



## **ESCUELA DE POSGRADO**

### **PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRIA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

# **Nivel de conocimiento y calidad de atención en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:  
Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Soto Mateo, Jorge Luis (ORCID: 0000-0001-9317-9772)

ASESOR:

Dr. Yakov Quinteros Gómez (ORCID: 0000-0003-2049-5971)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión de Riesgo

Lima – Perú

2022

## **Dedicatoria**

A Victoria, mi madre, raíz suprema de mi existencia.

A mi tío Guillermo por haber sido un guía audaz.

A mi tía Edmunda por su amor y apoyo sin límites.

## **Agradecimientos**

Al Dr. Yakov Quinteros Gómez, por creer en mí, por su generosa paciencia y sus esclarecedoras orientaciones.

A mis amigos y mis colegas por su permanente estímulo, que ha sido gravitante para concluir lo iniciado.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

Carátula	
Dedicatoria .....	ii
Agradecimientos.....	iii
Índice de contenidos .....	iv
Índice de tablas .....	v
Índice de figuras .....	vi
Resumen .....	vii
Abstract .....	viii
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	5
III. METODOLOGÍA .....	24
3.1. Tipo y diseño de investigación .....	24
3.2. Variables y operacionalización.....	26
3.3. Población, muestra y muestreo.....	30
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos .....	31
3.5. Procedimientos .....	36
3.6. Método de análisis de datos .....	37
3.7. Aspectos éticos .....	39
IV. RESULTADOS.....	40
4.1. Estadística descriptiva .....	40
4.2. Estadística inferencial. ....	50
V. DISCUSIÓN.....	55
VI. CONCLUSIONES.....	62
VII. RECOMENDACIONES .....	63
REFERENCIAS:.....	64
ANEXOS.....	67

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Nivel de conocimientos de la dimensión Información esencial de los psicólogos de establecimientos de salud Lima Norte, 2021 .....	40
Tabla 2: Información esencial de los psicólogos de establecimientos de salud Lima Norte, 2021 .....	41
Tabla 3: Uso de flujogramas en los psicólogos de establecimientos de salud Lima Norte, 2021 .....	42
Tabla 4: Nivel de Conocimientos en relación a la GPC-D, de los psicólogos de establecimientos de salud Lima Norte, 2021 .....	43
Tabla 5: Nivel de calidad de atención de la dimensión “Fiabilidad”, que brindan los psicólogos de establecimientos de salud Lima Norte, 2021. ....	44
Tabla 6: Capacidad de respuesta en la atención que realizan los psicólogos de establecimientos de salud Lima Norte, 2021. ....	45
Tabla 7: Seguridad en la atención que realizan los psicólogos de establecimientos de salud Lima Norte, 2021. ....	46
Tabla 8: Empatía en la atención que realizan los psicólogos de establecimientos de salud Lima Norte, 2021. ....	47
Tabla 9: Aspectos tangibles en la atención que realizan los psicólogos de establecimientos de salud Lima Norte, 2021 .....	48
Tabla 10: Niveles de Calidad de atención que brindan los psicólogos de establecimientos de salud Lima Norte, 2021 .....	49
Tabla 11: Análisis de correlación entre el nivel de conocimiento y calidad de atención en función a la Guía de Práctica Clínica en depresión .....	50
Tabla 12: Análisis de correlación entre la dimensión, información esencial y fiabilidad en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021 .....	51
Tabla 13: Análisis de correlación entre las dimensiones aplicación de instrumentos y capacidad de respuesta en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021 .....	52
Tabla 14: Análisis de correlación entre el uso de flujogramas y seguridad en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021. ....	53
Tabla 15: Análisis de correlación entre el información esencial y empatía en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021. ....	54

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Distribución del nivel de información esencial encontrado en los psicólogos de establecimientos de salud de Lima Norte, 2021 .....	40
Figura 2: Distribución del nivel de aplicación de instrumentos encontrado en los psicólogos de establecimientos de salud de Lima Norte, 2021.....	41
Figura 3: Distribución del nivel de uso de flujogramas, encontrado en los psicólogos de establecimientos de salud de Lima Norte, 2021.....	42
Figura 4: Distribución del nivel de conocimientos en relación a la Guía de Práctica Clínica en Depresión encontrado en los psicólogos de establecimientos de salud de Lima Norte, 2021.....	43
Figura 5: Distribución de la dimensión Fiabilidad en la atención profesional, encontrado en los psicólogos de establecimientos de salud de Lima Norte, 2021 .....	44
Figura 6: Distribución de la dimensión capacidad de respuesta en la atención profesional, encontrado en los psicólogos de establecimientos de salud de Lima Norte, 2021 .....	45
Figura 7: Distribución de la dimensión seguridad en la atención profesional, encontrado en los psicólogos de establecimientos de salud de Lima Norte, 2021. ....	46
Figura 8: Distribución de la dimensión Empatía en la atención profesional, encontrado en los psicólogos de establecimientos de salud de Lima Norte, 2021. ....	47
Figura 9: Distribución de la dimensión aspectos tangibles en la atención profesional, encontrado en los psicólogos de establecimientos de salud de Lima Norte, 2021....	48
Figura 10: Distribución de la Calidad de Atención profesional en los servicios de psicología, encontrado en los psicólogos de establecimientos de salud de Lima Norte, 2021. ....	49

## RESUMEN

Considerando que la depresión es un problema de salud mental de alta incidencia a nivel mundial y en nuestro país y que los profesionales encargados de su atención, particularmente los psicólogos que laboran en el sector público, tienen a su disposición protocolos o guías que orientan los pasos secuenciales a seguir en su praxis, denominado Guía de Práctica Clínica, que en suma está considerado como un instrumento que coadyuva a brindar una atención de calidad, se realizó la presente investigación que tuvo como objetivo: Determinar la relación entre el nivel conocimiento y calidad de atención en función a la Guía de Práctica Clínica en depresión (GPC-D) en establecimientos de salud de Lima Norte en el año 2021, desde la percepción de los psicólogos. La metodología fue de diseño no experimental, de tipo aplicada y de nivel correlacional transversal. Se utilizaron como instrumentos de recolección de datos una encuesta tipo Likert sobre nivel de conocimiento y la encuesta SERVQUAL adaptada sobre calidad de atención, con una confiabilidad de Alfa de Cronbach de 0,884 y 0,992 respectivamente. La población fue de 137 psicólogos, una muestra de 70 participantes con muestreo no aleatorio por conveniencia. Los resultados fueron: 49% nivel medio, 31% nivel bajo y 20% nivel alto sobre conocimiento de la GPC-D; una distribución similar en calidad de atención; en la estadística inferencial, se determinó que existe relación entre el nivel de conocimiento y calidad de atención en función de la GPC-D, con un coeficiente de correlación ( $r=,422$ ) que da cuenta de una correlación positiva moderada entre las variables. Se respetó estrictamente los criterios de rigor científico y los principios éticos.

**Palabras clave:** Información esencial, capacidad de respuesta, fiabilidad, empatía, seguridad.

## **ABSTRACT**

Considering that depression is a mental health problem with a high incidence worldwide and in our country and that the professionals in charge of its care, particularly psychologists who work in the public sector, have at their disposal protocols or guides that guide the steps sequences to follow in their praxis, called the Clinical Practice Guide, which in short is considered an instrument that contributes to providing quality care, this research was carried out with the objective of: Determining the relationship between the level of knowledge and quality of care according to the Clinical Practice Guideline in depression (CPG-D) in health establishments in North Lima in the year 2021, from the perception of psychologists. The methodology was of a non-experimental design, of an applied type and of a cross-sectional correlational level. A Likert-type survey on the level of knowledge and the adapted SERVQUAL survey on quality of care were used as data collection instruments, with a reliability of Cronbach's Alpha of 0.884 and 0.992, respectively. The population was 137 psychologists, a sample of 70 participants with non-random convenience sampling. The results were: 49% medium level, 31% low level and 20% high level on knowledge of the CPG-D; a similar distribution in quality of care; In inferential statistics, it was determined that there is a relationship between the level of knowledge and quality of care based on the CPG-D, with a correlation coefficient ( $r=.422$ ) that accounts for a moderate positive correlation between the variables. The criteria of scientific rigor and ethical principles were strictly respected.

Keywords: Essential information, responsiveness, reliability, empathy, security.



## **I. INTRODUCCIÓN**

En todo establecimiento de salud de gestión pública o privada donde se prestan servicios sanitarios, los profesionales que brindan la atención sanitaria tienen a disposición protocolos o guías que orientan el modo de atención a los pacientes o usuarios, denominados Guías de Práctica Clínica (GPC), instrumentos que delimitan los pasos a seguir, el tiempo requerido para cada atención o procedimiento, la secuencia que se debe seguir, especificando el objetivo de cada uno de esos pasos secuenciales. Dichas guías detallan el proceso de desarrollo de la atención que se brinda, sea ésta de naturaleza preventiva, de detección temprana, de diagnóstico y tratamiento. Estas guías tienen utilidad para administrar el sistema de referencias y contrarreferencias de tal modo que se pueda brindar una atención apropiada al paciente según el nivel de complejidad que requiera.

Los psicólogos asignados a los establecimientos de primer nivel de atención, en Lima Norte, no solo atienden los casos a demanda sino también gestionan la Estrategia Sanitaria de Salud Mental que tiene entre sus prioridades la atención de la Depresión, un cuadro clínico de alta incidencia a nivel mundial y también en nuestro país. En el año 2006, el Ministerio de Salud ente rector en materia de salud del Perú, emite la Resolución Ministerial N° 648-2006/MINSA que su artículo primero resuelve aprobar la Guía de Práctica Clínica en Depresión, disponiendo todo lo necesario para su utilización en los establecimientos de salud.

En los establecimientos de salud, los psicólogos refieren que el abordaje clínico de la Depresión, se desarrolla en razón directa de la capacitación personal que han recibido, en función de la especialidad que algunos han podido alcanzar; otros se basan en la experiencia que le ha dado su tiempo de ejercicio profesional. En consecuencia, la atención de los cuadros de Depresión depende de sus capacidades y sus propios esquemas o enfoques de intervención clínica. Utilizan muy poco el sistema de referencias y contrarreferencias para derivar a centros de mayor nivel de complejidad

cuando los casos lo requieran. Todo lo señalado, puede generar una inapropiada identificación y diagnóstico del cuadro clínico, por tanto, hasta la retención innecesaria del paciente no obstante que requiera ser derivado a centros especializados para su adecuada y oportuna atención, con mayor costo beneficio de la atención sanitaria otorgando mayor calidad al servicio.

Es preciso promover un adecuado abordaje del cuadro clínico de depresión, más aún si se tiene en cuenta que es una enfermedad de alta incidencia y su padecimiento genera serias consecuencias en la vida personal, familiar, laboral y social del ser humano, en algunos casos su padecimiento puede llevar al paciente a tomar decisiones críticas como el suicidio.

El presente estudio resulta viable porque contamos con acceso a los psicólogos de los establecimientos de salud de Lima Norte, con facilidad para el procesamiento de la data y una logística adecuada para el caso, asimismo se cuenta con el permiso de las respectivas Jefaturas de las entidades sanitarias para la realización de las respectivas encuestas.

La presente Tesis planteó la siguiente pregunta general: ¿Existe relación entre el nivel de conocimiento y calidad de atención en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021? Asimismo se planteó cuatro preguntas específicas con relación a las dimensiones de las variables de estudio, la primera pregunta específica: ¿Existe relación entre la información esencial y la fiabilidad en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021?, la segunda: ¿Existe relación entre la aplicación de instrumentos y la capacidad de respuesta en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021?, la tercera: ¿Existe relación entre el uso de flujogramas y la seguridad en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021?, y finalmente la cuarta: ¿Existe relación entre la información esencial y empatía en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021?

El presente estudio se justifica porque el tema que se aborda está relacionado con un valor y un bien tan importante como es la salud del ser humano. Es reconocido que la salud no sólo es un derecho fundamental del hombre sino también una condición indispensable para el disfrute de la vida y una fuente para el crecimiento y desarrollo humano. Se sabe, que uno de los componentes esenciales de la salud es la salud mental, por tanto, esta dimensión requiere que se le brinde mayor atención; porque la realidad, los estudios y los datos estadísticos nos muestra un escenario sumamente preocupante; alrededor de 450 millones de personas a nivel global sufren de algún tipo de trastorno mental, una de cuatro personas lo padecerá en el ciclo de su vida; los problemas de salud mental surgen tempranamente entre los 15 a 18 años de edad es decir en plena etapa productiva de la persona; el suicidio provoca hasta un millón de muertes por año a nivel mundial; alrededor de 340 millones de personas en el mundo están siendo afectadas por la depresión que es un tipo de trastorno mental y que en la actualidad constituye una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial; seis de cada diez personas no buscan o no reciben tratamiento para la depresión, de acuerdo a los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) no obstante que es una enfermedad que puede ser tratada.

