que el personal no era consciente de sus necesidades como enfermos o de la calidad de servicio, pese a la idea de que estaban bien preparados en el plano académico (27). Una investigación etíope del 2020 halló que, tras estudiar a una muestra de 398 pacientes

hospitalizados en un establecimiento público, que solo el 46% de los entrevistados estaba satisfecho por la atención recibida al margen de que se hubiera resuelto el cuadro de fondo que llevó a su internamiento – La calidad del servicio recibido les pareció inadecuada pese a la destreza profesional del personal (28).

El estudio de la calidad de salud deriva del modelo SERVQUAL, desarrollado originalmente en 1988 por Parasuraman et al, el cual es un cuestionario estandarizado auto aplicado de 22 preguntas, originalmente diseñado para el ámbito comercial. Más precisamente, su diseño se orientó para la investigación de mercado en torno a las percepciones de los clientes de la calidad del servicio recibido por parte de la entidad proveedora de éste (29).

Sin embargo, su efectividad y simplicidad fueron bastante resaltantes, y prontamente en la década siguiente desde su concepción fue readaptado para la evaluación de los servicios de salud, tanto públicos como privados, principalmente en hospitales que cumplen con la equivalencia peruana de ser nivel III, por contar con servicios de especialidades médicas clínicas y quirúrgicas, servicios de radiología y laboratorio clínico, así como salas de hospitalización y unidad de cuidados intensivos (UCI). A la fecha de hoy es una de las principales herramientas para la evaluación de percepciones de calidad de atención (30).

En el caso del presente trabajo, se hará uso de una variante de la encuesta SERVQUAL ya validada y empleada en un estudio predecesor de Chávez y Huarcaya (2020), también realizado en un hospital nivel III-1 en los pacientes hospitalizados, considerando los antecedentes metodológicos que nos demuestran la

validez del constructo SERVQUAL y su adaptabilidad para ser usados en cualquier contexto sanitario, como lo es la presente pandemia del COVID-19 (12).

### **2.2.1.2 Importancia**

La importancia del modelo SERVQUAL para examinar la calidad de atención en el ámbito sanitario derivan del hecho que su empleabilidad no pasó inadvertida por el MINSA – En el 2011 se aprobó la Resolución Ministerial N° 527-2011-MINSA, que estipulaba el empleo de Guía Técnica para la Evaluación de Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo, que basaba su enfoque metodológico en un modelo SERVQUAL adaptado a tanto el sector sanitario como al contexto nacional (31).

Sería a partir de ello que diversos trabajos de investigación a nivel nacional empleasen y readaptasen esta herramienta, las cuales a su vez se verían robustecidas tras la demostración efectuada por Cabello y Chirinos (2012) de que las encuestas SERVQUAL modificadas eran potencialmente igual de validas y útiles que la versión original (32). Trabajos sucesivos, como el de Tinoco (2016) y el de Larrea (2016) se darían en EESS nivel III de carácter similar, pues fueron en los hospitales de la Fuerza Aérea del Perú y la Policía Nacional del Perú, destacando que fueron previos a la pandemia del COVID-19 (33,34).

### **2.2.1.3 Dimensiones**

Mediante el instrumento adaptado por Chávez y Huarcaya (2020) es que el proceso de atención se describe que se compone por tres dimensiones que revisten el manejo de la salud del paciente por parte de los profesionales pertenecientes al establecimiento de salud. Dichas dimensiones son las relaciones interpersonales, la

actitud del personal de salud, y las competencias científico-técnicas, las cuales son determinantes en la eficacia de la calidad de atención bien estructurado, secuenciado, y por ende completo, que no solo responde a las necesidades inmediatas del paciente, pero que a la vez, responde a mitigar o evitar la aparición de otras necesidades derivadas de un calidad de atención mal implementado, como lo pueden ser las enfermedades de salud mental durante la hospitalización del paciente, como lo es la depresión (35).

#### Relaciones interpersonales

Por esta dimensión se hace alusión a la calidad de la dinámica existente entre el binomio profesional de la salud-paciente, en la cual debe primar el respeto por el paciente y su enfermedad, el tiempo que implica recibir una atención de calidad, el entendimiento del deseo del paciente por dar a conocer su información personal según su voluntad, y el profesionalismo del personal durante toda la atención al margen de las circunstancias propias de la misma, como fueren emergencias ocurridas durante la misma, lo cual es un reflejo del grado de entrenamiento del mismo (36).

#### Actitud del personal de salud

Esta dimensión hace referencia a la postura que toma el personal asistencial del establecimiento de salud en torno a sus pacientes y sus diagnósticos, así como del mundo interno de los mismos durante la atención. Una actitud positiva, por lo tanto, no solo se circunscribe a diagnosticar al paciente, sino a brindarle la orientación necesaria para afrontar sus padecimientos y cuidados posteriores al abordaje

medico/quirúrgico, mientras que se reconozcan y respeten sus creencias personales, así como sus limitaciones, sean materiales o de conocimiento, lo cual refleja la actitud holística de calidad de atención del profesional de la salud más allá del paternalismo, pues se valora la autonomía y sentimientos del paciente (37).

#### Competencias científico-técnicas

Por esta dimensión se hace referencia a la capacidad del personal de efectuar los abordajes necesarios de manera efectiva, eficaz, confiable, segura, continuada, e integra. Valga decir, para que se valore de manera positiva, es necesario que el personal sea competente en sus labores de manera transversal, lo cual incluye su capacidad de abordar a pacientes con diverso trasfondo socioeconómico y cultural, así como su capacidad de hacerlo de manera coherente con los principios básicos de la bioseguridad, lo cual refleja no solo su conocimiento de esta, sino su preocupación por el bienestar tanto del paciente como del mismo efectivo que brinda la atención (38).

### **2.2.2 Sintomatología depresiva**

#### **2.2.2.1 Concepto**

La sintomatología depresiva se define como el conjunto de síntomas propios del trastorno depresivo mayor, también conocido como depresión, que es caracterizado por un ánimo disminuido y la anhedonia (DSM.5), o el ánimo disminuido, anhedonia, y energía reducida (ICD-10). Es necesario recalcar que los síntomas previamente referidos de existir por un plazo superior a dos semanas, y con una gravedad que impiden el desarrollo de la vida cotidiana, son los que definen el



diagnóstico, puesto que se describe en la literatura clínica que se pueden presentar más síntomas y signos asociados a esta condición psiquiátrica, derivados de la somatización del trastorno o el mismo estilo de vida del paciente, que pueden incluir desde mialgias hasta cefalea o estreñimiento crónico, los cuales pudieran no tener una explicación orgánica directamente aparente, y suelen incluso ser los que preludian al diagnóstico definitivo del trastorno depresivo mayor (11).

#### **2.2.2.2 Importancia**

La sintomatología depresiva es uno de los principales síntomas psiquiátricos a lo largo del orbe, y en lo que se refiere a la depresión como enfermedad, al 2017 se estimó que 163 millones de personas vivían con la condición, lo cual representa al 2% de la población mundial. Ello significa que es solamente superada por la lumbalgia como una de las principales causas de años vividos con discapacidad. Su diagnóstico muchas veces suele ser evasivo por el retraimiento inherente a la condición, así como los referidos síntomas y signos que pudieran asociarse al trastorno, lo cual dilata aún más el tiempo necesario para establecer el diagnóstico definitivo, lo que a la larga provoca que el paciente no acuda al servicio especializado por voluntad propia, siendo frecuente que se diagnostique el cuadro de manera secundaria a otro problema, que incluye las tentativas de suicidio en casos severos de la enfermedad (39).

De acuerdo a la Ley N°26842, Ley General de Salud, la salud es “la condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo”, por lo cual en sus acápites se refiere la responsabilidad del Estado el velar por la salud mental y la calidad de atención

adecuada de los servicios de salud (40). Esto motivaría que la calidad de atención fuera vista como prioridad por parte del Ministerio de Salud desde la adopción de la Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, la cual aprobó la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo, que fuera el primer grupo de lineamientos enfocados al tema en el 2011 (31). Sin embargo, uno de los componentes principales del bienestar del paciente, que repercute en su satisfacción de la calidad de atención, que es la salud mental, recién sería abordado íntegramente por el Estado por medio de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, promulgada el 2019 (41). Esta necesidad era particularmente imperiosa pues antes del 2020 a nivel nacional se estimó que 1.7 millones de compatriotas, alrededor del 5% de la población peruana, presentaban un diagnóstico de trastorno depresivo mayor, lo cual impacta negativamente en su calidad de vida, siendo una importante causa de años vividos con discapacidad (42).

### **2.2.2.3 Dimensiones**

En este caso, la única dimensión es la depresión, siendo una variable unidimensional dependiente de la variable Calidad de atención. Su dimensionamiento permite que pueda evaluarse mediante el uso de la escala clínica PHQ-9, la cual fuera modificada, validada, y empleada en estudios en el contexto nacional e internacional, tanto previos como contemporáneos a la pandemia del COVID-19, que refirieron las medidas de distanciamiento social como factores de riesgo para el desarrollo de trastorno depresivo mayor (43).

### **2.2.3 Paciente hospitalizado**

#### **2.2.3.1 Concepto**

El paciente hospitalizado es aquel usuario externo de un establecimiento de salud que, por efectos de su enfermedad, acude al mismo y se determina tras la evaluación médica que debe permanecer internado para un seguimiento constante hasta la resolución del cuadro – Este abordaje suele reservarse para condiciones complejas de tratar de manera ambulatoria por consultorio, o que presentan alta probabilidad de complicarse en caso de que el seguimiento no sea óptimo (44). Bajo normativa peruana, los establecimientos de salud de nivel II-2 en adelante tienen que tener capacidad de internar pacientes, y de darles la hospitalización con calidad de atención satisfactoria según sus necesidades; el CMN siendo un establecimiento nivel III-I se encuentra bajo este requerimiento (45).

#### **2.2.3.2 Importancia**

El paciente hospitalizado, como consecuencia tanto de su enfermedad como del cambio de entorno, es susceptible a desarrollar sintomatología depresiva, en especial si el internamiento se prolonga en sobremanera y la calidad de atención no es adecuada (46). Un metaanálisis del 2022 que comparó 20 estudios realizados en pacientes hospitalizados de Asia, Europa, Australia y los Estados Unidos, con respecto a su satisfacción con la calidad de atención recibida durante la pandemia del COVID-19 reveló los beneficios en la prognosis de los mismos si la calidad fue óptima, y que había que desarrollar mejores esquemas de evaluación y seguimiento para asegurar mantener indicadores positivos en la atención hospitalaria (47).