Desde una óptica socio sanitaria, la utilidad del presente estudio radica en determinar la relación entre el conocimiento teórico práctico, expresado en el saber o conocer, qué ocurre, cómo se origina, qué debe hacerse, con qué y con quiénes debe ejecutarse las acciones para brindar una adecuada y oportuna oferta de servicios de calidad, que se expresa en el nivel de satisfacción de los usuarios por el servicio recibido, éste último debe cubrir las necesidades sentidas de la población logrando resultados beneficiosos satisfactorios tanto en las acciones preventivas como asistenciales en salud mental, un problema multidimensional donde confluyen factores sociales, económicos, culturales, ecológicos y espirituales, cuyo abordaje tiene que ser interdisciplinario, con la mayor diligencia posible, centrado en los derechos fundamentales de los usuarios.

El objetivo general del presente estudio es: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y calidad de atención en función a la Guía de Práctica Clínica en depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021. Del mismo modo se han planteado cuatro objetivos específicos que señalamos a continuación, el primero: Determinar la relación entre la información esencial y la fiabilidad en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021, el segundo: Determinar la relación entre la aplicación de instrumentos y la capacidad de respuesta en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021, el tercero: Determinar la relación entre el uso de flujogramas y la seguridad en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021, y el cuarto: Determinar la relación entre información esencial y empatía en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.

La hipótesis general de estudio ha sido planteada de la siguiente manera: Existe relación entre el nivel de conocimiento y calidad de atención en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021. Las hipótesis específicas se plantearon del siguiente modo, la primera: Existe relación entre la información esencial y la fiabilidad en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021, la segunda: Existe relación entre la aplicación de instrumentos y la capacidad de respuesta en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021, la tercera: Existe relación entre el uso de flujogramas y la seguridad en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021, y la cuarta: Existe relación entre información esencial y empatía en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.

## II. MARCO TEÓRICO

Con la finalidad de darle una mayor comprensión al interés por desarrollar el presente estudio y contextualizarlo, se ha revisado los trabajos previos en torno al tema que es objeto de investigación, los mismos que se han desarrollado en distintos países, así como a nivel nacional.

Infantes (2016) realizó un estudio sobre cómo es percibida la calidad de atención en la especialidad de medicina complementaria del Hospital III Iquitos, EsSalud. Considera que los indicadores de calidad constituyen una manera de evaluación y de comparación de la atención que se brinda en establecimientos de salud, señala que estudios realizados mayormente en servicios públicos en Latinoamérica revelan que entre el 20-30% de los usuarios perciben de calidad media o baja; en el Perú los estudios evidencian cifras desalentadoras, escasamente un 10-30% asume que tuvo una atención de buena calidad. El objetivo del estudio es evaluar los componentes relacionados a la percepción de los usuarios respecto a la calidad de atención. El método es observacional retrospectivo, se exploran 305 cuestionarios de satisfacción; el tamaño muestral se determinó mediante la fórmula de inferencia de porcentajes, con error de 0,05%. El instrumento aplicado, a personas entre 26 y 81 años, fue el cuestionario SERVQUAL modificado, validado por EsSalud, se buscaba una medida de la calidad al comparar las expectativas y la percepción respecto al servicio que reciben. Los resultados reportan satisfacción global de 72,9%, relacionadas con dimensiones como orientación y explicación sobre el sistema de atención, rapidez de contar con la historia clínica y atención en caja, la prontitud para realizar los exámenes de diagnóstico, el trato amable y empático. El análisis arroja que el nivel de satisfacción estuvo por encima del 60%, superior en relación a los parámetros nacionales y muy parecido a otras investigaciones efectuadas en otros países.

Messarina (2015) efectuó un estudio en torno a la calidad de atención médica y su relación con la satisfacción del usuario, precisando que la primera variable debe entenderse no solo como la atención realizada por el médico tratante sino aquella que

es dispensada por acción del personal que participa conjuntamente en el proceso de atención, y usuario se refiere no solo al paciente sino también a sus acompañantes e incluso al personal de salud. El autor señala que el estudio realizado, en el Hospital de Alta Complejidad Trujillo, se justifica porque busca explicar la calidad desde los distintos componentes y los ejes principales que permiten identificar la calidad de un sistema de salud, y porque no existen investigaciones anteriores relacionado con el tema en dicho establecimiento de salud. Su objetivo es establecer cómo la calidad de atención incide en la satisfacción del paciente que es atendido en la Unidad de Resonancia Magnética. El diseño es descriptivo correlacional. La muestra está constituida por 224 pacientes, el nivel de confianza es de 95% con 5% de error muestral. El instrumento que se utilizó es un cuestionario especialmente elaborado, tipo escala de Likert, compuesto de tres partes: datos generales, calidad de atención y satisfacción de usuario, estos dos apartados con 20 preguntas cada uno. Los resultados arrojan que el 49.1% de respuestas corresponde a la categoría muy buena, el 41.1% como buena y solo el 0.4% como mala, no hay respuestas en la categoría muy mala. Concluye, estableciendo que existe relación entre la satisfacción del usuario y los distintos componentes de la calidad de atención con una alta correlación estadística, señala así mismo que existe una relación de influencia de la calidad de atención sobre la satisfacción del paciente que recurre al establecimiento de salud.

Forrellat (2014) publicó un artículo sobre la importancia del concepto de calidad y su utilidad en el campo sanitario, reconoce que no es nada fácil hacer efectivo un sistema para gestionarlo y que se necesita promover una transformación cultural de la organización que implique la participación de todos sus miembros en favor de cubrir las necesidades de los usuarios. Asimismo considera importante realizar la medición solo de procesos y resultados, sino también de la satisfacción de los pacientes así como de sus acompañantes en una búsqueda de mejora continua; para ello, deben desplegarse esfuerzos dirigidos a la estandarización de procesos y la acreditación de servicios, con ello se podría mejorar el trato reducir tanto los errores clínicos como administrativos, obteniendo de este modo el reconocimiento de la población y el desarrollo de una cultura institucional asociada a la calidad. Enfatiza sobre el

significado del término aplicado a los servicios de salud, precisando que este concepto se ha tornado en el soporte fundamental para la competitividad de las instituciones sanitarias y va mucho más allá de lograr solo la satisfacción del paciente en tanto se orienta a promover calidad de vida y crear una conciencia en los prestadores de salud de actuar y hacer las cosas de la manera correcta no obstante las limitaciones que puedan existir; ello implica todo un proceso de concientización y preparación de los servidores de salud, potenciar su desempeño, así como instaurar una sólida cultura organizacional vinculada a la calidad. Concluye, señalando que una cultura de calidad es aquella que se centra en el paciente como eje central del accionar en salud y que busca promover el involucramiento en un proceso de cambio progresivo y permanente en el cumplimiento de sus funciones sanitarias.

Macciotta *et al.* (2020) publicaron un artículo sobre la Guía de Práctica Clínica (GPC) destinada a explorar síntomas depresivos en establecimientos de Primer Nivel de EsSalud, ello cobra importancia en tanto la depresión está considerada a nivel mundial como uno de los más serios y complejos problemas de salud mental. Una Dirección especializada de la institución sanitaria elaboró el instrumento mencionado basada en evidencias para la identificación y tratamiento de la depresión leve en el nivel básico de atención, con el objetivo de que sus recomendaciones sean aplicadas por psicólogos y profesiones afines. El método utilizado consiste en seguir pasos como constituir el grupo elaborador de la guía (GEG), que plantea seis preguntas clínicas una o más preguntas PICO, para cada una de ellas se buscó y seleccionó la evidencia, realizando revisiones sistemáticas de publicaciones científicas, luego evaluar la certeza de la evidencia, proponer las recomendaciones fuertes o condicionales usando la metodología GRADE, es sometida a revisión por expertos externos y aprobada para su utilización. Finalmente, luego de la discusión y análisis de los criterios para cada pregunta, el GEG plantea las recomendaciones por consenso o por mayoría simple; además sugiere acciones de buena práctica clínica basado en su experiencia. Una recomendación fuerte implica que todos los profesionales que encuentren evidencia disponible deben aplicarla, la recomendación condicional supone que la mayoría de

los profesionales podría ejecutarla y un grupo podría decidir no hacerlo, dependiendo de la particularidad del caso o población atendida.

Espinosa (2012) publicó un trabajo sobre las guías de práctica clínica entendidas como instrumentos que coadyuvan a optimizar la calidad de la atención en los servicios médicos. Considera que la seguridad de la persona que acude a consulta, recibe actualmente una atención focalizada en tanto constituye uno de los elementos básicos que confiere calidad a la atención médica. Con el propósito de asegurar la calidad de la atención sanitaria se han ido incluyendo herramientas que señalan los métodos a seguir en la atención hospitalaria y los servicios ambulatorios, entre ellas se encuentran las guías de práctica clínica, que vienen a ser un conjunto de pautas, adecuadamente sistematizadas que norman el accionar del profesional de la salud frente a una persona enferma; que contiene además recomendaciones para ayudar al profesional y a los pacientes a tomar decisiones adecuadas en relación a la intervención más conveniente para resolver el problema de salud en un contexto específico. Respecto a su planeamiento, formulación e implementación de las guías plantea que debe seguirse los mismos criterios de un proyecto de investigación científica, es decir, deben ser factibles de validar, aplicables, flexibles, claros en los criterios, ajustados a la realidad. El método para confeccionar estos instrumentos es basado en evidencias es decir se fundamentan en datos objetivos, de tal modo que resulte un instrumento de calidad orientado a obtener beneficios para los pacientes y que sus pautas tengan utilidad para la atención clínica. Concluye, aunque no constituyen la solución para todos los problemas que surgen en el campo de la atención médica, pueden ser utilizadas en la actualidad en tanto reducen el nivel de incertidumbre para la toma de decisiones y contribuyen a la calidad de la atención.

Febres y Mercado (2020) realizaron un estudio donde precisan que la satisfacción de los pacientes es un indicador de calidad de atención que se da en los establecimientos de salud, ello se ve reflejado cuando los servicios que se brindan están en consonancia o por encima de las expectativas del paciente; en consecuencia, el nivel de satisfacción constituye un factor importante para la evaluación de la calidad. Señalan que existe el



instrumento SERVQUAL para medir objetivamente estos indicadores. El objetivo de la investigación es ofrecer datos importantes relacionados con el estado actual de las atenciones en las instituciones sanitarias, determinando la satisfacción de los pacientes atendidos en consultorios externos de medicina interna de un hospital de Huancayo. El método es observacional, descriptivo, de corte transversal. La población estuvo constituida por 10,726 pacientes de consulta externa y la muestra por 292 usuarios, obtenida mediante una fórmula para población finita. El instrumento utilizado ha sido el cuestionario SERVQUAL que comprendía dos secciones una relacionada con expectativas y la otra con la percepción del servicio que se brinda. En cuanto a los resultados, encontraron que el 60,3% de los encuestados se sentían satisfechos con el servicio recibido y el 39,4% no lo estaban. En la discusión revelan que el 86,8% sintieron satisfacción con el componente seguridad y el 80,3% con empatía, pero un poco más del 50% de los evaluados mostraron insatisfacción con los componentes capacidad de respuesta, fiabilidad y tangibilidad; se rescata el hecho que el factor más importante es la relación médico-paciente que se traduce en el buen trato, indicaciones claras y precisas ante sus inquietudes y el respeto a su privacidad. Conclusión, los servicios que brindan las entidades sanitarias deben poner en práctica estrategias de mejora con el objeto de garantizar una atención de calidad.

García y Gálvez (2016) realizaron un estudio en torno a la calidad de atención asociada a la satisfacción del usuario; señalan que en la actualidad los resultados de los servicios de salud, se mide en relación a varios componentes entre ellos la satisfacción con el resultado alcanzado, más aún cuando los usuarios conocedores de sus derechos demandan una atención adecuada, oportuna y de calidad. Reconocen que las condiciones de infraestructura, los limitados recursos humanos y materiales de los establecimientos de atención primaria, hace un tanto difícil cubrir las expectativas de satisfacción que tienen los usuarios, lo que puede influir en detrimento de la imagen del establecimiento del Ministerio de Salud (MINSa) y de EsSalud de Chongoyape, Lambayeque; por tanto es importante saber qué aspectos o situaciones del servicio de salubridad que brindan producen insatisfacción en los pacientes externos. El objetivo es establecer una comparación entre el grado de satisfacción con la calidad de

atención recibida en los establecimientos mencionados. El método es no experimental, transversal, descriptivo, analítico y cuantitativo. La población estuvo constituida por 7,499 usuarios de EsSalud y 11,782 del MINSa atendidos durante el año 2015. La muestra fue de 114 participantes. El instrumento utilizado fue el cuestionario SERVQUAL modificado. Respecto a los resultados, se encontró que existen diferencias significativas respecto al nivel de satisfacción global, alcanzando un 71,7% para EsSalud y un 44,6% para MINSa; se alcanzó mayor satisfacción en la dimensión seguridad (74,3%) para EsSalud y en la dimensión empatía (51,9%) para el MINSa. El estudio permitió identificar los aspectos que requieren una implementación de mejoras, evidenciándose que el establecimiento del MINSa genera menor satisfacción en los usuarios que el de EsSalud, no solo a nivel global sino en todas las dimensiones que mide el instrumento.

Inga y Arosquipa (2019) publicaron un artículo sobre recursos humanos en el sistema de salud del Perú y el efecto significativo que estos tienen en la calidad de atención. Lo conceptualizan como el conjunto de distintos profesionales y técnicos que se forman y trabajan buscando optimizar la salud de la población, por tanto, se convierten en un eje primordial para asegurar una atención de calidad a los usuarios de los servicios de salud; en tanto tengan óptimos niveles de competencia pueden satisfacer las necesidades de la población con el más alto nivel de calidad. Refieren que el Perú ha establecido metas y objetivos dirigidos a lograr la Cobertura Universal de Salud (CUS) procurando generar un sistema de atención universal con principios de equidad y solidaridad, sin embargo, reconocen que existen condiciones socio económicas y culturales desiguales que afectan la salud de las poblaciones, que unido a una inexistente inversión y una deficiente gestión en recursos humanos, genera servicios ineficaces que no logran satisfacer las necesidades de los usuarios, provocando la consecuente insatisfacción en relación a los servicios de salud. Consideran de vital importancia contar con información vigente sobre el número exacto, su ubicación en el sistema de salud, que hacen y cuál es su disponibilidad, ello permitiría estimar las brechas de recursos humanos para los establecimientos de salud en los tres niveles de atención y plantear las estrategias necesarias para lograr una distribución equitativa

en consonancia con las necesidades de la población peruana en materia de salud. Concluyen precisando que hay avances que oscilan desde una adecuada gestión de recursos, una mejor distribución, reforzamiento de competencias, hasta la instauración de una nueva política de recursos humanos en salud, orientado a la prestación de un servicio de calidad con énfasis en las poblaciones vulnerables.

Cabello (2001) publicó un artículo sobre calidad de la atención médica, el autor transita no solo por aspectos conceptuales relacionados con el sujeto de la atención sino con la evolución del concepto de calidad. Admite que en un mundo globalizado se apunta a un enfoque gerencial de los sistemas de salud y que la modernización del Sector Salud en el Perú va por ese camino, llevando de modo implícito los criterios de competitividad, productividad y calidad, y en ese contexto se trata de mejorar la calidad de las atenciones en salud, se trata de mejorar la gestión, la infraestructura sanitaria, los procedimientos médicos, la eficacia de la atención entre otros aspectos. Señala una evolución del concepto calidad, precisando que en la actualidad se habla de calidad total, teniendo como indicador principal la satisfacción de las expectativas del cliente. Lo que se busca es aplicar este enfoque de calidad en la atención asistencial de los establecimientos de salud, entendiendo al cliente como un consumidor de bienes y al producto como la consecuencia o efecto capaz de satisfacer las necesidades de los clientes, pero esta visión como que no encaja en el mundo de la salud, porque en los establecimientos de salud no existe la compra venta de objetos, sino que se da primacía al ser humano y a la interrelación personalizada médico – paciente, por tanto no basta con la mejora de los recursos tangibles, sino hace falta impregnar a todo acto médico de una dosis de humanismo y comportamiento ético donde la comunicación verbal, la actitud y los gestos constituyen factores importantes de una relación empática. Concluye que las universidades juegan un papel significativo en la formación con énfasis en la relación médico – paciente.

Ramírez *et al.*(1997) realizaron un estudio sobre percepción de la calidad de la atención, porque este tipo de investigación permite obtener del usuario entrevistado conceptos y actitudes relacionados con la atención recibida y la información que se

obtiene de ello es útil para la entidad sanitaria que presta los servicios, para los profesionales que brindan el servicio y para los propios pacientes, toda vez que aporta datos importantes para la mejora de la calidad de la atención estableciendo parámetros de desempeño, también permite identificar aquellos factores que ayudan o impiden que el usuario acceda a una atención. El objetivo fue analizar la impresión que tienen los pacientes de los servicios ambulatorios del Sistema Nacional de Salud de México en relación a la calidad de atención recibida. La población total está estimada en 4'879,104 usuarios, con una muestra de 3,324 sujetos de estudio. El instrumento fue una escala tipo Likert con cinco categorías de elección múltiple. Los resultados revelan que el 81,2% de los encuestados considera que la atención recibida fue buena y un 18% lo consideró como mala; dimensiones como el buen trato personal (23%), el restablecimiento en su salud (11,9%) y la preparación técnica del personal (10,2%) están asociados a la percepción de buena calidad de atención, otro detalle es la dimensión de condición de aseguramiento el cual revela que los asegurados (83,8%) perciben mejor calidad de atención a diferencia de los no asegurados (79.3%). Este estudio resulta un tanto precursor en cuanto a su alcance nacional y resalta el hecho de que el 45% de los sujetos estudiados asocian la calidad a los elementos del proceso de atención como trato interpersonal, duración de la consulta, acciones médico profesionales para el diagnóstico, entre otros.

Suárez *et al.* (2019) realizaron un estudio en Guayas, Ecuador, en torno a la percepción sobre calidad de la atención. Consideran, no obstante que la salud es un tema de interés gubernamental y público, hay falencias en la cobertura, en la facilidad de acceso, en estar disponible y más aún en la calidad de atención; por tanto, evaluar la satisfacción de los usuarios resulta primordial si se tiene en cuenta que la impresión del paciente sobre la atención de salud recibida puede ser asumida como medida de calidad; es más, evaluar la calidad desde la óptica del paciente ayuda a impulsar acciones de mejora en la atención que brinda los servicios sanitarios. El objetivo es determinar la percepción de los usuarios sobre la calidad de atención en el centro de salud CAI III. El método es descriptivo de corte transversal, con enfoque cuantitativo, su diseño es no experimental. La población se estimó en 10,000 habitantes, con una

muestra de 370 participantes que reciben atención en el establecimiento de salud. El instrumento utilizado fue la encuesta SERVQUAL que contempla cinco dimensiones de calidad, se buscó medir y relacionar la percepción y expectativas de los pacientes sobre la calidad de atención. El resultado arroja una satisfacción de nivel medio, con 48% en expectativa e igual valor en percepción. Concluyen que la calidad de atención del establecimiento en evaluación tiene un nivel de satisfacción regular o intermedia, existe la percepción que se requiere mejorar la infraestructura, así como el nivel de empatía y trato del personal.

Suárez y Garcés (2020) efectuaron un estudio sobre el nivel de conocimiento de diabetes tipo 2, utilizando la escala de Likert. Señalan que los datos epidemiológicos revelan que del 90% al 95% de la población que sufre de diabetes corresponde al tipo 2, y que mayoritariamente sus edades van de 20 a 69 años, es decir son personas económicamente activas; la enfermedad es discapacitante porque afecta el estado emocional, la vida productiva y la economía de quien la padece y la de su entorno familiar, tanto que ha sido declarado un problema de salud pública. Estudios realizados revelan que la prevalencia de diabetes tipo 2 en los distritos de Santa Elena es muy alta, por lo que se pretende responder a la interrogante sobre el nivel de conocimientos que tienen los habitantes de la provincia de Santa Elena sobre esta enfermedad. El objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de la diabetes tipo 2 mediante el uso de la escala de Likert con el propósito de formular una estrategia de prevención dirigida a reducir la incidencia de la enfermedad. El método es observacional descriptivo transversal, el diseño es comunitario; la población asciende a 262,626 habitantes, la muestra está constituida por 1063 participantes. La prueba utilizada para recoger los datos fue la escala de Likert con 8 ítems afirmativos sobre diabetes tipo 2. De los 1063 instrumentos aplicados 770 fueron válidos; los 8 ítems, se relacionó con sexo, edad y nivel instruccional. El resultado arroja, un nivel de desconocimiento que alcanza 37%. Las mujeres adultas con instrucción media son las que evidenciaron menos conocimientos; es preciso implementar programas preventivos.

Ríos *et al* (2013) realizaron un estudio para validar un instrumento que mide nivel de conocimiento sobre depresión mayor en la ciudad de Chiclayo. Señalan que de acuerdo a estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es uno de los problemas de salud mental más severos, en el 2007 se encontró una prevalencia anual de 3,2% en más de 60 países. Mayormente las personas que sufren depresión son atendidas inicialmente por médicos generales en atención primaria, solo entre el 50 al 70% son identificados; se sabe que un 60% de usuarios con depresión refieren síntomas corporales inespecíficos, sin explicación razonable de su enfermedad por el médico, generando insatisfacción, de allí que un reconocimiento temprano y oportuno se relaciona con un mejor pronóstico, resulta importante desarrollar esta competencia en los médicos generales, dotándolos de mayor conocimiento. La importancia del estudio estriba en que la salud mental es una prioridad de investigación nacional y regional. El objetivo fue formular y validar un instrumento que permita valorar el nivel de conocimiento acerca de la depresión. El método es descriptivo, transversal. La población estuvo constituida por 34 médicos generales de centros sanitarios de atención primaria de Chiclayo y 6 alumnos, la muestra fue no probabilística. El instrumento fue elaborado por los investigadores, conteniendo 7 ítems de diagnóstico y 7 de tratamiento, fue sometido a una validación cualitativa y cuantitativa. La muestra es considerada representativa en tanto se ajusta a los estándares teóricamente sustentados. Concluyen que lograron un instrumento realmente útil para determinar el nivel de conocimientos.

Ospina *et al*. (2003) publicaron un artículo sobre la escala de Likert y su utilidad para valorar conocimientos y actitudes, con base en una investigación realizada con enfermeros de Antioquia, Colombia. Admiten que los enfermeros requieren de conocimientos, actitudes y prácticas que les facilite entablar relaciones de carácter interdisciplinario y con otros grupos humanos, en consecuencia, su práctica social debe tener respaldo en propuestas que coadyuven a dar un giro importante en cuanto al cuidado y a los servicios de salud, en el marco de los cambios sociopolíticos, económicos y culturales, así como los desafíos actuales. Transitan sobre una serie de conceptos respecto al cuidado de la salud como objeto de conocimiento del profesional

enfermero, la trascendencia social y humana del cuidado de la salud, todo ello como sustento que explique la relación que existe entre conocimiento, actitud y práctica. El objetivo del artículo es describir el proceso de validación de una escala tipo Likert, empleada para medir los conocimientos y actitudes de los enfermeros de Antioquia, en el cuidado de la salud de los colectivos sociales. Desarrollan un marco explicativo respecto a las etapas para la construcción de la escala y sus respectivos ítems, para evaluar actitudes y también conocimientos, para esto último señalan que utilizaron una escala ordinal para valorar las distintas áreas del conocimiento de enfermería. En el proceso de validación concluyen que se ajustado a mecanismos muy rigurosos en su construcción y aplicación y que los enfermeros sujetos de estudio poseen una actitud positiva hacia el cuidado de la salud de los colectivos humanos, reconociendo ello como un factor distintivo de su práctica social.

Aymerich y Sánchez (2004) publicaron un artículo sobre las guías de práctica clínica (GPC) y su implementación, precisando que son documentos estandarizados en relación a procesos y procedimientos, donde el modelo representa la manera de lograr un resultado en un momento determinado, ayudan a superar el desconocimiento y la incertidumbre, en tanto son compendios sistematizados que ordenan de modo sintético el estado de conocimiento existente, en el campo de la salud van dirigido a los principales actores sociales del sistema de atención es decir profesionales y pacientes pero también a otros involucrados como gerentes, administradores, técnicos, juristas. La razón relevante de su existencia es que permiten asumir decisiones informadas al prestador de servicios de salud como al usuario de los mismos, eligiendo lo que se estima correcto o viable en razón de varias opciones existentes, que pueden ser acciones preventivas, asignación diagnóstica, procesos terapéuticos, soporte paliativo, entre otros, opciones que deben ser elegidas teniendo en cuenta conocimiento, valores y recursos que se ajusten mejor a la situación específica. Precisan que la trascendencia y evidencia científica de un estudio está en estrecha relación con el método y diseño de investigación, cuanto más riguroso es éste permite valorar la validez de los hallazgos y otorgar credibilidad a las recomendaciones. Así mismo señalan que existen instrumentos de verificación para evaluar el rigor de la

metodología que se ha seguido en el diseño. Concluyen, que las GPC ayudan a reducir la variabilidad de la práctica clínica, definiendo los patrones a seguir en la atención de salud, en tanto se ha incorporado para ello el conocimiento científico no obstante lo difícil que puede ser pasarlo del papel a la realidad, en consecuencia, su elaboración demanda una dosis de honestidad.