Es necesario mencionar que se han hecho investigaciones previas en población en general que nos revelan la prevalencia de la sintomatología depresiva - Un estudio

nacional del 2020 realizado en 565 adultos residentes en Lima halló que 39% de ellos padecían de sintomatología depresiva durante los meses que duró el aislamiento obligatorio por causa de la pandemia del COVID-19 (48). Del mismo modo, se realizaron artículos sobre la prevalencia de sintomatología depresiva en el personal de salud, lo cual repercutió negativamente en la calidad de atención que ofrecían - Una investigación realizada en el 2021 en 88 médicos especialistas en centros designados para pacientes diagnosticados con COVID-19 determinó que 45.55 tenían sintomatología depresiva moderada a severa (49). Por ello, y considerando los antecedentes previamente referidos, es que se debe estudiar de manera individualizada a la población hospitalizada en nuestro contexto local.

## **2.3 Formulación de hipótesis**

### **2.3.1. Hipótesis general**

Existe relación entre la calidad de atención y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados.

### **2.3.2. Hipótesis específicas**

HA1: Existe relación entre las relaciones interpersonales y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados.

HA2: Existe relación entre la actitud del personal de salud y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados.

HA3: Existe relación entre las competencias científico-técnicas y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados.



## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1 Método de la investigación**

El método fue hipotético-deductivo, pues a través de hipótesis que se buscó demostrar o refutar, se establecieron las conclusiones del presente trabajo, las cuales confrontamos con la realidad y así se plantearon los aportes a la situación patente (50).

### **3.2 Enfoque de la investigación**

El enfoque fue cuantitativo, cumpliendo con la medición y cuantificación de los datos, para así cumplir con el objetivo de probar o rechazar las hipótesis planteadas, fortaleciendo o deconstruyendo la teoría planteada, y mediante esta óptica secuencial basada en el paradigma positivista es que se pudo además generar una tendencia de investigación y data para futuros investigadores del tema planteado (51).

### **3.3 Tipo de la investigación**

La investigación fue de índole aplicada, pues mediante el enfoque científico buscamos identificar una problemática actual, y discutimos posibles medidas de solución que sean validas en el contexto espaciotemporal donde se desarrolló este trabajo (52)..

### **3.4 Diseño de la investigación**

El diseño de la investigación fue no experimental y transversal, no manipularon las variables, y se tomaron los datos en un marco temporal puntual. Se dio una aproximación descriptiva y correlacional, al mismo, pues buscamos a partir de la descripción de los hallazgos establecer relaciones y así generar cabida a futuras investigaciones sobre esta temática (53).

### **3.5 Población**

La población consistió en los pacientes hospitalizados en el Centro Médico Naval (CMN) en sus diversas salas y servicios, que como máximo fueron 100 considerando el número total de camas disponibles, tomando en cuenta los criterios de selección, según la información oficial reportada a la DIRESA Callao (54). En torno al reclutamiento de los participantes, se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

#### **Criterios de inclusión**

- Participantes deseosos de colaborar con la investigación que sean mayores de edad.
- Participantes orientados en tiempo, espacio, persona.
- Participantes que hayan sido dados de alta de Unidad de Cuidados Intensivos, y se hallen hospitalizados.
- Participantes hospitalizados que dieran su consentimiento para participar, pero que, por motivos diversos, no pudieran efectuar su participación de manera independiente, y requieran apoyo de un tercero.

#### **Criterios de exclusión**

- Participantes que manifiesten su negativa a participar, que no estén orientados en tiempo, espacio, persona, o cuyos familiares no deseen permitir su participación.
- Pacientes menores de edad.
- Pacientes con gestación activa o puérperas.
- Participantes con menos de 48h de hospitalización en el CMN.
- Participantes que no hayan sido internados en Unidad de Cuidados Intensivos previo a su hospitalización.

#### **Muestra**

Tomando como referencia las estimaciones de los estudios previos con temática similar dentro del CMN por parte de Torrejon et al (2018) y de Contreras (2018), que consideraron las peculiaridades propias de la institución castrense que mantiene el número total de personal y pacientes en reserva, la muestra se obtuvo mediante la fórmula de población finita (21,55).

$$n = (N \times Z^2_{\alpha} \times p \times q) / (d^2 \times (N - 1) + Z^2_{\alpha} \times p \times q)$$

El tamaño de muestra total fue de  $n = 80$  participantes, considerando que:

Tamaño de población =  $N$  (100)

Nivel de confianza =  $Z^{\alpha}$  (1.96)

Proporción a favor =  $p$  (0.5)

Proporción en contra =  $q$  (0.5)

Error de precisión =  $d$  (0.05)

### **Muestreo**

Se empleó el muestreo aleatorio simple, el cual consiste en que cada elemento de la población tiene la misma posibilidad de ser elegido para formar parte del estudio, provisto que cumpla con los criterios de selección previamente planteados. De este modo la selección fue aleatoria e imparcial, permitiendo obtener resultados representativos de la población para su posterior análisis (53).



### **3.6 Variables y operacionalización**

#### **Variable 1 (x) – Calidad de Atención**

Definición conceptual: Rendimiento del conjunto de procedimientos, acciones, e intervenciones en general, que se dan en principio de manera estructurada y secuenciada por parte del personal de salud, las cuales tienen por meta el resolver los problemas de salud de los pacientes, buscando brindar resultados positivos del mejor modo posible.

#### **Variable 2 (y) – Sintomatología depresiva**

Definición: Conjunto de síntomas propios del trastorno depresivo mayor, que se caracteriza como una condición transitoria o permanente de ánimo reducido, de al menos dos semanas de duración, caracterizada por sensación de infelicidad, incapacidad de sentir placer por las cosas o de realizar actividades que otrora brindasen gozo al afectado, y poca energía, que en sí pudieran afectar la vida cotidiana del paciente.

#### **Matriz de operacionalización de las variables**

##### **Variable 1 (x) – Calidad de atención**

Definición operacional: Rendimiento del conjunto de intervenciones estructuradas y secuenciadas por parte del personal de salud, basadas en tres dimensiones, con el objetivo de resolver los problemas de salud de los pacientes. El valor final se obtiene como una suma total del puntaje obtenido al término del instrumento, basado en la percepción del paciente tras recibir el

servicio, la cual se convertirá en un porcentaje tomando como denominador el valor máximo obtenible por dimensión, el cual se hallará en una de las escalas valorativas.

Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Relaciones Interpersonales	Identificación Tiempo de espera Comunicación Trato profesional durante atención Atención adecuada Confidencialidad Interés de atención Sensación de seguridad	Ordinal	Nunca (1 puntos) A veces/En desacuerdo (D) (2 puntos) Ni a veces, ni frecuentemente/Ni de acuerdo ni en desacuerdo (NA) (3 puntos) Frecuentemente/De acuerdo (A) (4 puntos) Muy frecuente/Totalmente de acuerdo (TA) (5 puntos)
Actitud del personal de salud	Trato profesional durante trámites Interés de brindar atención Orientación sobre cuidado personal Orientación sobre posibles complicaciones Accesibilidad a solicitudes Atención sanitaria oportuna Respeto a creencias personales Apoyo emocional		<u>Rangos</u>  Aceptable (X>60%)  En proceso (40-60%)  Por mejorar (X<40%)

Competencias científico-técnicas	Vocación de servicio Atención humanizada Seguridad durante procedimientos. Capacidad profesional Conocimiento de bioseguridad Trato sin discriminación		
----------------------------------	---	--	--

### **Variable 2 (y) – Sintomatología depresiva**

Definición operacional: Conjunto de síntomas propios del trastorno depresivo mayor, que se caracteriza como una condición transitoria o permanente de ánimo reducido, de al menos dos semanas de duración de modo ininterrumpido, caracterizada por sensación de infelicidad, anhedonia y fatiga, que afectan la vida cotidiana del paciente. Mediante el criterio de clasificación de la severidad de la presentación de un síntoma del trastorno depresivo en una frecuencia medida en días que se experimentaron los síntomas es que se obtiene la suma total final que se hallará en una de las escalas valorativas.

Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Síntomatología depresiva	Anhedonia Trastorno del ánimo Trastorno del sueño Fatiga Trastorno del apetito Sensación de fracaso Niebla cerebral Trastorno del pensamiento Trastorno del lenguaje Ideación suicida	Ordinal	Ningún día (0 puntos) Varios días (entre 1 a 6 días) (1 punto) Más de la mitad de los días (entre 7 a 11 días) (2 puntos) Casi todos los días (12 o más días) (3 puntos)
			<u>Rangos</u> Ninguna (0-4) Leve (5-9) Moderado (10-14) Moderadamente severo (15-19) Severo (20-27)

### **3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.7.1. Técnica**

Para la realización del presente estudio, se empleó la técnica de la encuesta, la cual consistió en una ficha de datos demográficos del entrevistado y dos instrumentos de medición en la forma de cuestionarios titulados “Cuestionario de proceso de atención” y “Patient Health Questionnaire-9”, que midieron las variables Calidad de atención y sintomatología depresiva respectivamente.

#### **3.7.2 Descripción de los Instrumentos**

##### **Cuestionario de proceso de atención**

El Cuestionario de proceso de atención, basado en la metodología SERVQUAL, a emplear se compone por 30 preguntas, las cuales responden a la dimensión Relaciones Interpersonales (1 a 10), Actitud del personal de la salud (11 a 20), y Competencias científico-teóricas (21 a 30). El cuestionario es autoadministrado, se basa en la escala Likert, y posee los siguientes rangos de medición: Nunca (1), Pocas veces (2), Algunas veces (3), Casi siempre (4), Siempre (5). Para determinar el puntaje final, se establece un promedio final en el puntaje obtenido, el cual se mide como porcentaje, guiándose de la siguiente métrica: Aceptable ( $X > 60\%$ ), En proceso (40-60%), Por mejorar ( $X < 40\%$ ). Como se refirió previamente, el presente instrumento ya fue validado en una investigación anterior, habiendo sido readaptado de su versión original, que a su vez fuera validada por el MINSA mediante los documentos OGE - RENACE/VIGIA. HOSP. DT 005 - 2000 V.1 y la RM N° 527-2011/MINSA (12).

### **Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)**

El Patient Health Questionnaire-9 es una escala autoadministrada compuesta por 9 ítems, y buscan evaluar la sintomatología depresiva durante las dos semanas previas al uso del instrumento. También basado en una escala Likert, cada punto se evalúa del siguiente modo según la frecuencia de los síntomas: 0 (Ningún día) a 3 (Casi todos los días). Ello permite desprender 5 categorías de severidad del trastorno depresivo: Ninguna (0-4), leve (5-9), moderado (10-14), moderadamente severo (15-19) y severo (20-27). Estudios previos en Hispanoamérica han corroborado la validez del instrumento para la evaluación de la depresión en nuestro contexto; este estudio empleó la versión modificada del PHQ-9 para nuestro país (56).