Correa *et al.* (2011) realizó un estudio sobre la validación de un cuestionario para medir nivel de conocimientos sobre hígado graso no alcohólico en médicos generales, debido a que este cuadro clínico en particular es frecuente en la consulta diaria, afectando del 10 al 24% de la población general de varios países. Debido a la variedad asociativa en la depresión con cuadros médicos y el alto costo de pruebas de imagen que determinan en errores de diagnóstico, además de la falta de estudios sobre el tema a investigar, justificaron la realización de la investigación. El objetivo ha sido el diseño y validación de un instrumento que permita determinar el nivel de conocimientos sobre HGNA en médicos generales de la provincia de Chiclayo, durante el 2011. Es un estudio de tipo observacional, cualitativo y cuantitativo (descriptivo transversal). La muestra conformada por 100 médicos que realizan actividades asistenciales en los establecimientos de salud. Se utiliza un cuestionario de 13 ítems, existiendo validez por expertos y validez de constructo, así como la fiabilidad. Los resultados determinan un 0,77 en alfa de Cronbach, valor de Kaiser – Meyer – Olkin en 0,091 y el de esfericidad de Bartlett en 0.003. La correlación interclase es de 77%. La representatividad y los resultados no se pudieron contrastar debido a que no existen estudios similares previos. Se concluye que el instrumento es altamente fiable para medir conocimiento sobre el cuadro clínico de hígado graso no alcohólico en profesionales de medicina general.

Teixera *et al.* (2010) efectuó un estudio dirigido a identificar el nivel de conocimientos en madres sobre higiene bucal en menores de tres años, poniendo énfasis que la salud bucal del niño puede estar determinado por los cuidados que se le prodigan en los primeros años de vida. La salud bucal constituye un componente importante en la



salud integral. La caries dental es la patología bucodental muy frecuente entre los menores de edad, afectando al 90% de los que se encuentran en etapa escolar cuyas edades van de 5 a 17 años. Se justifica por el hecho de tratar de incrementar los conocimientos en relación a los comportamientos saludables de higiene bucal. El objetivo del estudio es describir el nivel de conocimientos en madres sobre la higiene bucal de sus niños de 0 a 3 años que asisten a un Hospital en Paraguay durante el año 2010. Fue un estudio descriptivo-observacional de corte transversal. La muestra está conformada por 102 madres entre 15 a 50 años de edad, de infantes de 0 a 3 años, que acuden a un Hospital Materno Infantil. El método, es un estudio descriptivo observacional y de corte transversal. La recolección de datos se realiza mediante un instrumento de evaluación, que fue expuesto a validación a través de un Manual de Procedimientos proporcionando una guía para el llenado de ficha. Los resultados arrojan que el mayor número de las madres participantes (85-87%) presentan niveles no aceptables respecto al conocimiento sobre la salud oral en los infantes, siendo el conocimiento de bueno en solo el 1%. Se observa que las madres entre 25 años evidencian un mejor nivel de conocimiento, muy similar a aquellas madres que trabajan fuera de casa. Se concluye que el conocimiento general en las mamás sobre salud bucal es bajo.

Leonardo *et al.* (2014) llevaron a cabo un estudio relacionado con el nivel de conocimientos sobre depresión mayor, el trabajo trató de determinar los conocimientos para diagnosticar y tratar el trastorno depresivo mayor en médicos de atención primaria, refiriendo que este cuadro clínico constituye un problema de salud pública, que genera discapacidad, impacto negativo socioeconómico, así como su creciente prevalencia. El estudio se justifica por el hecho en que diversos estudios exponen las deficiencias en el manejo de información especializada sobre depresión en el primer nivel de atención, además de la búsqueda de mayor implementación integral en salud mental. El objetivo es determinar el nivel de conocimientos respecto a la diagnosis y terapia específica para casos de depresión mayor, en médicos de atención primaria en una provincia del Perú en el 2014. Es un estudio descriptivo de corte transversal

con análisis exploratorio. La población está constituida por 131 médicos que laboran en atención primaria, de diversas categorías de establecimientos (I-2, I-3 y I-4). Se utilizó un instrumento validado por León, utilizando para su construcción criterios del DSM-IV, para trastorno depresivo mayor. Los resultados exponen un nivel medio de conocimientos en el 16,2% de los médicos y un 83,8% en nivel bajo, acotando que no hubo ningún en un nivel alto de conocimientos. No se encontró una relación entre el nivel de conocimientos y las variables que caracterizan al grupo poblacional. El autor concluye que el nivel de conocimientos general de los médicos de atención primaria fueron deficientes, aunque, no se encuentra relacionado estos resultados con las variables sociodemográficas.

Agreda *et al.* (2017) realizaron un estudio sobre el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre depresión mayor en médicos residentes, precisando que la depresión es una enfermedad mental de alta incidencia en el contexto nacional y mundial, a pesar de ello, en los servicios de atención primaria sólo un 50-70% son apropiadamente diagnosticados. La relevancia del estudio radica en determinar el nivel de conocimientos en los residentes de medicina, así como desarrollar a futuro intervenciones educativas dirigidas al personal de salud. El objetivo fue describir los conocimientos, actitudes y práctica sobre depresión mayor en los médicos residentes en un hospital de Lima, Perú. El método, un estudio descriptivo-correlacional de corte transversal. La muestra representada por un total de 113 residentes de ambos sexos, en una edad promedio de 30 años y de 1er y 2do año de residencia. Se aplicó un cuestionario de naturaleza anónima de 22 preguntas e incluyó un test de 14 preguntas sobre depresión validado por Leonardo *et al.*, en el 2011. Del total de 113 sujetos de estudio, solo el 5,31% había recibido un curso sobre salud mental y psiquiatría; el 15% demostró conocimiento insuficiente, el 73,45% moderado y el 10,6% suficiente. Solo el 55% opinó que los médicos deben tener conocimientos y herramientas para detectar y tratar depresión. Concluyen que no se encontró relación estadística significativa entre el puntaje de conocimiento y la confianza de diagnosticar depresión.

Sánchez *et al.* (2015) efectuaron un estudio sobre diseño y validación de un cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos en trastornos alimentarios. Afirman que los hábitos de alimentación son parte del estilo de vida y tienen una estrecha relación con las condiciones de salud, pueden convertirse en un factor de riesgo para muchos padecimientos. Consideran que la alimentación es un campo donde pueden converger los profesionales de la salud para realizar acciones de prevención o atención a problemas en la alimentación, y su capacidad de intervención va depender de su nivel de conocimientos. Señalan que el estudio se justifica porque las enfermedades que subyacen de la alimentación, es un problema de salud pública, por tanto, es preciso contar con instrumentos idóneos para valorar el nivel de conocimientos de los profesionales que se están formando. El objetivo es diseñar y validar un instrumento que permita valorar el nivel de conocimientos de los estudiantes universitarios en torno a los trastornos del comportamiento alimentario. Es un estudio observacional, longitudinal y prospectivo. La población estuvo constituida por 140 estudiantes de ciencias de la salud, 110 completaron el estudio, pertenecen a la Fundación Universitaria del Bages, Cataluña, España. Describen todo el proceso de construcción y validación del instrumento como, prueba preliminar, depuración de ítems, valoración de consistencia interna y el análisis estadístico de los datos. El resultado, el instrumento formulado con 15 ítems, 11 de respuesta cerrada y 4 de respuesta abierta. Concluyen que el instrumento es válido, recomendable por su fácil aplicación y por la certeza que ofrece en tanto permite la evaluación de conocimientos sobre las afecciones relacionadas con la conducta alimenticia.

## **Bases teóricas de salud mental, depresión y guías de práctica clínica**

### **Salud Mental**

Salud mental, es un componente integral de la salud en general, está directamente relacionada con la salud física-biológica y con el comportamiento del ser humano, en consecuencia su cuidado debe ser una prioridad, más aún cuando los problemas que

surgen con su deterioro, afecta no solamente al individuo sino a la familia y a la sociedad en general, al punto que problemas como la violencia familiar, la ansiedad, la depresión y las adicciones están considerados como problemas de gran envergadura que afecta a millones de personas.

Por tanto, hablar de salud mental nos lleva necesariamente a conectarnos con conceptos más amplios como el de salud pública, considerada como la ciencia y el arte que nos conduce a desarrollar acciones de promoción de la salud, a plantear estrategias de prevención de la enfermedad y a prolongar un valor y un bien al mismo tiempo como es la vida, a través de un conjunto de esfuerzos conjugados de la sociedad. (OMS, 1998)

Se ha acuñado un concepto de salud mental, definiéndola como un estado de bienestar en el cual la persona es capaz de percibir sus propias capacidades pudiendo afrontar las demandas o presiones comunes de la vida; es capaz de establecer relaciones satisfactorias con las demás personas; capaz de realizar actividades productivas y de auto valimiento y de contribuir con su comunidad. (OMS, 2001)

Pero no todo se desarrolla dentro de los marcos conceptuales. En América Latina y el Caribe no se ha considerado a la salud mental como como prioritaria en las agendas gubernamentales. Esas omisiones y la falta de interés hicieron que surjan movimientos desde la psiquiatría que en 1990 devino en la Declaración de Caracas, documento cuyo contenido puso énfasis en visibilizar que la atención centrada en hospitales psiquiátricos no permitía lograr los objetivos concordantes con una atención de corte descentralizado, focalizada en la prevención, con participación comunitaria. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1997 y el 2001 emitió resoluciones apoyando la iniciativa de Caracas y recomendó a los estados miembros a impulsar programas nacionales de salud mental, a pasar de una visión sanatorial a un enfoque comunitario, fortalecer acciones que promuevan la salud mental, entre otros aspectos. En el 2005, en Brasil, se desarrolló una Conferencia Regional que devino en la Declaración Final de Brasilia, allí se destacó algunos avances, señalando experiencias

exitosas en algunos países de la región. En los últimos años, se han definido prioridades para la acción, como, continuar trabajando en la modificación de conocimientos, actitudes y prácticas ante los trastornos mentales por parte de quienes tienen la capacidad de decisión, fortalecer los servicios de salud mental ambulatorios relacionados a la Atención Primaria de Salud. (Rodríguez, 2007)

## **Depresión**

La depresión es un problema de salud mental cuya principal característica es el humor depresivo y la pérdida de interés por disfrutar de las cosas, el cansancio o fatiga, el empobrecimiento de la calidad de vida, generando dificultades en el entorno familiar, laboral y social. (GPC-MINSA, 2008)

Es un trastorno del estado de ánimo (TEA), esta denominación está referido a diversas condiciones clínicas que se caracterizan principalmente por cambios del estado de ánimo y del afecto, razones por las que una persona busca ayuda acudiendo a un especialista o a médicos generales. El DSM-IV describe grados de gravedad de la depresión, como leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos. La gravedad tiene que ver más con la capacidad de ajuste psicosocial de quien la padece más que por la intensidad de los síntomas. La depresión no sólo genera un intenso sufrimiento personal y familiar, también tiene significativas repercusiones en la vida social y económica del paciente. Uno de los datos que más preocupan y que devienen de la investigación de la depresión es que desde los años 70 la casuística en depresión se ha visto incrementado de manera significativa en los países de occidente durante el siglo XX, aunque también ha habido progresos en relación al diagnóstico y el desarrollo de nuevos tratamientos. (Vásquez, 2000)

El creciente interés por abordar la depresión puede apreciarse en distintas publicaciones científicas sobre el tema. En una publicación en el Portal Regional BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) se precisa: En materia de atención a la depresión, que ha sido ya reconocida como un trastorno mental de alta incidencia mundial, las

acciones que se emprendan deben estar orientadas a identificar precozmente el inicio de esta enfermedad, habida cuenta que afecta a todas las personas sin distinción de edad, sexo, nivel instruccional, condición socio económica, ni cualquier otro factor. Lo que resalta el artículo es que, para evitar cualquier tipo de complicaciones el lugar o espacio donde deben impulsarse las acciones más determinantes para enfrentar este trastorno es la Atención Primaria. Es de suma importancia hacer la identificación temprana y darle la justa valoración por el enorme incremento de la incidencia de la enfermedad, por los graves padecimientos que trae consigo, no solo para el enfermo sino también para la familia y la sociedad, porque genera un elevado índice de discapacidad, por el alto costo económico que significa su tratamiento y por la alta cuota de mortalidad debido a los suicidios. Por otro lado, la alta prevalencia del trastorno y en una época donde existe posibilidades de tratamiento, sugiere que hay algún elemento que no está resuelto en el manejo clínico de la depresión. (Zarragoitia, 2006)