#### **3.7.3 Validación**

La validación se refiere a si un determinado instrumento puede medir lo que se espera que mida, y así permita obtener conclusiones relevantes en torno a las variables de estudio y a la población seleccionada (57). En el caso del PHQ-9, se realizó la validación en su versión peruana previo a ser usado en población nacional tras una reunión de expertos en salud mental, obteniéndose una valoración de validación de 0,870 (58). En el caso del Cuestionario de proceso de atención, se validó tras una prueba piloto y un comité de cinco expertos en materia de gestión en salud, obteniéndose una valoración de validación de 0,882 (12).

#### **3.7.4 Confiabilidad**

La confiabilidad se refiere a que los instrumentos midan consistentemente lo que dicen que van a medir, es decir, que en futuros usos no hayan variaciones significativas y se mantenga una consistencia en los resultados – Resultados por

encima de 0.700 reflejan que el instrumento tiene buena confiabilidad (59). En el caso del PHQ-9 en su versión peruana, se determinó mediante alfa de Cronbach que su confiabilidad es de 0.870 (43). Del mismo modo, se determinó que la confiabilidad del Cuestionario de proceso de atención tiene una confiabilidad de 0.882 (12).

Las fichas técnicas de los instrumentos empleados son las siguientes:

<b>Ficha técnica del Instrumento N°1</b>	
Nombre del instrumento:	Cuestionario de proceso de atención
Autor(a):	Chávez y Huarcaya (2020), adaptado de Ministerio de Salud (2011)
Objetivo del estudio:	Determinar el nivel del proceso de atención.
Procedencia:	Perú
Administración:	Individual /Físico
Duración:	10 minutos
Muestra:	80 participantes
Público objetivo:	Pacientes hospitalizados y sus familiares del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión
Dimensiones:	Relaciones interpersonales (10 ítems) Actitud del personal de la salud (10 ítems) Competencias científico-técnicas (10 ítems)
Escala valorativa:	Nunca (1 puntos) A veces/En desacuerdo (D) (2 puntos) Ni a veces, ni frecuentemente/Ni de acuerdo ni en desacuerdo (NA) (3 puntos) Frecuentemente/De acuerdo (A) (4 puntos) Muy frecuente/Totalmente de acuerdo (TA) (5 puntos)
Confiabilidad:	0,882

<b>Ficha técnica del Instrumento N°2</b>	
Nombre del instrumento:	Cuestionario sobre la salud del paciente-9
Autor(a):	Villareal-Zegarra et al (2020), adaptado de Kroenke et al (2001)
Objetivo del estudio:	Evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva.
Procedencia:	Perú
Administración:	Individual /Físico
Duración:	5 minutos
Muestra:	30449 participantes
Público objetivo:	Población peruana urbana y rural mayor de edad de origen multiétnico y diverso nivel socioeconómico
Dimensión:	Depresión (9 ítems)
Escala valorativa:	Ningún día (0 puntos) Varios días (entre 1 a 6 días) (1 punto) Más de la mitad de los días (entre 7 a 11 días) (2 puntos) Casi todos los días (12 o más días) (3 puntos)
Confiabilidad:	0,870

### **3.8 Plan de procedimiento y análisis de datos**

Tras haber obtenido el permiso de acceso a los pacientes y personal, se les invitó verbalmente a participar en el llenado de los instrumentos, previa otorgación del consentimiento informado. El llenado de los instrumentos demoró menos de 30 minutos, y en los casos en que el paciente mantuviera su deseo de participar, pero se viera limitado por algún impedimento físico que le impidiera completar manualmente las fichas, solicitó el apoyo de un familiar que estuviera presente para hacerlo en su representación.



Una vez se recolectaron 80 instrumentos se procedió mediante el análisis estadístico de las variables operacionalizadas en el apartado 3.6. Las variables cuantitativas se trabajarán mediante medidas de resumen y de desviación estándar, mientras que las variables cualitativas se abordarán mediante cálculos de proporciones.

Se empleó el programa estadístico SPSS versión 20, y el programa Microsoft Excel 365, se usó la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov, y la prueba no paramétrica estadística de Rho de Spearman. El presente estudio consideró 0,05 como el nivel de significancia estadística.

### **3.9 Aspectos éticos**

La presente investigación fue evaluada y avalada por el comité de ética del Centro Médico Naval. Para garantizar la autonomía del participante, se empleó la figura del consentimiento informado, el cual fue entregado a todo interesado en colaborar con el proyecto. Asimismo, se guardó el anonimato de las identidades de los participantes y la confidencialidad sobre sus respuestas individuales, estableciendo que los datos brindados solo se emplearon para el presente estudio.

El Comité de Ética se ciñe bajo los principios de la declaración de Helsinki, que desde 1964 se mantiene como uno de los documentos más importantes en la ética en la investigación, procurando salvaguardar la dignidad del participante en experimentos que requieran sujetos humanos, al preservar el respeto hacia la persona, el derecho a la libre determinación y a tomar decisiones informadas durante el curso de la investigación (60).

El consentimiento informado empleado se deriva del código de Nuremberg que nació en 1947 tras los juicios a criminales de guerra nazis que efectuaron experimentos en humanos sin su consentimiento o consideración por el bienestar de sus sujetos de prueba; la finalidad del mismo es garantizar que se cumplan los diez puntos de lo que constituye un experimento permisible, que incluyen que los participantes en las investigaciones den su consentimiento de manera voluntaria sin coerción, que se busque mediante el estudio el bienestar de la humanidad, y que los involucrados tengan la capacidad de cesar su participación en cualquier momento de manera libre (61).

La Universidad Privada Norbert Wiener en su Reglamento de Ética de la Investigación contempla que el investigador debe efectuar sus trabajos de manera transparente y respetuosa de las normas legales vigentes – Se opone abiertamente a toda forma de plagio académico, y como manera de control se emplean herramientas tecnológicas para detectar el mismo, como el software Turnitin (62).

El presente trabajo se ciñe a la Resolución Ministerial N°233-2020-MINSA que estipula las consideraciones éticas para la investigación en salud con seres humanos en territorio nacional, en la cual se contemplan estudios no experimentales como el presente para que se lleven a cabo de manera ética (63).

Finalmente, de acorde a la Ley N°29733, Ley de Protección de Datos Personales, los datos recopilados de los participantes fueron empleados únicamente para propósitos de la investigación, y no se usaron con otros fines ni se diseminaron, así como se tomaron las medidas necesarias bajo responsabilidad del investigador de que no se comprometieran las identidades y confidencialidad de los participantes (64).

## CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

### 4.1 Procesamiento de datos

#### 4.1.1 Análisis descriptivo

Mediante el software SPSS se analizaron los datos recabados por medio de los instrumentos de estudio designados, usando la estadística descriptiva para obtener la frecuencia y porcentajes de interés que permiten identificar y determinar la relación entre las variables proceso de atención y depresión para hacer la discusión del caso.

**Tabla 1:** Calidad de Atención según los pacientes en las Salas de Hospitalización del Centro Médico Naval en el año 2022

Calidad de Atención	Frecuencia	Porcentaje
Aceptable	59	73,8
En proceso	21	26,3
Total	80	100,0

Fuente: Base de datos SPSS 26, 2023

**Interpretación:** En la Tabla 1 podemos apreciar que el 73.8% (n=59) de pacientes reporta que la calidad de atención es aceptable, mientras que 26.3% (n=21) señala que está en proceso. Ello infiere que el 73.8% de los pacientes considera que la calidad de atención es aceptable, y que cubre con sus expectativas.

**Tabla 2:** Sintomatología depresiva según los pacientes en las Salas de Hospitalización del Centro Médico Naval en el año 2022

Sintomatología depresiva	Frecuencia	Porcentaje
Leve	33	41,3
Moderado	43	53,8
Moderadamente severo	3	5,0
Total	80	80,0

Fuente: Base de datos SPSS 26, 2023

**Interpretación:** En la Tabla 2 podemos apreciar que el 41.3% de pacientes (n=33) reporta que el nivel de sintomatología depresiva es leve, mientras que 53.8% (n=43) señala que es leve, y un 5% (n=3) señala que es moderadamente severo. Esto infiere que más de la mitad

de entrevistados tuvieron un grado superior a leve de sintomatología depresiva, y que todos los encuestados manifestaron algún grado de depresión.

#### **4.1.2 Análisis inferencial**

El presente estudio hizo uso de la estadística inferencial para evaluar las hipótesis y estimar los parámetros respectivos, iniciando por la determinación de si la data es paramétrica o no paramétrica por medio de la prueba de normalidad.

El presente estudio empleó la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov al estudiarse una población de más de 50 participantes, buscando comparar la distribución esperada con la distribución empírica de los datos registrados de la población estudiada. Para ello, y considerando nuestros objetivos específicos en conjunto al objetivo general, se estudiaron las tres dimensiones de la variable Calidad de atención.

#### **4.1.3 Prueba de hipótesis**

##### **a) Hipótesis general**

Hipótesis nula ( $H_0$ ): No existe relación entre la calidad de atención y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados.

Hipótesis alterna ( $H_a$ ): Existe relación entre la calidad de atención y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados.

##### **b) Regla de decisión**

Se acepta  $H_a$  si y solo si " $P$ " < 0.05

Se acepta  $H_0$  si y solo si " $P$ " > 0.05

Nivel de confianza: 95% ( $\alpha=0.05$ )

##### **c) Nivel de significancia**

En el presente trabajo, el nivel de significancia teórica es de  $\alpha=0.05$ , lo que corresponde a un nivel de confianza del 95%.

##### **d) Estadístico de prueba**

Para la realización de la prueba de hipótesis se empleó el coeficiente de correlación Rho de Spearman (Tabla 4), pues las variables difieren de la distribución normal en sus datos, valga decir, no presentan normalidad.

**Tabla 3.** Coeficiente de Correlación de Rho de Spearman entre las variables Calidad de Atención y Sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados

			Sintomatología depresiva	Calidad de atención
Rho de Spearman	V1	Coeficiente de correlación	1,000	,020
	Sintomatología depresiva	Sig. (bilateral)	.	,863
		N	80	80
	V2 Proceso de atención	Coeficiente de correlación	,020	1,000
		Sig. (bilateral)	,863	.
		N	80	80

Fuente: Base de datos SPSS 26, 2023

**Conclusión:** En la Tabla 4 podemos apreciar un coeficiente de correlación de Spearman de 0.020 con una significancia estadística de 0.863. Se interpreta considerando nuestra regla de decisión, que hay una relación positiva entre ambas variables, y que debemos aceptar la  $H_a$  y rechazar la  $H_0$ .

### Hipótesis específicas

#### a) Regla de decisión

Se acepta  $H_a$  si y solo si " $P$ " < 0.05

Se acepta  $H_0$  si y solo si " $P$ " > 0.05

Nivel de confianza: 95% ( $\alpha=0.05$ )

#### b) Nivel de significancia

En el presente trabajo, el nivel de significancia teórica es de  $\alpha=0.05$ , lo que corresponde a un nivel de confianza del 95%.

### c) Estadístico de prueba

Para la realización de la prueba de hipótesis se empleó el coeficiente de correlación Rho de Spearman (Tabla 4), pues las variables difieren de la distribución normal en sus datos, valga decir, no presentan normalidad

HO1: No existe relación entre las relaciones interpersonales y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados.

Ha1: Existe relación entre las relaciones interpersonales y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados.

**Tabla 4.** Coeficiente de Correlación de Rho de Spearman entre dimensión Relaciones Interpersonales, y la variable Sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados

			Sintomatología depresiva	Relaciones Interpersonales
Rho de Spearman	V1	Coeficiente de correlación	1,000	-,010
	Sintomatología depresiva	Sig. (bilateral)	.	,929
		N	80	80
	D1 Relaciones Interpersonales	Coeficiente de correlación	-,010	1,000
Sig. (bilateral)		,929	.	
		N	80	80

Fuente: Base de datos SPSS 26, 2023

**Conclusión:** En la Tabla 5 podemos apreciar un coeficiente de correlación de Spearman de -0.010 con una significancia estadística de 0.929. Se interpreta considerando nuestra regla

de decisión, que hay una relación negativa entre ambas variables, y que debemos aceptar la  $H_{a1}$  y rechazar la  $H_{01}$ .

$H_{02}$ : No existe relación entre la actitud del personal de salud y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados.

$H_{a2}$ : Existe relación entre la actitud del personal de salud y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados.

**Tabla 5.** Coeficiente de Correlación de Rho de Spearman entre dimensión Actitud del Personal de Salud, y la variable Sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados

			Sintomatología depresiva	Actitud del Personal de Salud
Rho de Spearman	V1 Sintomatología depresiva	Coeficiente de correlación	1,000	-,104
		Sig. (bilateral) N	. 80	,359 80
	D2 Actitud del Personal de Salud	Coeficiente de correlación	-,104	1,000
		Sig. (bilateral) N	,359 80	. 80

Fuente: Base de datos SPSS 26, 2023

**Conclusión:** En la Tabla 7 podemos apreciar un coeficiente de correlación de Spearman de -0.104 con una significancia estadística de 0.359. Se interpreta considerando nuestra regla de decisión, que hay una relación negativa entre ambas variables, y que debemos aceptar la  $H_{a2}$  y rechazar la  $H_{02}$ .

H03: No existe relación entre las competencias científico-técnicas del personal de salud y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados.

Ha3: Existe relación entre las competencias científico-técnicas del personal de salud y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados.

**Tabla 6.** Coeficiente de Correlación de Rho de Spearman entre dimensión Competencias Científico Técnicas, y la variable Sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados

			Sintomatología depresiva	Competencias Científico Técnicas
Rho de Spearman	V1	Coeficiente de correlación	1,000	-,051
	Sintomatología depresiva	Sig. (bilateral)	.	,654
		N	80	80
	D3	Coeficiente de correlación	-,051	1,000
	Competencias Científico Técnicas	Sig. (bilateral)	,654	.
		N	80	80

Fuente: Base de datos SPSS 26, 2023

**Conclusión:** En la Tabla 8 podemos apreciar un coeficiente de correlación de Spearman de -0.051 con una significancia estadística de 0.654. Se interpreta considerando nuestra regla de decisión, que hay una relación negativa entre ambas variables, y que debemos aceptar la Ha3 y rechazar la H03.

#### 4.2 Discusión de resultados

El proceso de atención es crucial en el éxito de toda intervención, en especial las referidas al sector sanitario, puesto que los fallos o errores potencialmente pueden llevar al daño o muerte del paciente, y en mayores costos sociales si tomamos en consideración que el paciente no es un individuo aislado, sino que es parte de una comunidad, como nos refiere el enfoque de medicina que propone el Ministerio de Salud en su Resolución



Ministerial N°30-2020/MINSA, y en el que se basa el mismo Centro Médico Naval para su Manual de Procedimiento de Mejora Continua (65).

Con respecto a la hipótesis general, hemos hallado una relación positiva entre las variables de estudio ( $\rho=0.020$ ,  $\text{Sig}= 0.863$ ), lo cual se condice con los hallazgos de Li, et al (14) y Huarcaya, (9) que plantean que la sintomatología depresiva, se relaciona con una buena práctica clínica con calidad de atención, y que los cuadros depresivos se pueden mitigar por medio de mejores prácticas clínicas, entre la que se incluye por extensión la mejora en calidad de atención. Precisamente sería el empeoramiento del calidad de atención de manera global por causa de las restricciones provocadas por la pandemia del COVID-19 que veríamos no solo un incremento en la frecuencia de sintomatología depresiva sino que también en su intensidad, siendo el estudio de Li, et al (14) el que haría el hallazgo que es peor el cuadro en un paciente que se trata aislado en su domicilio que uno que es tratado aislado en un centro hospitalario, que fuera lo que sucedió en el caso peruano, particularmente en los primeros meses de la pandemia como señaló Huarcaya (56).

Empero, cabe mencionar que la relación aparentemente paradójica entre las variables de estudio por este trabajo se condice con los hallazgos de Ormel et al (2022) (66), en cuyo artículo de investigación por medio del metaanálisis propone explicaciones para el fenómeno de “la paradoja tratamiento-prevalencia” evidenciada en torno al trastorno depresivo mayor evidenciada en múltiples estudios elaborados desde los años 80 en torno a la temática – Se postula que, si bien aún existe un estigma en torno a la enfermedad mental, este cada vez es menos pronunciado a comparación de décadas anteriores, y que el mayor grado de entrenamiento y confianza entre paciente-médico, asociado a una buena calidad de atención, permite detectar más cuadros de sintomatología depresiva, aunque ello también incrementa el número de “falsos positivos”.

Con respecto a la primera hipótesis específica, hemos hallado una relación negativa entre la dimensión Actitud del Personal de Salud de la variable Calidad de Atención y la variable Sintomatología depresiva ( $\rho=-0.104$ ,  $\text{Sig}= 0.359$ ), lo cual se respalda por los hallazgos de Sembiring, et al. (18), que refiriera que los pacientes percibían una mejora

en la calidad de atención en virtud de una mejor actitud del personal de salud, debido a que por las restricciones de movilidad, los centros de salud en Indonesia se encontraban menos congestionados, lo que paradójicamente llevó a un trato más humanizado que el existente antes de la pandemia. Goula, et al. (17), entretanto, evidenció que, en el caso griego, la pandemia desnudó las falencias del saturado sistema de salud heleno, lo que llevó a una sobrecarga laboral del personal, afectando la actitud del personal de salud, conllevando a una mayor reducción en las expectativas de atención. Este tipo de tendencias no es circunstancial a la pandemia, pues Chilin, (22), ya había evidenciado que existía una correlación positiva entre los componentes de comunicación y apoyo emocional en el proceso de atención del paciente hospitalizado, y como ello fomentaba una percepción favorable del paciente y del familiar que le acompañaba durante el proceso. Esto es importante, recordando nuevamente que el paciente no es un individuo aislado, sino que se desenvuelve en un contexto familiar, y, por ende, es menester abordar una adecuada atención de salud, no solo para él, sino para sus acompañantes.

Con respecto a nuestra segunda hipótesis específica, hemos hallado una relación negativa entre la dimensión Relaciones Interpersonales de la variable Calidad de Atención y la variable Sintomatología depresiva ( $\rho = -0.010$ ,  $\text{Sig} = 0.929$ ), lo que se respalda por los hallazgos de Dykes, et al. (16), que encontró que a medida que el personal de salud se vio más afectado en su salud mental por los estragos de la pandemia, las relaciones interpersonales entre ellos y los pacientes se empeoraban, lo cual derivaba en un reforzamiento negativo de la sintomatología psiquiátrica, no solo de la depresión, sino que también de la ansiedad y el estrés postraumático. Como señalase Chávez y Huarcaya, (12) esta dimensión es importante para determinar que en efecto se logra una calidad de atención adecuada; no es plausible que la calidad de atención aceptable involucre un deficiente manejo de las Relaciones Interpersonales. Laguna et al. (20), en su discusión final en su estudio, refirió que las dificultades materiales afrontadas por el hospital que abordó podrían haber sido paliadas si las relaciones interpersonales entre usuarios internos y externos fueran más adecuadas, generando un ambiente hospitalario más apacible, en lo que se resolvían las carencias en espacios o instrumental necesarios para la atención sanitaria.

Con respecto a nuestra tercera hipótesis específica, hemos hallado una relación negativa entre la dimensión Competencias Científico Técnicas de la variable Calidad de Atención y la variable Sintomatología depresiva ( $\rho=-0.051$ ,  $\text{Sig}= 0.654$ ), como nos incidiera el estudio de Sanchez-Garcia, et al. (15), que abordó pacientes con patologías raras durante la pandemia, y que por su condición requerían atención médica especializada constante. A medida que el personal a su cuidado fuera más presto a manejar sus comorbilidades, menor era el impacto de la sintomatología depresiva en ellos, aun considerando las medidas de distanciamiento social a las que fueron sujetos por ser pacientes de riesgo. Previo a la pandemia del COVID-19 Contreras, (21), encontró factores de riesgo asociados al desarrollo de síntomas asociados al trastorno depresivo mayor, que se incluye la falta de acompañante – Debido a la referida pandemia, no solo se restringió el contacto del familiar con el paciente, sino del mismo personal de salud, lo cual como evidencia el trabajo de Sanchez-Garcia, et al., es señal de manejo adecuado de Competencias Científico Técnicas el lograr que el paciente se sienta acompañado durante el manejo que se le dé.

Como se refleja en los acápites anteriores, los resultados obtenidos nos revelan primordialmente la existencia de una relación entre la Calidad de atención y la Sintomatología depresiva. Y es en las dimensiones de la variable Calidad de atención donde apreciamos las diversas relaciones negativas con respecto a la sintomatología depresiva. Valga decir, a medida que sea más alto el primero, el segundo irá bajando, significando que niveles altos de Relaciones Interpersonales, Competencias Científico Técnicas, y Actitud del Personal de Salud, vendrán ligados a niveles bajos de Sintomatología depresiva, lo cual actuaría como un factor protector.

Asimismo, si se evalúan de manera separada las dimensiones de la variable Calidad de atención, podemos identificar que menor impacto como factor protector posee es Relaciones Interpersonales. Ello no significa que haya que enfocarse en mejorar los resultados en una dimensión, sino que las tres generan una relación sinérgica que se ve

reflejada en la correlación negativa - Si se mejoran los resultados en la dimensión de Relaciones Interpersonales, el efecto de factor protector será aún mayor.