### **Guía de Práctica Clínica (GPC).**

En los últimos 30 años, se ha podido apreciar un creciente interés en la formulación de guías de práctica clínica (GPC) en las áreas de las ciencias de la salud, vienen a ser un documento o herramienta que contienen un conjunto de lineamientos sistemáticamente elaboradas para ayudar a los profesionales y al paciente a tomar decisiones en el cuidado de la salud en una determinada situación clínica, toda vez que en el campo de la salud se deben adoptar cotidianamente muchas y complejas decisiones asistenciales eligiendo las opciones más apropiadas y científicamente validadas. Hay varios métodos disponibles para elaborar una GPC con ellos lo que se busca es consensuar opiniones sobre aspectos generales y específicos del problema de salud, una de las que más se usa es la técnica Delphi. (Carreño, 2009)

Respecto a contar con un instrumento guía para brindar una atención de calidad, existen muchos aportes. En un artículo que trata sobre la incorporación de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en el sistema de salud ecuatoriano, se señala que,

cotidianamente los profesionales de la salud hacen frente a la toma de decisiones diagnósticas y de tratamiento que usualmente resulta variable en sus niveles de certeza, esto puede deberse a la incertidumbre por la falta de evidencia científica, o que si existe el profesional de la salud la desconoce y no lo actualiza. Se reconoce que en los países desarrollados las GPC han sido incluidas como una estrategia con la finalidad de minimizar la variabilidad en la atención, ofrecer una mejor calidad de atención y brindar de manera más racional los servicios de salud. Las GPC usan como método la medicina basada en evidencia (MBE), a la que se conceptualiza como el arte de probar lo que se dice, es aportar ciencia a la práctica de la medicina. Se describe todo el proceso de elaboración de GPC dando como resultado que en 2014 el ministerio de salud pública de Ecuador aprobó las GPC. Concluyen señalando que la ciencia requiere ser una parte integrante de los servicios de salud, es la única manera de permitir que la salud se desarrolle, que se otorguen servicios de calidad y que se utilice racionalmente los recursos, por lo que las GPC deben ser implementadas de forma imperativa. (González y Aguinaga, 2014)

Procurando contextualizar nuestra investigación, encontramos un estudio sobre evaluación de las GPC en el Perú utilizando el instrumento AGREE-II. Definen la GPC y precisan que si éstas están elaboradas con el rigor necesario pueden contener recomendaciones aplicables a la práctica clínica, hecho que se asocia con la mejor calidad de atención. El objetivo es valorar la calidad metodológica de las guías de práctica clínica elaboradas por el ministerio de salud del Perú, se identificaron todos los documentos categorizado como GPC, disponibles en la página web de la Dirección de Calidad. El instrumento utilizado fue el AGREE-II. Se identificaron 17 GPC, ninguna reportó el método usado para formular recomendaciones. Se encontró que las GPC aprobadas hasta el 2014 son de baja calidad metodológica por tanto no se recomienda para ser utilizadas y que éstas son limitaciones semejantes a las encontradas en otros países de la región. Concluyen que resulta fundamental promover la elaboración de GPC de alta calidad para lograr un impacto efectivo en salud, más si se trata de un sistema de salud con pocos recursos. (Canelo *et al.*, 2016)

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo y diseño de investigación

##### Tipo de investigación

La presente investigación es aplicada. Ñaupas *et al.* (2014) señala que es un tipo de investigación que permite plantear problemas e hipótesis de trabajo con el propósito de resolver de manera objetiva problemas relacionados con cualquier actividad humana, teniendo como punto de partida la investigación básica. Por lo anterior es pertinente señalar que busca conocer y exponer la realidad basado en estudios existentes tratando de encontrar respuestas a preguntas específicas o hallar la resolución práctica de problemas.

Ortiz *et al.* (2003) realizaron un estudio en instituciones de salud de la ciudad de Hidalgo, México. Los autores consideran que el interés por abordar la calidad de atención médica tiene su origen en el sentimiento de insatisfacción de los usuarios y en la intención de aminorar las desigualdades que existe en el sistema de salud, que no solo se expresa en el tema de cobertura sino en la calidad de los servicios. Es preciso tomar en cuenta que junto a la calidad de la atención sanitaria está también la satisfacción del usuario, como un elemento importante que influye en la demanda de atención y en la adherencia al tratamiento. El objetivo de la investigación fue delimitar y valorar los factores relacionados con la calidad de atención ambulatoria de los hospitales del sector público. Se efectuó un estudio transversal, comparativo y analítico en 15 nosocomios. La muestra estuvo constituida por personas que demandaron y obtuvieron atención médica en servicios de consulta externa de siete instituciones sanitarias, el tamaño muestral fue de 9,936 usuarios, se realizó un muestreo aleatorio simple. El instrumento utilizado fue una encuesta que exploró la percepción de los sujetos sobre la estructura, el proceso y los resultados de la atención. Los resultados arrojan que el 28,63% asumió la calidad de atención como mala y el 71.37% de los



casos como buena. El análisis según dimensiones, evidencian variaciones, pero resalta que en la percepción de mala calidad están el tiempo de espera muy larga, el tiempo de consulta muy breve. Concluyen que factores como el prolongado tiempo de espera, el escaso tiempo dedicado a la consulta médica y el poco énfasis en las acciones de diagnóstico han definido la percepción de la atención como de mala calidad.

### **Diseño de investigación**

El diseño del estudio es no experimental, en tanto se basa en conceptos, acontecimientos o contextos en los que el investigador no interviene directamente, por tanto, no busca provocar determinados cambios en los sujetos de estudio. Salas (2000), plantea que es aquel diseño donde una hipótesis no está sometida a condiciones rigurosas de control de variables, sino que más bien tiene un carácter descriptivo o explicativo, en tanto trata de observar o medir los fenómenos tal como acontecen en su contexto habitual.

Es preciso puntualizar que los datos serán recogidos virtualmente haciendo uso de las tecnologías de la información existentes, en consecuencia, se descarta situaciones provocadas. También es importante señalar que nuestro estudio tiene un enfoque cuantitativo porque las variables se medirán con escalas de medición ordinal para obtener la data.

### **Nivel**

Es un estudio de nivel correlacional transversal, en tanto su objetivo ha sido medir la relación entre las variables de estudio que consideramos interactúan entre sí, situación o acontecimiento que han sido observados y recogidos en una determinada muestra de la población, durante un periodo de tiempo establecido.

### **3.2. Variables y operacionalización.**

#### **Variable independiente: Nivel de conocimiento**

##### **Definición conceptual**

Desde la perspectiva de Alavi y Leidner citado por (Torres *et al.*, 2018), el conocimiento se define como la información que una persona tiene en su mente relacionada con acontecimientos, métodos o técnicas, procedimientos, juicios, interpretaciones y observaciones que se convierte en conocimiento una vez procesada en el intelecto del sujeto y que se traduce a su vez en información cuando lo comparte con otros a través de los diferentes modos de comunicación y cuando aquél que lo recibe lo procesa e interioriza dicha información se convierte a su vez en conocimiento.

##### **Definición operacional**

El nivel de conocimiento de los psicólogos, está relacionado con la información sobre la naturaleza de los hechos o realidades, conocer el qué y porqué ocurren, el saber cómo y con qué habilidades llevar a cabo una cosa, el tener una idea cabal de quién sabe hacer determinadas acciones; conocer las pautas contenidas en un determinado instrumento o protocolo para saber qué y cómo hacer apropiadamente; para el caso específico que nos ocupa es que conozca desde una perspectiva teórica y operativa la Guía de Práctica Clínica en Depresión (GPC-D) aprobada por el Ministerio de Salud (MINSa).

El nivel de conocimiento de la GPC-D por los psicólogos, se obtendrá a través de una encuesta tipo Likert modificada, denominada Conocimiento de Guía de Práctica Clínica en Depresión (CGPC-D), cuyos ítems han sido creados en base al contenido de la mencionada guía; con ello se busca recoger datos sobre: conceptos teóricos relacionados al abordaje de la depresión, la aplicación de instrumentos de evaluación

psicológica, el adecuado manejo del diagnóstico diferencial y la adecuada toma de decisiones mediante el uso de flujogramas para la derivación del paciente según niveles de complejidad en la atención del sector público. La encuesta incluye en su estructura 16 ítems, distribuidos en tres dimensiones de evaluación del nivel de conocimiento. Manejo conceptual: 8 ítems; Aplicación de instrumentos: 3 ítems; Uso del flujograma: 5 ítems. Los ítems han sido contruidos en atención al contenido de la guía publicada por el Ministerio de Salud en el año 2008, donde se enfatiza que los profesionales de los primeros niveles de atención son los que inicialmente entran en contacto con los diversos problemas psicológicos, entre ellas la depresión, considerada una enfermedad de alta incidencia en el mundo y en el Perú, afectando a personas de todas las edades y en todas las ciudades urbanas, periurbanas y rurales de nuestro país.

### **Dimensiones de la variable: Nivel de conocimiento**

- **Información esencial**

Se refiere a la información del concepto de la depresión, la etiología y fisiopatología del cuadro clínico, los factores de riesgo asociados, los signos y síntomas, así como los criterios de diagnóstico.

- **Aplicación de instrumentos de evaluación de la depresión.**

Se refiere al manejo de información clara y precisa sobre el proceso secuencial que debe seguir el profesional para evaluar la depresión y al conocimiento y aplicación de los instrumentos psicológicos de evaluación básica para la detección oportuna y el diagnóstico adecuado, tales como: la Escala de Salud Personal (ESP), el Cuestionario de Síntomas S.R.Q.-18 y la Escala de Hamilton para depresión.

- **Uso del flujograma de atención**

Esta dimensión hace referencia a todas las acciones profesionales con base en los flujogramas de atención que permitan tomar decisiones en términos preventivos o

asistenciales, efectuando cuidadosamente el proceso de derivación a establecimientos con una mejor y mayor capacidad de atención especializada, con la finalidad de brindar al paciente una adecuada calidad de atención.

### **Variable dependiente: Calidad de la atención en salud**

#### **Definición conceptual**

Existen diferentes conceptos de Calidad, dependiendo del autor que la define y su interrelación con otros conceptos asociados. Podría conceptualizarse como un conjunto de actividades dirigidas a asegurar un servicio asistencial alcanzable e igualitario, donde la atención profesional sea óptima a tal grado que estimule y promueva la adherencia y satisfacción del usuario con el servicio obtenido. Calidad en Salud no implica un servicio refinado o exclusivo, sino una atención que genere la complacencia plena de las personas que demandan el servicio en tanto se sienten muy satisfechos en la solución de sus necesidades, todo ello en un marco de eficiencia y de parámetros establecidos por quienes gestionan la institución prestadora de los servicios en salud. (Gonzales *et al*, 2008)

#### **Definición operacional**

La calidad de atención, en el marco de los servicios que se brindan en los consultorios psicológicos de los centros sanitarios de atención primaria, puede definirse como la atención psicológica accesible, rápida y oportuna, con trato cálido, con óptimo nivel de competencia, inspirando confianza y en un contexto físico que ofrece comodidad, dirigido a generar satisfacción en el usuario o paciente.

La calidad de atención en salud en los establecimientos del primer nivel, donde trabajan los psicólogos, se obtendrá a través de una encuesta tipo Likert modificado, adaptado del modelo SERVQUAL (Quality Service), una herramienta muy utilizada en la investigación de calidad de servicios, muy común en el campo de la mercadotecnia

dirigido a valorar la calidad del servicio que se ofrece al cliente asociándolo con el nivel de satisfacción de éste. El cuestionario SERVQUAL (Quality Service) ha sido desarrollado por Parasuraman, Zeitham y Berry en 1985, quienes plantean que el cotejo entre las expectativas generales de quienes reciben la atención (clientes, pacientes, beneficiarios) y sus apreciaciones sobre la prestación de servicios de un establecimiento, puede convertirse en un mecanismo de medición de la calidad del servicio.

El modelo del instrumento ha sido recogido de la Guía Técnica dirigida a la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo y aplicada en instituciones sanitarias, es un documento técnico del Ministerio de Salud del Perú, aprobado con Resolución Ministerial RM N° 527-2011/MINSA (2012).

Para el caso específico que nos ocupa, el instrumento será aplicado a los psicólogos con la finalidad de explorar la percepción que ellos tienen respecto a la calidad del servicio que ofrecen en la atención de salud mental, la misma que se desarrolla en los consultorios de las instituciones sanitarias del primer nivel de atención. La encuesta incluye en su estructura 22 ítems de Percepciones, fueron divididos en cinco dimensiones que permiten valorar la calidad: Fiabilidad, Capacidad de Respuesta, Seguridad, Empatía y Tangibilidad.

### **Dimensiones de la variable: Calidad de atención**

- **Fiabilidad**

Relacionado con la competencia y habilidad para ejecutar con éxito la atención psicológica que ofrece el profesional. Consta de cinco ítems.

- **Capacidad de Respuesta**

Competencia para brindar a los pacientes un pronto y oportuno servicio, en un tiempo suficiente cuidando la calidad de la prestación asistencial. Tiene cuatro ítems.