Finalmente, como carácter de limitación al presente estudio, tal como señalan los trabajos de Cancho y Herrera, (23), y Runzer, et al. (24), el personal naval es particularmente resiliente a la sintomatología depresiva. Esta situación hace más complejo el estudio de la variable, como evidencia Orak et al (2022), en cuyo estudio longitudinal de una muestra de la población estadounidense que incluía tanto civiles como personal en servicio activo, se estimó que el entrenamiento, la estabilidad laboral, y el sentido de pertenencia a un grupo social asociado a una jerarquía explican este grado de resiliencia (67).

Otra limitación del presente estudio es que, al ser transversal, no estudia de manera más profunda el sesgo de supervivencia que se asocia con la sintomatología depresiva, pues al ser un cuadro que evoluciona de manera progresiva y obedece a factores tanto intrínsecos como extrínsecos del paciente, se pueden obtener resultados atenuados en función al estado emocional del paciente al momento de la evaluación sin que ello se correlacione con su estado de salud real, como fuera evaluado por Czeisler et al (2021) (68). Finalmente, cabría estudiar si los civiles expuestos a la cultura naval también han adquirido algún grado de resiliencia ante la sintomatología depresiva. De este modo, futuros trabajos podrían establecer el grado de resiliencia, así como la diferencia en las percepciones de la calidad de atención y la sintomatología depresiva entre estos subgrupos poblacionales, haciendo el seguimiento de la muestra en estudios longitudinales para estudiar los efectos de las medidas correctivas planteadas para la mejora de la calidad de atención y el abordaje de la sintomatología depresiva.

## CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1 Conclusiones

**Primero:** Existe una relación positiva ( $\rho = 0.020$ ) entre la variable Calidad de Atención y la variable Sintomatología depresiva en los pacientes de las salas de hospitalización.

**Segundo:** Existe una relación negativa ( $\rho = -0.104$ ) entre la dimensión Actitud del Personal de Salud de la variable Calidad de Atención y la variable Sintomatología depresiva en los pacientes de las salas de hospitalización.

**Tercero:** Existe una relación negativa ( $\rho = -0.010$ ) entre la dimensión Relaciones Interpersonales de la variable Calidad de Atención y la variable Sintomatología depresiva en los pacientes de las salas de hospitalización.

**Cuarto:** Existe una relación negativa ( $\rho = -0.051$ ) entre la dimensión Competencias Científico Técnicas de la variable Calidad de Atención y la variable Sintomatología depresiva en los pacientes de las salas de hospitalización.

### 5.2 Recomendaciones

Debido a la naturaleza de los hallazgos, es que podemos delinear las recomendaciones originadas del presente trabajo en cuatro frentes, para poder maximizar el provecho que nos brinda esta investigación para una gestión en salud más óptima en beneficio de los usuarios internos, y por extensión también los externos, del Centro Médico Naval.

Enfocar futuras intervenciones de salud en la concepción que la salud es un estado holístico de bienestar, ahora revalidado por el enfoque de medicina basada en evidencias. Este marco teórico debe ser la columna vertebral de toda capacitación del recurso humano del Centro Médico Naval, para así tener un marco común de referencia del cual se desprenderán el resto de las intervenciones sanitarias. Esto

será indispensable para mantener la continuidad del adiestramiento constante del personal bajo un marco teórico definido y sustentado en la medicina basada en evidencias ante las renovaciones de cuadros. Esto es necesario considerarlo pues Sanidad Naval, quien es el responsable directo por velar por la salud mental del personal naval y civil allegado, se encuentra supeditado a la Dirección de Bienestar, cuyo mando recae en un Oficial Almirante (Contraalmirante) que, al estar en un puesto de confianza, puede ser sustituido por consideraciones políticas del Poder Ejecutivo, y cuyo periodo en el cargo aun sin considerar el clima político, igual se encuentra sujeto a límites de edad por renovación de cuadros.

Capitalizar la existencia de relación entre ambas variables, y el efecto protector existente – Entendiendo que a medida que mejoren las dimensiones de la calidad de atención, irá reduciendo la frecuencia y severidad de la sintomatología depresiva, se deben elaborar estrategias con la norma técnica correspondiente para abordar cada una de las dimensiones que componen la variable de calidad de atención, y así maximizar el impacto individual de cada una de ellas en mitigar la variable sintomatología depresiva. Considerando que la Marina de Guerra del Perú no solo opera el Centro Médico Naval, sino también diversos policlínicos y hospitales de campaña en bases a lo largo y ancho del territorio peruano, realizar este tipo de estudios en cada uno de estos sectores sería una fuente invaluable de retroalimentación para Sanidad Naval, lo cual permitiría un mejor trabajo atendiendo a tanto el personal naval como a las comunidades alrededor de las bases.

Seguir realizando este tipo de estudios usando el enfoque de la encuesta autocompletada cara a cara, de manera presencial, invitando al paciente a participar de su realización. El presente estudio demostró que aun dentro del contexto de la pandemia, este tipo de enfoque es viable, lo cual permite estudiar poblaciones que no cuenten con acceso a Internet para responder a instrumentos entregados por correo electrónico o redes sociales. Considerando que el personal naval no siempre se encuentra en regiones de buen ancho de banda, lo cual aplica también a hospitales de campaña o plataformas itinerantes de atención social (PIAS), es

menester considerar realizar futuras investigaciones, no solamente sobre proceso de atención y depresión, mediante este enfoque presencial. Del mismo modo, estas futuras investigaciones deberán considerar el aspecto ético cuando se desarrollen en contextos distintos al hispanohablante, como el referente a las localidades próximas a la base naval de Nauta, en el Amazonas – El consentimiento informado e instrumento deberán darse bajo un enfoque intercultural, usando los lenguajes locales además del español.

Incidir en la aplicación de las normas técnicas planteadas por el Ministerio de Salud, y remover el estigma de la enfermedad mental en los pacientes del Centro Médico Naval, valga decir, el personal naval y sus allegados, así como el personal civil vinculado a la Marina de Guerra del Perú, mediante campañas de sensibilización y concientización por un lado, impulsadas por la Dirección de Bienestar, así como incorporar mas profesionales de salud mental a las filas de la institución para desplegar campañas de atención primaria de manera mas eficiente, no solo en el personal hospitalizado sino en el personal activo. Esto puede hacerse mediante concursos públicos o mediante procesos de asimilación de profesionales, que, en el caso del personal de la salud, ya habiendo sido captado por la institución castrense, puede ser instruido mediante convenios interinstitucionales con entidades educativas en conceptos básicos de procesos de atención en la esfera sanitaria, o de plano cursar residencias en psiquiatría o segundas carreras en psicología. Esto permitiría una mayor protección de la familia naval ante la sintomatología depresiva, mitigando el costo social de esta afección.

Mantener, o busque mejorar, su Calidad de atención, con tal de aminorar el impacto de la sintomatología depresiva en sus usuarios en la sala de hospitalización. Si bien este estudio demuestra que el trabajo efectuado hasta la fecha es bien percibido por los usuarios, y que esto se refleja en el control de las manifestaciones depresivas, también se revela que hay indicadores por mejorar, y que sería motivo de un futuro estudio el evaluar si las mejoras que se emprendan por parte de la Dirección de Sanidad Naval a partir de los resultados de este trabajo son en efecto efectivas o no.

La salud de la familia naval, tanto su personal como sus allegados, debe ser siempre la prioridad, y es un trabajo constante que siempre puede enfocarse de manera más eficiente, considerando que la gestión en salud es un proceso dinámico y práctico, que a la larga beneficia no solo al usuario inmediato, que es el paciente, sino al usuario final, que viene a ser la comunidad que es el Perú mismo, que requiere y necesita de una Marina de Guerra plenamente sana, en el sentido holístico de lo que es la salud.



## 5. REFERENCIAS

1. Cristancho S, Field E, Taylor T. Adapting despite “walls coming down”: Healthcare providers’ experiences of COVID-19 as an implosive adaptation. *Perspect Med Educ.* 1 de agosto de 2022;11(4):213-9.
2. Tuczyńska M, Staszewski R, Matthews-Kozanecka M, Żok A, Baum E. Quality of the Healthcare Services During COVID-19 Pandemic in Selected European Countries. *Frontiers in Public Health* [Internet]. 2022 [citado 7 de julio de 2022];10. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2022.870314>
3. Konson A, Kuniavsky M, Bronshtein O, Goldschmidt N, Hanhart S, Mahalla H, et al. Quality of care indicator performance was minimally changed in 2020 despite the COVID-19 pandemic. *Israel Journal of Health Policy Research.* 31 de enero de 2022;11(1):9.
4. Santomauro DF, Herrera AMM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet.* 6 de noviembre de 2021;398(10312):1700-12.
5. Lucas LM, Rosales C, Castillo EF, Reyes CE, Salas RM. Calidad percibida por pacientes hospitalizados en áreas de cirugía de dos instituciones pública y privada de Perú [Internet]. 2021 [citado 2 de julio de 2022]. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962021000100010](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000100010)
6. Pacheco AOMN, Rivera MCT, MuñozNajar SDG, Vera SDO, Jacobo MBG, Pinto AEO, et al. Ansiedad y depresión en pacientes internados en dos hospitales de Arequipa, Perú. *Revista de psicología de la salud.* 2019;7(1):333-48.
7. Van Ñaca D. Problemas en la Implementación de la Ley de Salud Mental. *Revista de Derecho.* 27 de octubre de 2020;5(2):55-67.
8. Vega-Dienstmaier JM. Publicaciones científicas peruanas sobre salud mental. *Rev Neuropsiquiatr.* 1 de octubre de 2019;82(3):163-5.
9. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.* 21 de abril de 2020;37(2):327-34.
10. Huarcaya-Victoria J, Barreto J, Aire L, Podestá A, Caqui M, Guija-Igreda R, et al. Mental health in COVID-19 survivors from a general hospital: association with sociodemographic, clinical, and inflammatory variables [Internet]. 2022 [citado 12 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.researchsquare.com/article/rs-146200/v1>
11. Sadock BJ, Sadock VA, MD DPR. *Kaplan and Sadock’s Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry.* Philadelphia, Pa.; 2014. 1472 p.