- **Seguridad**

Se relaciona con la confianza que generada por el comportamiento y la actitud del profesional que realiza la consulta asistencial, evidenciando suficiencia de información y conocimiento, por las condiciones de confidencialidad, trato cortés y habilidad de comunicación. Constituido por cuatro items.

- **Empatía**

Relacionada con la capacidad de comprender la realidad, necesidades, pensamientos, sentimientos y emociones de otra persona tratando de ponerse en el lugar de ella reconociéndola como alguien similar o igual. Con cinco items.

- **Aspectos Tangibles**

Se refiere al contexto físico donde se desarrolla la atención psicológica, esto es condiciones de privacidad, limpieza y comodidad del consultorio, mobiliario adecuado, accesibilidad y disponibilidad de los materiales, instrumentos y protocolos de atención y evaluación psicológica. Tiene cuatro items.

### **3.3. Población, muestra y muestreo**

#### **Población**

La población de estudio estuvo constituida por 137 psicólogos que laboran en los establecimientos de atención primaria de salud, cuyas instalaciones se hallan distribuidos en los distritos de Lima Norte. Los profesionales psicólogos se desempeñan en Puestos y Centros de Salud, así como en los Centros Materno Infantiles que jurisdiccionalmente corresponden a los distritos de Independencia, Comas, Carabaylo, Rímac, San Martín, Puente Piedra y Ancón.

#### **Muestra**

La muestra estuvo conformada por 70 participantes profesionales, hombres y mujeres con distinta condición laboral: nombrados y contratados.

### **Criterios de inclusión**

- Ser psicólogos titulados y colegiados.
- Aceptaron participar de manera voluntaria (consentimiento informado)
- Se desempeñan en la función profesional por un tiempo no menor de un año.
- Gestionan la Estrategia Sanitaria de Salud Mental

### **Criterios de exclusión**

- Los que desempeñan funciones administrativas o de otra índole
- Los que se encontraron con licencia laboral por diversas causas

### **Muestreo:**

Para el presente estudio, el muestreo es no aleatorio por conveniencia, ello implica un procedimiento de selección de acuerdo a la accesibilidad de cada participante por tanto no depende de la probabilidad de participación. Un muestreo no probabilístico por conveniencia, facilita el proceso de elegir a las personas a las que se tiene accesibilidad y que han decidido tomar parte en el estudio de manera voluntaria y con consentimiento informado. (Otzen et al, 2017)

### **Unidad de análisis.**

Un profesional de salud que integra al grupo ocupacional de psicólogos y que labora en un establecimiento de salud de Lima Norte.

### **3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos**

El recojo de la información se ha realizado mediante la encuesta tipo Likert tanto para la primera como para la segunda variable. Para el caso de la variable independiente se ha elaborado y validado una encuesta de 16 ítems y en el caso de la variable dependiente se ha adaptado del modelo SERVQUAL (Quality Service) que está publicada en la Guía aprobada con RM N° 527-2011/MINSA (2012).

### **Variable 1: Nivel de conocimientos de GPC-D**

Los datos se obtienen a partir de la valoración de proposiciones formuladas expresamente para conocer tres dimensiones de la variable, a las que se ha asignado un número determinado de ítems organizados en una escala de medición ordinal para los que se han establecido niveles y rangos que van del 1 al 5.

El instrumento que hemos utilizado en nuestra investigación es una encuesta de 16 ítems, bajo el modelo de la escala de Likert modificado, la misma que se utiliza para evaluar a una persona y saber su nivel de acuerdo o desacuerdo con una proposición; estará compuesta por alternativas de selección múltiple, estableciéndose un parámetro de valoración para cada ítem. Los ítems están relacionados con el conocimiento teórico y práctico de la Guía de Práctica Clínica en Depresión aprobada por el Ministerio de Salud.

### **Dimensión 1: Información esencial sobre depresión**

Indicadores:

- Concepto de depresión
- Etiología y fisiopatología
- Factores de riesgo asociado
- Signos y síntomas
- Criterio de diagnóstico
- Comorbilidad clínica.

Ítems: 1,2,3,4,5,6,7,8

### **Dimensión 2: Aplicación de instrumentos de evaluación de la depresión.**

Indicadores:

- Conocimiento de tipos de instrumento.
- Instrumentos de detección o tamizaje.
- Instrumentos de ayuda diagnóstica.

Ítems: 9,10,11



### **Dimensión 3: Uso del flujograma de atención.**

Indicadores:

- Conocimiento de los flujogramas de atención.
- Toma de decisiones para derivación
- Criterios para referencia y contrarreferencia

Items: 12,13,14,15,16

El parámetro de valoración para los items, fueron establecidos del siguiente modo:

5 = Totalmente de acuerdo (TA)

4 = De acuerdo (DA)

3 = Neutro (N)

2 = En desacuerdo (ED)

1 = Totalmente en desacuerdo (TD)

### **Variable 2: Calidad de atención**

El instrumento que utilizamos en nuestro estudio fue una encuesta aplicada a los profesionales psicólogos que brindan consulta asistencial externa en los centros sanitarios de Lima Norte.

Ha sido un instrumento adaptado y validado de uno que ya existe; el instrumento original considera como sujeto de estudio a las personas que reciben la atención; la adaptación se ha realizado debido a la naturaleza de nuestra investigación donde los sujetos de estudio son los profesionales psicólogos que brindan la atención. El instrumento original SERVQUAL, consta de proposiciones estandarizadas para la Medición de la Calidad del Servicio, elaborado por Parasuraman y colaboradores en los Estados Unidos y validado para América Latina por Michelsen Consulting, recibiendo para ello el soporte del Instituto Latinoamericano de Calidad.

El instrumento utilizado contiene en su formato 22 afirmaciones sobre percepciones, las que han sido repartidas en cinco dimensiones de valoración de la calidad. Se pidió que el encuestado elija una proposición y le asigne un valor en función cómo percibe que ha ejercido o se desarrolla la atención en consulta externa del servicio de psicología, acción que se espera tendrá un efecto en el nivel de satisfacción del paciente. Para ello se utilizó una escala tipo Likert modificado con las alternativas de elección múltiple

Las dimensiones de evaluación correspondiente a la Variable 2 Calidad de atención en el modelo SERVQUAL, están establecidas del siguiente modo, los items han sido adaptados a la naturaleza de nuestro estudio. Son las siguientes:

### **Dimensión 1: Fiabilidad**

Indicador:

- Capacidad para cumplir con éxito la atención o servicio

Items: Del 01 al 05 (1,2,3,4,5)

### **Dimensión 2: Capacidad de Respuesta**

Indicadores:

- Pronta y oportuna atención.
- Realiza la atención en tiempo previsto.
- Ofrece prestación asistencial diligente.

Items: Del 06 al 09 (6,7,8,9)

### **Dimensión 3: Seguridad**

Indicadores:

- Actitud profesional genera confianza.
- Evidencia idoneidad de conocimiento.
- Ofrece condiciones de privacidad, Brinda trato cortés.
- Evidencia habilidad de comunicación.

Items: Del 10 al 13 (10,11,12,13)

#### **Dimensión 4: Empatía**

Indicadores:

- Comprende las necesidades del otro.
- Trata de ponerse en el lugar del otro.
- Reconoce al otro como alguien igual.

Items: Del 14 al 18 (14,15,16,17,18)

#### **Dimensión 5: Elementos Tangibles:**

Indicadores:

- Consultorio ofrece privacidad.
- Material para atención suficiente y disponible
- Mobiliario adecuado y cómodo.
- Instalaciones lucen limpias.

Items: D 19 al 22 (19,20,21,22)

El parámetro de valoración para los items, fueron establecidos del siguiente modo:

5 = Casi siempre (CS)

4 = Muchas veces (MV)

3 = A veces (AV)

2 = Pocas veces (PV)

1 = Casi nunca (CN)

#### **Validación de los instrumentos: Encuesta tipo Likert**

Como se ha señalado, el instrumento para la primera variable ha sido construido de manera específica para el presente estudio, el instrumento para la segunda variable está basado en un instrumento que fue validado por primera vez en 1992. En tanto para el instrumento que utilizamos se adaptaron algunas proposiciones del original de tal manera que recogía información de una realidad concreta que en este caso fue la percepción de quienes brindan la atención en salud, es decir los profesionales psicólogos.

Toda vez que se hicieron algunas adaptaciones, el instrumento fue sometida a juicio de expertos, quienes tuvieron a bien revisar los ítems, estableciendo que cumplen con el propósito de medición que se había estimado. Para la certificación se estimó tres aspectos: claridad, pertinencia y relevancia. De acuerdo al procesamiento del instrumento se obtuvo que la V de Aiken fue de 1, solo en el ítem 14 fue de 0,89, lo que nos confirma que es un instrumento válido, es decir mide lo que tiene que medir.

### **Confiabilidad**

La confiabilidad de un instrumento se refiere al grado en que, siendo aplicado repetidamente en varias oportunidades al mismo sujeto, permite obtener los mismos resultados. Para nuestro estudio la confiabilidad se logró mediante la aplicación de una prueba piloto a cinco psicólogos voluntarios, que no pertenecían a la muestra de estudio; sin embargo, decidieron prestar su colaboración para hacer posible la continuidad con la presente investigación, el procesamiento del piloto se trabajó con el alfa de Cronbach, que arrojó un valor total de 0,87.

Todo el proceso se efectuó utilizando el programa SPSS versión 23, por todo lo obtenido podemos precisar que es ambos instrumentos son muy confiables.

### **3.5. Procedimientos**

Debido a las limitaciones de contacto social que aún persisten debido a la pandemia por Covid-19, el proceso de recopilación de información se realizó de la manera siguiente:

- a. Se elaboró un formulario virtual mediante el Google Forms
- b. Se efectuó el proceso de validación y confiabilidad de acuerdo a las pautas establecidas.
- c. Se estableció contacto telefónico o comunicación por correo electrónico para asegurar su participación y el respeto al principio de confidencialidad.

- d. El formulario de la encuesta ya definido, fue enviado a cada participante a través de su correo electrónico.
- e. Se adjunta a la encuesta, el consentimiento informado y una ficha socio-laboral.
- f. Se estableció los plazos temporales para el retorno de la información contenido en los respectivos formularios.
- g. Con los formularios recibidos de retorno y la información recogida, se creó una base de datos para el procesamiento de los mismos.

### **3.6. Método de análisis de datos**

#### **Procesamiento de datos**

##### **Análisis descriptivo**

Corresponde al proceso que consistirá en describir las tendencias de los datos compilados en el estudio efectuado, en pos de hallar información relevante sobre la muestra de estudio. Tomando en cuenta lo planteado por Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), en este punto del trabajo de investigación se presentan mediante un cuadro Excel las puntuaciones que corresponde a cada variable.

Las tablas y gráficos concerniente a los resultados obtenidos, fueron procesados, tal como se señaló, es decir mediante el programa Excel 2016 y el software estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 26.

##### **Análisis inferencial**

Viene a ser el procedimiento de observar los datos provenientes de la muestra con el propósito de extraer conclusiones aplicables al conjunto de la población mediante inferencias. Se realizó la contrastación de las hipótesis propuestas, haciendo uso de pruebas de estadística inferencial, lo que nos ha permitido hacer deducciones, determinando características o propiedades a partir de la data limitada que nos proporciona la muestra de los sujetos objeto de estudio.

En tanto las variables de nuestro estudio son cualitativas y tienen categorías ordinales, se ha utilizado el coeficiente de correlación Rho de Spearman para efectuar la prueba de hipótesis. De este modo se consiguió la significancia estadística (p valor) y el grado de correlación de las variables y su comparación porcentual.

### **Regla de decisión:**

Se rechaza la hipótesis nula, sí y solo sí, Sig.< 0.05

No se rechaza la hipótesis nula, sí y solo sí, Sig > 0.05

### **Coeficiente de correlación Rho de Spearman.**

En estadística, se refiere a una prueba o medida que nos facilita estudiar la relación de dependencia lineal entre dos variables dadas que tienen categorías ordinales. Esto nos permite establecer medidas de correlación, cuando ésta es menor a cero la correlación es negativa, nos está diciendo que las variables se relacionan de manera inversa; asimismo nos permite observar que cuando el valor de alguna variable es alto, el valor de la otra es bajo; cuando la correlación es mayor a cero significa que es positiva, en este caso el coeficiente puede variar de -1 a +1. Se utilizó este coeficiente en tanto:

- Nuestra muestra ha sido pequeña, 70 sujetos de estudio.
- Se buscó medir el grado de relación que existe entre las variables, que tienen categorías ordinales.

El cálculo de la Rho de Spearman viene dado por la siguiente ecuación:

Dónde:

$$r_s = 1 - \frac{(6 \times \sum d^2)}{n \times (n^2 - 1)}$$

- d = representa la diferencia de rango entre la variable X e Y
- n = al número de encuestas que se procesaron en razón del muestreo.

Cuadro para la interpretación del coeficiente de correlación de Spearman.