12. Chavez Y, Huarcaya P. Gestión de la Prevención de las Infecciones y el Proceso de Atención en las áreas críticas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2019. 2020;117.
13. Stocker R, Tran T, Hammarberg K, Nguyen H, Rowe H, Fisher J. Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) and General Anxiety Disorder 7 (GAD-7) data contributed by 13,829 respondents to a national survey about COVID-19 restrictions in Australia. *Psychiatry Research*. 1 de abril de 2021;298:113792.
14. Li L, Wu MS, Tao J, Wang W, He J, Liu R, et al. A Follow-Up Investigation of Mental Health Among Discharged COVID-19 Patients in Wuhan, China. *Front Public Health* [Internet]. 2021 [citado 11 de junio de 2021];9. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.640352/full>
15. Sánchez-García JC, Cortés-Martín J, Rodríguez-Blanco R, Marín-Jiménez AE, Montiel-Troya M, Díaz-Rodríguez L. Depression and Anxiety in Patients with Rare Diseases during the COVID-19 Pandemic. *IJERPH*. 21 de marzo de 2021;18(6):3234.
16. Dykes N, Johnson O, Bamford P. Assessing the psychological impact of COVID-19 on intensive care workers: A single-centre cross-sectional UK-based study. *Journal of the Intensive Care Society*. 5 de enero de 2021;1751143720983182.
17. Goula A, Stamouli MA, Alexandridou M, Vorreakou L, Galanakis A, Theodorou G, et al. Public Hospital Quality Assessment. Evidence from Greek Health Setting Using SERVQUAL Model. *IJERPH*. 25 de marzo de 2021;18(7):3418.
18. Sembiring DA, Nurwahyuni A, Sulistiadi W. Analysis Study of the Comparative Quality of Patient Services Before and During Covid-19 Pandemic in Outpatient Installation of Siloam Hospital TB Simatupang [Internet]. 2020 [citado 11 de junio de 2021]. Disponible en: [http://theicph.com/id\\_ID/2021/03/02/analysis-study-of-the-comparative-quality-of-patient-services-before-and-during-covid-19-pandemic-in-outpatient-installation-of-siloam-hospital-tb-simatupang/](http://theicph.com/id_ID/2021/03/02/analysis-study-of-the-comparative-quality-of-patient-services-before-and-during-covid-19-pandemic-in-outpatient-installation-of-siloam-hospital-tb-simatupang/)
19. Ruiz Peña EM. Ansiedad y depresión en pacientes con malnutrición por exceso en un Hospital Nacional de la Región Callao en el 2020. Anxiety and depression in patients with excess malnutrition in a National Hospital of the Callao Region in 2020 [Internet]. enero de 2021 [citado 12 de octubre de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/AUTONOMA/1089>
20. Laguna AV, Obregon E, Quijada R. Propuesta de mejora del proceso de atención en el servicio de emergencia del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. 2019.
21. Contreras EE. Factores asociados a la ansiedad y depresión hospitalaria en pacientes ingresados al Servicio de Medicina Interna del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” Octubre-Diciembre 2017. Universidad Ricardo Palma [Internet]. 2018 [citado 30 de mayo de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1208>

22. Chilin NG. Comunicación y apoyo emocional de enfermería en percepción del familiar del paciente crítico internado en el Hospital Naval -2017 [Internet]. 2018 [citado 10 de junio de 2021]. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/12480/Chilin\\_RNG.pdf?sequence=1](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/12480/Chilin_RNG.pdf?sequence=1)
23. Cancho JE, Herrera ML. Depresión y la resiliencia de los pacientes militares con VIH que acuden al Centro Médico Naval, Bellavista-2017. Universidad Peruana Los Andes [Internet]. 2018 [citado 30 de mayo de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1848>
24. Runzer-Colmenares FM, Castro G, Merino A, Torres-Mallma C, Diaz G, Perez C, et al. Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. *Horizonte Médico (Lima)*. julio de 2017;17(3):50-7.
25. Fatima I, Humayun A, Iqbal U, Shafiq M. Dimensions of service quality in healthcare: a systematic review of literature. *International Journal for Quality in Health Care*. 1 de febrero de 2019;31(1):11-29.
26. Sheard S. History Matters: The Critical Contribution of Historical Analysis to Contemporary Health Policy and Health Care. *Health Care Anal*. 2018;26(2):140-54.
27. Al-Jabri FYM, Turunen H, Kvist T. Patients' Perceptions of Healthcare Quality at Hospitals Measured by the Revised Humane Caring Scale. *Journal of Patient Experience*. 1 de enero de 2021;8:23743735211065264.
28. Asamrew N, Endris AA, Tadesse M. Level of Patient Satisfaction with Inpatient Services and Its Determinants: A Study of a Specialized Hospital in Ethiopia. *Journal of Environmental and Public Health*. 13 de agosto de 2020;2020:e2473469.
29. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. 1988;30.
30. Endeshaw B. Healthcare service quality-measurement models: a review. *Journal of Health Research*. 1 de enero de 2020;35(2):106-17.
31. Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo (RM N° 527-2011/MINSA) [Internet]. 2011 [citado 10 de junio de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2252.pdf>
32. Cabello E, Chirinos J. Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. *Revista Medica Herediana*. 1 de abril de 2012;23:88-95.
33. Larrea Ascue JA. Calidad de Servicio en la Consulta Externa de Medicina Interna en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú durante septiembre - noviembre 2015. 2016;76.

34. Tinoco Begazo MA. Satisfacción del Usuario Externo en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Nacional PNP Luis Nicasio Saénz en el periodo octubre - diciembre 2015. 2016;83.
35. Al-Turkait FA, Ohaeri JU. Relationship of Personality Traits with Anxiety, Depressive, and PTSD symptomatology and academic performance - Experience with an Arab college student sample. *J Med Liban*. 2016;64(2):100-6.
36. Bosméan L, Chaffanjon P, Bellier A. Impact of physician–patient relationship training on medical students’ interpersonal skills during simulated medical consultations: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*. 22 de febrero de 2022;22(1):117.
37. Fernández-Ballesteros R, Sánchez-Izquierdo M, Olmos R, Huici C, Ribera Casado JM, Cruz Jentoft A. Paternalism vs. Autonomy: Are They Alternative Types of Formal Care? *Frontiers in Psychology* [Internet]. 2019 [citado 1 de agosto de 2022];10. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.01460>
38. Beliveau ME, Nishimura RA, O’Gara P. Physician Competence: A Perspective from the Practicing Cardiologist. *Methodist Debaquey Cardiovasc J*. 2014;10(1):50-2.
39. Carlessi HHS, Chocas LAY, Alva LJ, Nuñez LLacuachaqui ER, Iparraguirre CA, Calvet MLM, et al. Indicadores de ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial en estudiantes universitarios del Perú en cuarentena por Covid-19. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. abril de 2021;21(2):346-53.
40. Ministerio de Salud. Ley N° 26842 – Ley General de Salud. 15 de diciembre de 1997;27.
41. Congreso de la República. Ley de Salud Mental-LEY-N° 30947 [Internet]. 2019 [citado 25 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-salud-mental-ley-n-30947-1772004-1/>
42. Villarreal-Zegarra D, Cabrera-Alva M, Carrillo-Larco RM, Bernabe-Ortiz A. Trends in the prevalence and treatment of depressive symptoms in Peru: a population-based study. *BMJ Open*. 1 de julio de 2020;10(7):e036777.
43. Villarreal-Zegarra D, Copez-Lonzoy A, Bernabé-Ortiz A, Melendez-Torres GJ, Bazo-Alvarez JC. Valid group comparisons can be made with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A measurement invariance study across groups by demographic characteristics. *PLOS ONE*. 9 de septiembre de 2019;14(9):e0221717.
44. Ashton CM, Kuykendall DH, Johnson ML, Wray NP, Wu L. The association between the quality of inpatient care and early readmission. *Ann Intern Med*. 15 de marzo de 1995;122(6):415-21.
45. Congreso de la República. Aprueban el Reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos

- de las personas con problemas de salud mental-Decreto Supremo-N° 033-2015-SA [Internet]. 2015 [citado 9 de julio de 2022]. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-el-reglamento-de-la-ley-n-29889-ley-que-modifica-decreto-supremo-n-033-2015-sa-1296283-1/>
46. Rocha MS, Oliveira GP, Saraceni V, Aguiar FP, Coeli CM, Pinheiro RS. Effect of inpatient and outpatient care on treatment outcome in tuberculosis: a cohort study. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2018 [citado 8 de julio de 2022];42. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49455>
  47. Satpathy S, Wundaville LT, Satpathy S, Malik A, Singh S, Singh AR, et al. A Systematic Review of Patient Satisfaction Scales and Their Applicability to Covid-19 Hospitalized Patients: Gaps and Emerging Needs. *J Patient Exp*. 24 de febrero de 2022;9:23743735221079132.
  48. Molinari DEP, Bravo GLA, Pierola ID, Bona GLVD, Silva LAM, Núñez CSL, et al. Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana. 1. 23 de diciembre de 2020;26(2):e425-e425.
  49. Franco Miranda WJ. Factores sociodemográficos asociados a síntomas de ansiedad y depresión en personal médico asistencial en tiempos de pandemia. Lima 2020. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa [Internet]. 2021 [citado 12 de febrero de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/20.500.12773/13254>
  50. Arispe Alburqueque CM, Yangali Vicente JS, Guerrero Bejarano MA, Lozada de Bonilla OR, Acuña Gamboa LA, Arellano Sacramento C. La investigación científica [Internet]. *GUAYAQUIL/UIDE/2020*; 2020 [citado 30 de enero de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.uide.edu.ec/handle/37000/4310>
  51. Baena G. Metodología de la investigación. Grupo Editorial Patria; 2017.
  52. Supo J. Cómo empezar una tesis. Bioestadístico EIRL; 2015. 70 p.
  53. Hernandez R. Metodología De La Investigacion. 6th edition. McGraw Hill; 2014. 600 p.
  54. Dirección Regional de Salud del Callao. Análisis de situación de salud DIRESA Callao - 2018. 2019;280.
  55. Chaupin Torrejon GB, Espichan Lizano PR, Castillo Torres MN. Percepción del cuidado de enfermería desde el punto de vista del paciente y de la enfermera en el “Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara”, Callao, 2018. 2018;47.
  56. Huarcaya-Victoria J, De-Lama-Morán R, Quiros M, Bazán J, López K, Lora D, et al. Propiedades psicométricas del Patient Health Questionnaire (PHQ-9) en estudiantes de medicina en Lima, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. abril de 2020;83(2):72-8.