<i>Valor de Rho</i>	<i>Significado</i>
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0.9 a -0.99	Correlación negativa muy alta
-0.7 a -0.89	Correlación negativa alta
-0.4 a -0.69	Correlación negativa moderada
-0.2 a -0.39	Correlación negativa baja
-0.01 a -0.19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0.01 a 0.19	Correlación positiva muy baja
0.2 a 0.39	Correlación positiva baja
0.4 a 0.69	Correlación positiva moderada
0.7 a 0.89	Correlación positiva alta
0.9 a 0.99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

### 3.7. Aspectos éticos

En todo trabajo de investigación que involucra personas, en este caso 70 profesionales psicólogos, es preciso ajustarse a determinados principios éticos; uno de esos principios es el respeto por las personas, para el objeto de esta investigación, los sujetos han sido debidamente informados de los objetivos del estudio, asimismo se les precisó cuál va a ser el tratamiento de los datos, logrando que dieran su consentimiento informado asegurándoles la confidencialidad en el manejo de la información. Se ha cuidado de no caer en el tratamiento subjetivo de los datos ni el sesgo del investigador, garantizando el respeto irrestricto a los resultados obtenidos.

## IV. RESULTADOS

### 4. 1. Estadística descriptiva

#### Dimensiones Variable 1: Nivel de conocimiento de la Guía de Práctica Clínica

#### Dimensión 1, V.1: Información esencial.

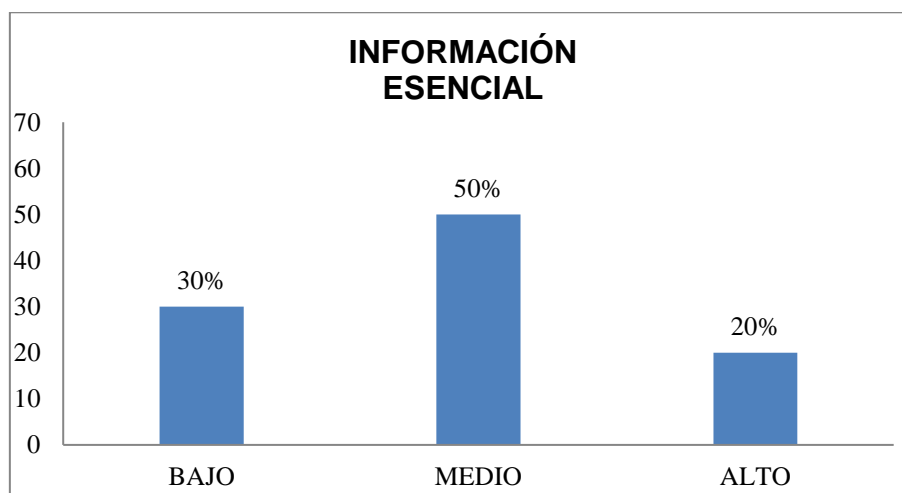
**Tabla 1**

*Nivel de Conocimientos de la Dimensión Información Esencial en los psicólogos de establecimientos de salud Lima Norte, 2021.*

		Frecuencia	%
Información esencial	BAJO	21	30
	MEDIO	35	50
	ALTO	14	20
<b>Total</b>		<b>70</b>	<b>100</b>

**Figura 1**

*Distribución del nivel de información esencial encontrado en los psicólogos.*



*Nota.* En la Tabla 1 y Figura 1, se muestra el nivel de conocimientos de los psicólogos sobre información esencial en relación a la Guía de Práctica Clínica en Depresión; un 20% un nivel alto, un 50% tiene nivel medio y 30% un nivel bajo.



## Dimensión 2, V.1: Aplicación de instrumentos

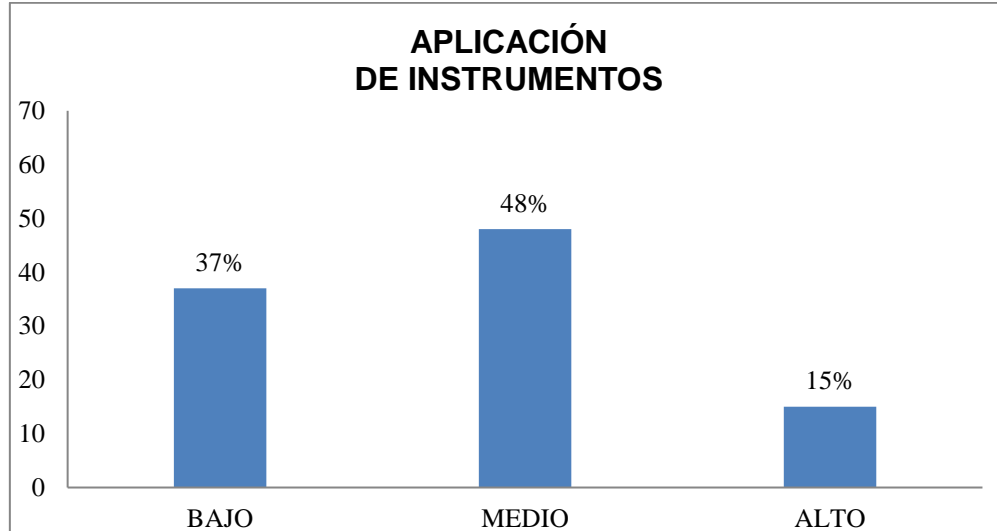
**Tabla 2**

*Nivel de Conocimientos de la Dimensión Aplicación de Instrumentos, en los psicólogos de establecimientos de salud Lima Norte, 2021.*

		Frecuencia	%
Aplicación De instrumentos	BAJO	26	37
	MEDIO	33	48
	ALTO	11	15
<b>Total</b>		<b>70</b>	<b>100</b>

**Figura 2**

*Distribución del nivel de aplicación de instrumentos encontrado en los psicólogos.*



*Nota.* En la Tabla 2 y Figura 2, se muestra el nivel de conocimientos de los psicólogos sobre aplicación de instrumentos para evaluar depresión; el 15% alcanza un nivel alto, un 48% nivel medio y un 37% nivel bajo.

### Dimensión 3, V.1: Uso de flujogramas.

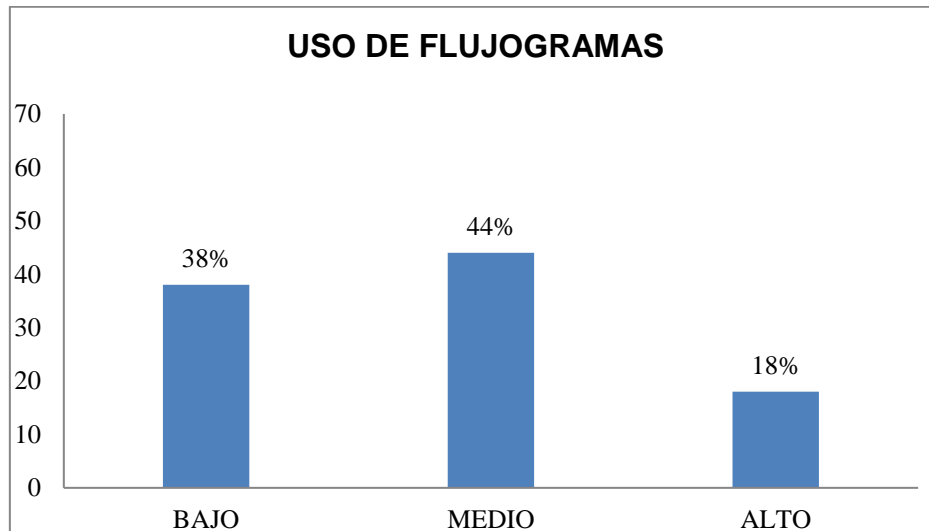
**Tabla 3**

*Nivel de Conocimientos de la Dimensión Uso de Flujogramas, en los psicólogos de establecimientos de salud Lima Norte, 2021.*

		Frecuencia	%
Uso de flujo gramas	BAJO	26	38
	MEDIO	31	44
	ALTO	13	18
<b>Total</b>		<b>70</b>	<b>100</b>

**Figura 3**

*Distribución del nivel de uso de flujogramas, encontrado en los psicólogos.*



*Nota.* En la Tabla 3 y Figura 3, se muestra el nivel de conocimientos de los psicólogos sobre el uso de flujogramas; el 18% alcanza un nivel alto, el 44% nivel medio y un 38% evidencia un nivel bajo.

## Variable 1: Nivel de conocimiento de la Guía de Práctica Clínica

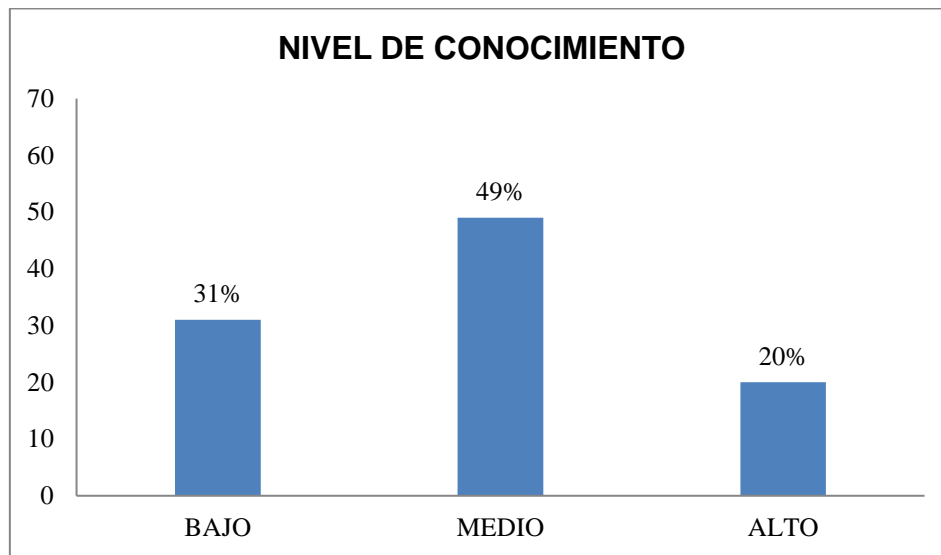
**Tabla 4**

*Nivel de Conocimientos en relación a la GPC-D, de los psicólogos de establecimientos de salud Lima Norte, 2021.*

		Frecuencia	%
Nivel de conocimiento	BAJO	22	31
	MEDIO	34	49
	ALTO	14	20
	<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

**Figura 4**

*Distribución del Nivel de Conocimientos en relación a la Guía de Práctica Clínica en Depresión encontrado en los psicólogos.*



*Nota.* La Tabla 4 y Figura 4, muestra de manera general, el nivel de conocimientos en relación a la Guía de Práctica Clínica en Depresión. Un 20% de los psicólogos tiene un nivel alto, 49% un nivel medio y 31% tiene un nivel bajo.

## Dimensiones Variable 2: Calidad de Atención.

### Dimensión 1, V.2: Fiabilidad

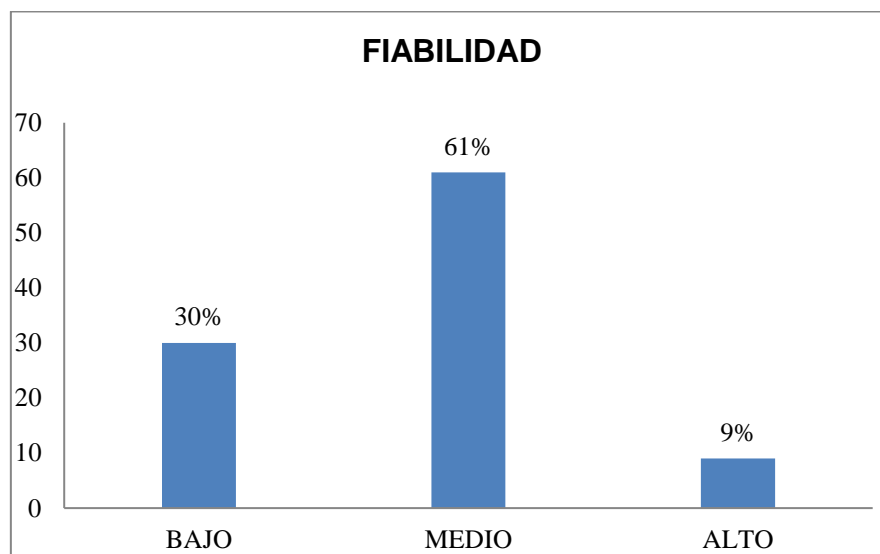
**Tabla 5**

*Nivel de Percepción de la Dimensión Fiabilidad, que tienen los psicólogos de establecimientos de salud Lima Norte, 2021.*

		Frecuencia	%
Fiabilidad	BAJO	21	30
	MEDIO	43	61
	ALTO	6	9
<b>Total</b>		<b>70</b>	<b>100</b>

**Figura 5**

*Distribución de la Dimensión Fiabilidad encontrado en los psicólogos.*



*Nota.* En la Tabla 5 y Figura 5, se muestra la percepción de la dimensión fiabilidad en la atención profesional por los psicólogos. Un 9% percibe un nivel alto, el 61% nivel medio y el 30% un nivel bajo.