57. Urrutia M, Barrios S, Gutierrez M, Mayorga M. Métodos óptimos para determinar validez de contenido [Internet]. 2014 [citado 9 de julio de 2022]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412014000300014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000300014)
58. Calderón M, Gálvez-Buccollini JA, Cueva G, Ordoñez C, Bromley C, Fiestas F. Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. diciembre de 2012;29(4):578-9.
59. Manterola C, Grande L, Otzen T, García N, Salazar P, Quiroz G. Confiabilidad, precisión o reproducibilidad de las mediciones. Métodos de valoración, utilidad y aplicaciones en la práctica clínica. *Rev chil infectol*. 2018;35(6):680-8.
60. Goodyear MDE, Krleza-Jeric K, Lemmens T. The Declaration of Helsinki. *BMJ*. 29 de septiembre de 2007;335(7621):624-5.
61. Ghooi RB. The Nuremberg Code—A critique. *Perspect Clin Res*. 2011;2(2):72-6.
62. Dirección del Centro de Investigación. Reglamento del Código de Ética para la Investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener [Internet]. 2020 [citado 3 de julio de 2022]. Disponible en: [https://intranet.uwiener.edu.pe/univwiener/portales/centroinvestigacion/UPNW-EES-REG-001%20Cod\\_Etica\\_Inv.pdf](https://intranet.uwiener.edu.pe/univwiener/portales/centroinvestigacion/UPNW-EES-REG-001%20Cod_Etica_Inv.pdf)
63. Gobierno del Perú. Resolución Ministerial N°233-2020-MINSA [Internet]. 2020. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/662949/RM\\_233-2020-MINSA\\_Y\\_ANEXOS.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/662949/RM_233-2020-MINSA_Y_ANEXOS.PDF)
64. Congreso de la República. Ley N° 29733 [Internet]. 2011 [citado 9 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/243470-29733>
65. Dirección de Salud de la Marina. Resolución Directoral-No-006-2022-DISAMAR-2022 [Internet]. 2022 [citado 8 de julio de 2022]. Disponible en: [https://www.disamar.mil.pe/wp-content/uploads/2022/03/R.D-No-006-2022-DISAMAR-2022\\_info.pdf](https://www.disamar.mil.pe/wp-content/uploads/2022/03/R.D-No-006-2022-DISAMAR-2022_info.pdf)
66. Ormel J, Hollon SD, Kessler RC, Cuijpers P, Monroe SM. More treatment but no less depression: The treatment-prevalence paradox. *Clinical Psychology Review*. 1 de febrero de 2022;91:102111.
67. Orak U, Kayaalp A, Walker MH, Breault K. Resilience and Depression in Military Service: Evidence From the National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health (Add Health). *Military Medicine*. 1 de noviembre de 2022;187(11-12):1441-8.
68. Czeisler MÉ, Wiley JF, Czeisler CA, Rajaratnam SMW, Howard ME. Uncovering survivorship bias in longitudinal mental health surveys during the COVID-19 pandemic. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 26 de mayo de 2021;30:e45.

## ANEXOS

## Anexo 1: Matriz de consistencia

CALIDAD DE ATENCIÓN Y SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL CENTRO MÉDICO NAVAL, LIMA - 2022				
Formulación del problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b> ¿Qué relación existe entre la calidad de atención y la sintomatología depresiva de los pacientes hospitalizados del Centro Médico Naval, Lima - 2022?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b> ¿Qué relación existe entre las relaciones interpersonales y la sintomatología depresiva de los pacientes hospitalizados del Centro Médico Naval, Lima – 2022?</p> <p>¿Qué relación existe entre la actitud del personal de salud y la sintomatología depresiva de los pacientes hospitalizados del Centro Médico Naval, Lima – 2022?</p> <p>¿Qué relación existe entre las competencias científico-técnicas del personal de salud y la sintomatología depresiva de los pacientes hospitalizados del Centro Médico Naval, Lima - 2022?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b> Determinar la relación que existe entre la calidad de atención y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> Identificar la relación que existe entre las relaciones interpersonales y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados. Identificar la relación que existe entre la actitud del personal de salud y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados. Identificar la relación que existe entre las competencias científico- técnicas del personal de salud y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados.</p>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL</b> HA: Existe relación entre la calidad de atención y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados. HO: No existe relación entre la calidad de atención y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados.</p> <p><b>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</b> HO1: No existe relación entre las relaciones interpersonales y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados. Ha1: Existe relación entre las relaciones interpersonales y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados. HO2: No existe relación entre la actitud del personal de salud y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados. Ha2: Existe relación entre la actitud del personal de salud y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados. HO3: No existe relación entre las competencias científico-técnicas y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados. Ha3: Existe relación entre las competencias científico-técnicas y la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados.</p>	<p><b>Variable 1 (x)</b> Calidad de atención</p> <p>Dimensiones: - Relaciones Interpersonales - Actitud del personal de salud - Competencias científico-técnicas</p> <p>Instrumento de medición: Cuestionario sobre Proceso de la Atención (Cáceres y Sihuincha (2020))</p> <p><b>Variable 2 (y)</b> Sintomatología depresiva</p> <p>Dimensión: Sintomatología depresiva</p> <p>Instrumento de medición: Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (Villareal-Zegarra et al (2020))</p>	<p><b>Tipo</b> Aplicado</p> <p><b>Diseño</b> No experimental y transversal</p> <p><b>Método</b> Hipotético-deductivo</p> <p><b>Población</b> 100 participantes - Participantes deseados de colaborar con la investigación que sean mayores de edad. - Participantes orientados en tiempo, espacio, persona. - Participantes que hayan sido dados de alta de Unidad de Cuidados Intensivos, y se hallen hospitalizados. - Participantes hospitalizados que dieran su consentimiento para participar, pero que, por motivos diversos, no pudieran efectuar su participación de manera independiente, y requieran apoyo de un tercero.</p> <p><b>Muestra</b> 80 participantes, obtenidos por muestreo aleatorio simple; la muestra será obtenida mediante la fórmula de población finita, usando como referencia trabajos anteriores.</p>

**Anexo 2. Instrumento 1 - Cuestionario sobre proceso de la atención**

Nº de la Encuesta:

## A) Datos demográficos:

1. Sexo
  - Femenino ( )
  - Masculino ( )
  
2. Edad:
  - 18 a 25 ( )
  - 26 a 32 ( )
  - 33 a 39 ( )
  - 40 a 46 ( )
  - 47 a 53 ( )
  - 54 a 60 ( )
  - 61 a más ( )
  
3. Estado civil
  - Soltero ( )
  - Casado ( )
  - Conviviente ( )
  - Separado ( )
  - Viudo ( )
  
4. Grado de instrucción completo
  - Analfabeto ( )
  - Primaria ( )
  - Secundaria ( )
  - Superior técnico ( )
  - Superior universitario ( )
  
5. Estamento en la institución
  - Civil ( )
  - Marinero ( )
  - Alumno ( )
  - Oficial de Mar ( )
  - Técnico ( )
  - Técnico Supervisor ( )
  - Cadete ( )
  - Oficial Subalterno ( )
  - Oficial Superior ( )
  - Oficial Almirante ( )
  
6. Estado de Actividad
  - Activo ( )
  - Retirado ( )
  - Civil ( )



## B) Cuestionario.

Los ítems que a continuación se describen tienen una puntuación de entre 1 y 5 puntos, en donde el número 5 indica “total acuerdo” y el número 1 “total desacuerdo” de su forma de pensar o actuar respecto a la atención brindada por el personal de la salud. También puede responder de acuerdo con la frecuencia con la que ocurren algunas situaciones planteadas, en donde 5 sería “muy frecuente o siempre” y 1 “muy poco frecuente o nunca”. Por favor marcar con una X según su valoración. Tiene 10 minutos para completar este cuestionario.

1	2	3	4	5
	En desacuerdo (D)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (NA)	De acuerdo (A)	Totalmente de acuerdo (TA)
<b>Nunca</b>	A veces	Ni a veces, ni frecuentemente	Frecuentemente	Muy frecuente

N°	Dimensión: Relaciones Interpersonales	1	2	3	4	5
01	El personal médico se identificó y saludo cordialmente					
02	La (el) enfermera (o) se identificó y saludo cordialmente					
03	Cuando llegó a hospitalizarse, el tiempo que esperó para que le asignaran una cama fue más de una hora					
04	El personal brinda una comunicación amable y sincera durante su permanencia en el servicio.					
05	Considera que el trato que le brindó el personal fue amable, cálido y respetuoso.					
06	El personal de enfermería acude cuando usted lo necesita					
07	Considera que el personal mantiene en completa reserva toda información que usted le brinda.					
08	Los médicos mostraron interés para mejorar o solucionar su problema de salud					
09	La información brindada por el médico a su familia fue clara y sencilla					
10	La confianza y tranquilidad transmitida por los profesionales de la salud le dieron seguridad en lo que hacen					
N°	Dimensión: Actitud del personal de salud	1	2	3	4	5
11	El trato del personal encargado de los trámites de admisión o alta fue amable, respetuoso y con paciencia					
12	El personal de salud (médico y enfermería) mostró interés en solucionar cualquier problema durante su hospitalización					
13	La enfermera le orientó sobre los cuidados de higiene, alimentación y descanso.					
14	El personal de la salud le explicó sobre las posibles complicaciones que podrían presentarse durante su permanencia en la Unidad de Cuidados Intensivos tales como; mucositis, lesiones por presión,					

	disminución del movimiento en las articulaciones, delirium, etc.					
15	El personal de salud es accesible cuando usted solicite su apoyo					
16	La atención médica es brindada en el momento en el que usted lo necesita					
17	El personal de la salud respeta sus creencias en relación a su enfermedad y curación					
18	El personal de la salud (médico) se encargó de orientarle sobre la evolución de la enfermedad.					
19	La enfermera acudió oportunamente cuando la necesitó por su estado de salud.					
20	Mientras esperó atención en la camilla, el personal le hizo sentir que no estaba solo, que lo estaban cuidando.					
<b>N°</b>	<b>Dimensión: Competencias científico-técnicas</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
21	Considera usted que el personal de la salud de la Unidad de Cuidados Intensivos tiene vocación de servicio.					
22	Considera usted que los cuidados recibidos por las enfermeras fueron buenos.					
23	El personal de enfermería muestra seguridad en la realización de los procedimientos.					
24	Considera que el personal que lo atendió y cuidó tiene suficiente capacidad profesional como: conocimientos, experiencia y habilidad.					
25	Personal de enfermería muestra conocimiento en el manejo de los equipos e instrumentos utilizados en los cuidados brindados.					
26	Considera usted que el personal de enfermería labora en coordinación con el equipo de trabajo y personal que integra el servicio, respecto a sus cuidados, procedimientos y tratamientos.					
27	Considera que durante la realización de los procedimientos que le realizaban, el personal del servicio (médico o enfermera) lo ejecutaba con mucho cuidado y limpieza respectiva.					
28	Observo usted que para cada procedimiento realizado por el personal del servicio había un lavado de manos previo.					
29	Considera que el personal de la salud cuida y brinda atención a todos los pacientes por igual sin distinción de sexo, raza ni condición social.					
30	Considera que el personal de enfermería revisaba y contralaba con frecuencia los aparatos que usted tenía colocados para su recuperación.					

**Rango de valores:**

**Aceptable (91-150)**     **En proceso (60-90)**     **Por mejorar (30-59)**

### Anexo 3 : Instrumento 2 - Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con una X para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días (entre 1 a 6 días)	Más de la mitad de los días (entre 7 a 11 días)	Casi todos los días (12 o más días)
Poco interés o placer en hacer cosas.	0	1	2	3
Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas.	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado.	0	1	2	3
Se ha sentido cansado(a) o con poca energía.	0	1	2	3
Sin apetito o ha comido en exceso.	0	1	2	3
Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia.	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión.	0	1	2	3
¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal?	0	1	2	3
Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera.	0	1	2	3

#### Rango de valores:

Ninguna (0-4)

Leve (5-9)

Moderado (10-14)

Moderadamente severo (15-19)

Severo (20-27)

#### Anexo 4: Validez y confiabilidad del instrumento Cuestionario sobre proceso de la atención



**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER  
Escuela de Posgrado**

**GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES Y EL PROCESO  
DE ATENCIÓN EN LAS AREAS CRITICAS DEL HOSPITAL  
NACIONAL DANIEL ALCÍDES CARRIÓN EN EL AÑO 2019**

Proyecto de tesis para optar el grado académico de  
**MAESTRO DE GESTIÓN EN SALUD**

Presentada por:

**AUTOR: CHAVEZ CACERES, YSABEL YAEL  
HUARCAYA SIHUINCHA, PILAR**

Lima – Perú  
2020

Cuestionario evaluado por el método estadístico de alfa de Cronbach mediante el software SPSS statistics versión 24.0:

**Tabla 1.** Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	15	100.0
	Excluidos	0	0.0
	Total	15	100.0

**Tabla 2.** Resumen del Alfa de Cronbach

Variable	Alfa de Cronbach	Nº de elementos
Guía de observación de gestión de la prevención de infecciones:	,876	44
Cuestionario de proceso de atención	,882	30

El resultado obtenido del Coeficiente de Alfa de Cronbach es igual a 0.876 y 0.882, para la guía de observación de gestión de la prevención de infecciones y el cuestionario de proceso de atención respectivamente, demostrándose que ambos son válidos por ser mayor a 0.6, es decir los instrumentos cumple con los objetivos de la investigación, por tener una confiabilidad muy fuerte, según la tabla 3. Lo que indica que los instrumentos pueden ser aplicados.

**Tabla 3:** Nivel de confiabilidad del coeficiente alfa de Cronbach

No es confiable	0
Baja confiabilidad	0.01 a 0.49
Moderada confiabilidad	0.5 a 0.70
Fuerte confiabilidad	0.71a 0.89
Muy fuerte confiabilidad	0.9 a 1

ANEXO 4 Valoración del Juicio de Expertos

**JUICIO DE EXPERTOS**

Datos de calificación:

1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.
3. La estructura del instrumento es adecuada.
4. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.
6. Los ítems son claros y entendibles.
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.

CRITERIOS	JUECES					VALOR P
	J1	J2	J3	J4	J5	
1	1	1	1	1	1	5
2	1	1	0	1	1	4
3	1	1	0	1	1	4
4	1	1	1	1	1	5
5	1	0	0	1	1	3
6	1	1	1	0	1	4
7	1	1	1	1	1	5
TOTAL	7	6	4	6	7	30

1: de acuerdo    0: desacuerdo

<b>PROCESAMIENTO:</b> Ta: Nº TOTAL DE ACUERDO DE JUECES Td: Nº TOTAL DE DESACUERDO DE JUECES
--

Prueba de Concordancia entre los Jueces $b = \frac{T_a}{T_a + T_d} \times 100$
---

b: grado de concordancia significativa

$$b: \frac{30}{30 + 4} \times 100 = 0.88$$

Confiabilidad del instrumento:  
EXCELENTE VALIDEZ

0,53 a menos	Validez nula
0,54 a 0,59	Validez baja
0,60 a 0,65	Válida
0,66 a 0,71	Muy válida
0,72 a 0,99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta



### Ficha de Validación por Jueces Expertos

#### Escala de calificación

Estimado (a): Rosa Rodríguez García

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuada.	X		
4. Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

#### SUGERENCIAS:

Ninguna

...  
  
 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)  
 N° DNI: 08 813435  
 Grado: Doctor.

### Ficha de Validación por Jueces Expertos

#### Escala de calificación

Estimado (a): REGINA HELENA ESPINOZA

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuada.	✓		
4. Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.		✓	Ordenar la secuencia de las preguntas.
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

#### SUGERENCIAS:

Después del levantamiento de la observación el instrumento puede ser aplicado.

*J. H.*  
 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)  
 Nº DNI: 10001341  
 Grado: DOCTORA



### Ficha de Validación por Jueces Expertos

#### Escala de calificación

Estimado (a): JUAN CARLOS VALENZUELA PONDORE

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre los instrumentos de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	/		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.		/	Identifica bien los demanda del estudio
3. La estructura del instrumento es adecuada.		/	
4. Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	/	/	
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.		/	
6. Los ítems son claros y entendibles.	/		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	/		

#### SUGERENCIAS:

... lugar de haber identificado las demandas  
de los usuarios, conviene que estos respondan  
a los objetivos del estudio. Entonces el  
instrumento podría ser aplicable

.....  
FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

005 A 07627394

Dr. EN INVESTIGACION

### Ficha de Validación por Jueces Expertos

#### Escala de calificación

Estimado (a): Dr. RONATO SANCHEZ, NITA GIANNINA

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	/		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	/		
3. La estructura del instrumento es adecuada.	/		
4. Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	/		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	/		
6. Los ítems son claros y entendibles.		/	
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	/		

#### SUGERENCIAS:

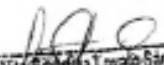
*Usar terminología sencilla en el cuestionario dirigido a los pacientes, de esta modo evitarán errores.*

.....

.....

.....

.....

  
 Lic. Nita Giannina Lezama Sánchez  
 TÉCNICO MÉDICO  
 Terapia Física y Rehabilitación  
**FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)**  
 Nº DNI: 40868567  
 Grado: MAGISTER

### Ficha de Validación por Jueces Expertos

#### Escala de calificación

Estimado (a): REYES JARAMILLO, YOLANDA TERESA

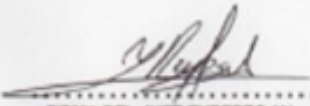
Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuada.			
4. Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

#### SUGERENCIAS:

.....  
 .  
 .....  
 .  
 .....  
 .  
 .....  
 .  
 .....

  
 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A) YOLANDA REYES JARAMILLO  
 N° DNE: 0679 5348  
 Grado: LIC. TM TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN  
Ms. EN DOCENCIA UNIVERSITARIA.

**Interpretación:** El resultado de 0.88 en el alfa de Cronbach y el juicio de expertos favorables nos indican que el instrumento en cuestión tiene excelente validez y confiabilidad.

## **Anexo 5: Consentimiento informado**

Licenciado: QWISTGAARD ESPINAL, Jose Luis

Título del estudio: PROCESO DE ATENCIÓN Y DEPRESION EN PACIENTES EN LA SALA DE HOSPITALIZACION DEL CENTRO MEDICO NAVAL, 2022

Propósito del Estudio:

Le invito a formar parte de la presente investigación, por parte de un alumno de la Universidad Privada Norbert Wiener. El objetivo general es determinar la relación que existe entre el proceso de atención y la depresión en las Salas de Hospitalización del Centro Médico Naval en el año 2022.

El presente estudio se realiza con el fin de determinar si existe o no relación entre el proceso de atención y la depresión en los pacientes hospitalizados en las Salas de Hospitalización del CMN, con la meta de obtener data científica que respalde futuras mejoras a la atención, en especial énfasis en el área de la salud mental, dentro del contexto de la pandemia del COVID-19.

Procedimientos:

Si usted acepta participar del presente estudio, procederá a completar el formulario compuesto por los instrumentos 1 (Cuestionario sobre Proceso de la atención) y 2 (Cuestionario Sobre La Salud Del Paciente-9 (PHQ-9)).

Costos e incentivos:

Por su participación en el estudio, usted no tiene que realizar ningún tipo de pago, al igual que tampoco recibirá ningún tipo de incentivo de tipo económico o de otra índole, pero sí podrá obtener la gratificación de colaborar con el avance de la ciencia y de apoyar al CMN a obtener los resultados de un estudio que le pudieran ser de utilidad para mejorar aún más su calidad como establecimiento de salud.

Confidencialidad:

El investigador principal guardará la información que le confíe, sin asociar su identidad de manera explícita salvo la numeración del presente formulario. De publicarse los resultados del presente estudio, su identidad no se dará a conocer, del mismo modo que sus opiniones tampoco serán difundidas.

Derechos del participante:

Si usted decide participar del estudio, debe conocer que tiene toda la potestad de retirarse en el momento que desee, o de no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. En el caso de que tuviera alguna duda adicional, por favor no dude en contactar al Lic. Jose Luis Qwistgaard Espinal (955683631).


Declaración:

Acepto voluntariamente participar del presente estudio, comprendo el mismo, así como los beneficios a los que será sometido. También entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en el momento que yo desee, si así lo deseo.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para la realización de este.

FIRMA Y NÚMERO DE DNI:

**Anexo 6: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos**

	PERÚ	Ministerio de Defensa	Marina de Guerra del Perú	Dirección del Centro Médico Naval "CMST"
---	------	-----------------------	---------------------------	--

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"  
 "AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"  
 "AÑO DEL BICENTENARIO DEL CONGRESO DE LA REPUBLICA DEL PERÚ"

Bellavista, 124 NOV 2022

Oficio N° 10406 /54

Señor  
 Magister  
 Guillermo Alejandro RAFFO Ibarra  
 Director de la Escuela de Posgrado  
 De la Universidad Norbert Wiener  
 Jirón Larrabure y Unanue 110  
 Lima 15046.-


Asunto: Aprobación de Proyecto de Investigación

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. para expresarle mi cordial saludo y en relación a su Carta N°426 – EPG-UPNW , de fecha 28 de setiembre del 2022, informarle que el proyecto de Investigación titulado "CALIDAD DE ATENCION Y SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL CENTRO MEDICO NAVAL, LIMA - 2022", presentado por el egresado de la Carrera de Medicina Humana, José Luis QWISTGAARD Espinal, ha sido aprobado por el Presidente del Comité de Ética y el Jefe de la División de Investigación de este Centro Médico Naval "CMST", según lo solicitado en su referida Carta.

Hago propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi mayor consideración y deferente estima.

Atentamente,

Contralmirante SN. (MC)  
 Sergio MOLINA Espejo  
 Director del Centro Médico Naval  
 "Cirujano Mayor Santiago Távara"



Central 207 1600 Anexo 4116 Email: [dicemena.secretaria@marina.pe](mailto:dicemena.secretaria@marina.pe)  
 Email: [dicemena.secretaria@marina.pe](mailto:dicemena.secretaria@marina.pe)  
 Av. Venezuela Cdra. 26 S/N Bellavista-Callao