## Dimensión 2, V.2: Capacidad de respuesta

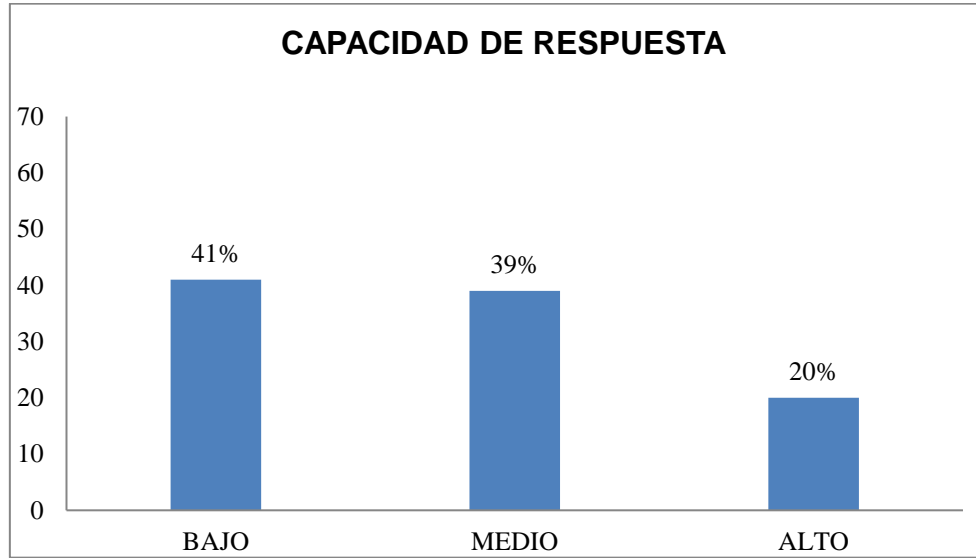
**Tabla 6**

*Nivel de Percepción de la Dimensión Capacidad de Respuesta que tienen los psicólogos de establecimientos de salud Lima Norte, 2021.*

		Frecuencia	%
Capacidad de respuesta	BAJO	29	41
	MEDIO	27	39
	ALTO	14	20
<b>Total</b>		<b>70</b>	<b>100</b>

**Figura 6**

*Distribución de la Dimensión Capacidad de Respuesta encontrado en los psicólogos.*



*Nota.* En la Tabla 6 y Figura 6, se muestra la percepción de la dimensión capacidad de respuesta en la atención profesional por los psicólogos. Un 20% percibe un nivel alto, el 39% nivel medio y el 41% un nivel bajo.

### Dimensión 3, V.2: Seguridad

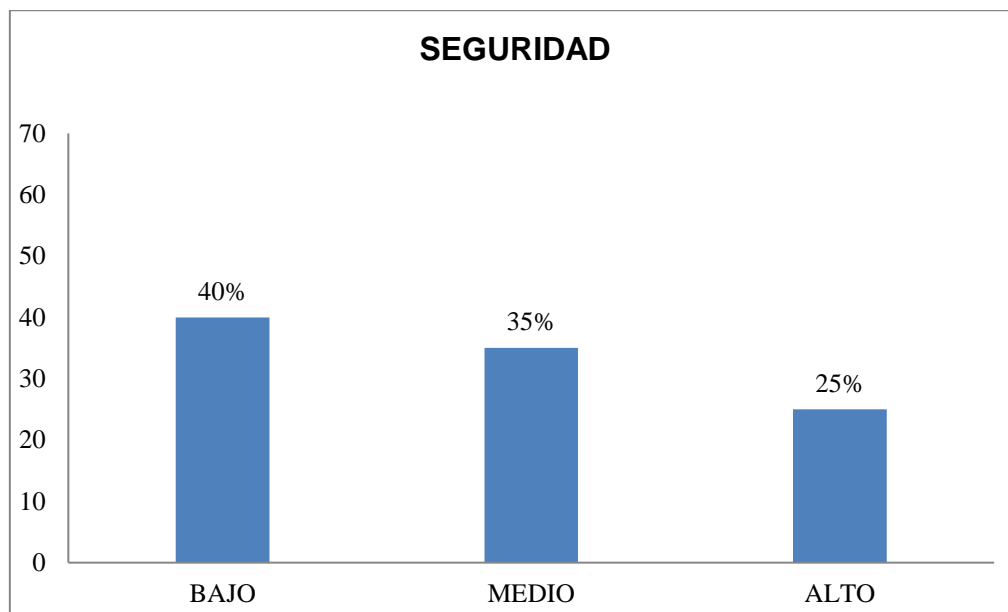
**Tabla 7**

*Nivel de Percepción de la Dimensión Seguridad que tienen los psicólogos de establecimientos de salud Lima Norte, 2021.*

		Frecuencia	%
Seguridad	BAJO	28	40
	MEDIO	24	35
	ALTO	18	25
<b>Total</b>		<b>70</b>	<b>100</b>

**Figura 7**

*Distribución de la Seguridad encontrado en los psicólogos.*



*Nota.* En la Tabla 7 y Figura 7, se muestra la percepción de la dimensión seguridad en la atención profesional por los psicólogos. Un 25% percibe un nivel alto, el 35% nivel medio y el 40% un nivel bajo.

## Dimensión 4, V.2: Empatía

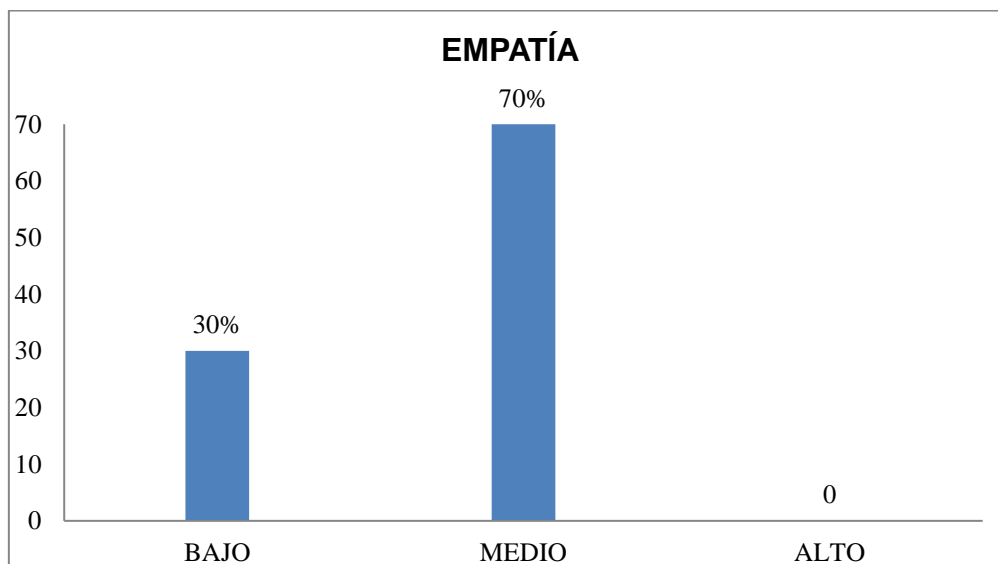
**Tabla 8**

*Nivel de Percepción de la Dimensión Empatía que tienen los psicólogos de establecimientos de salud Lima Norte, 2021.*

	Frecuencia	%
Empatía	BAJO	21
	MEDIO	49
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

**Figura 8**

*Distribución de la Dimensión Empatía encontrado en los psicólogos.*



*Nota.* En la Tabla 8 y Figura 8, se muestra la percepción de la dimensión empatía en la atención profesional por los psicólogos. Se evidencia que ninguno percibe un nivel alto, 70% un nivel medio y un 30% nivel bajo.

## Dimensión 5, V,2: Aspectos tangibles

**Tabla 9**

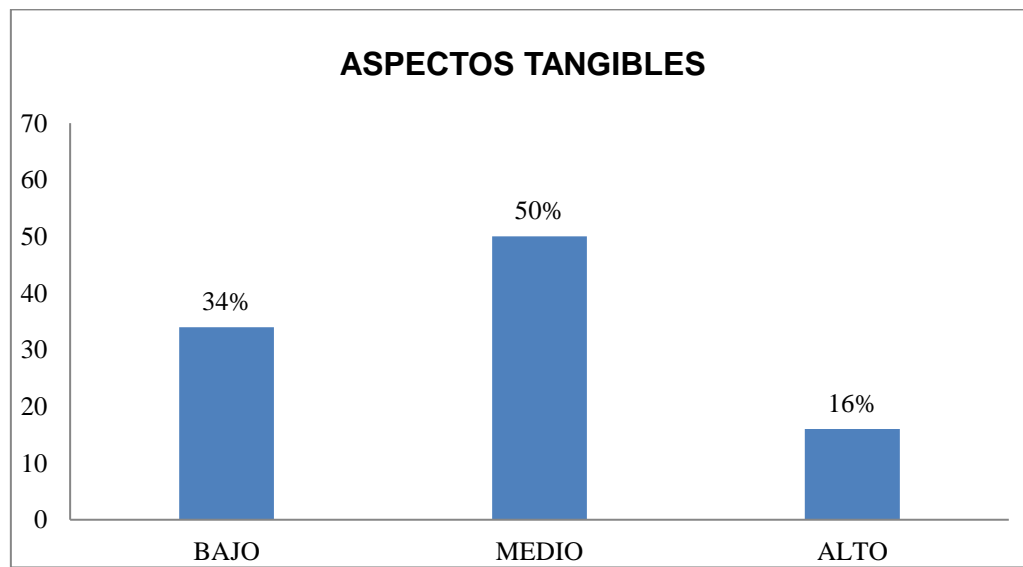
*Nivel de Percepción de la Dimensión Aspectos Tangibles que tienen los psicólogos de establecimientos de salud Lima Norte, 2021.*

		Frecuencia	%
Aspectos tangibles	BAJO	24	34
	MEDIO	35	50
	ALTO	11	16
<b>Total</b>		<b>70</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

**Figura 9**

*Distribución de la Dimensión Aspectos Tangibles encontrado en los psicólogos.*



*Nota.* En la Tabla 9 y Figura 9, se muestra la percepción de la dimensión aspectos tangibles, en la atención profesional por los psicólogos. Un 16% percibe un nivel alto, el 50% un nivel medio y el 34% un nivel bajo.



## Variable 2: Calidad de Atención

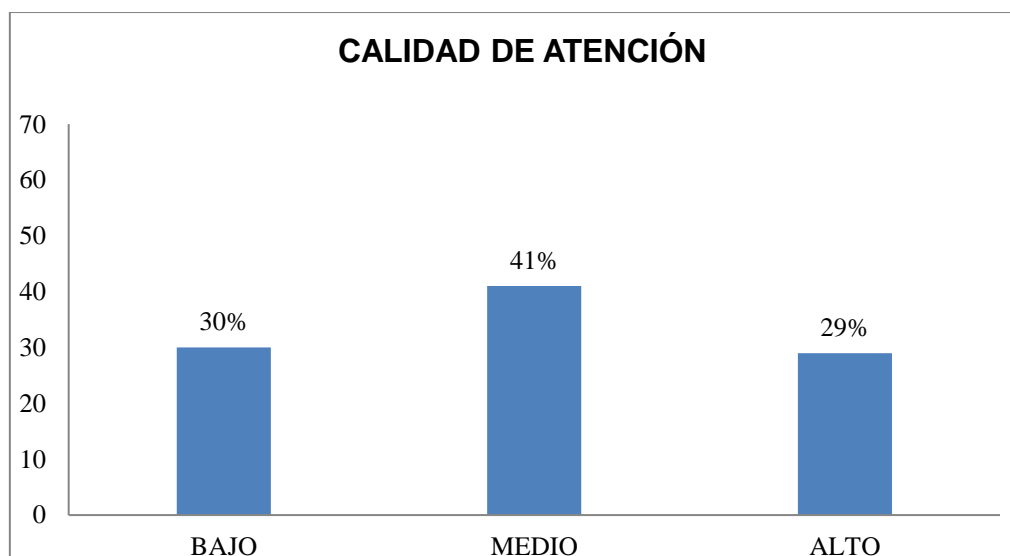
**Tabla 10**

*Percepción de la Calidad de Atención en función a la GPC-D, de los psicólogos de establecimientos de salud Lima Norte, 2021.*

		Frecuencia	%
Calidad de atención	BAJO	21	30
	MEDIO	29	41
	ALTO	20	29
	<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

**Figura 10**

*Distribución de la percepción de Calidad de Atención en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión encontrado en los psicólogos.*



*Nota.* En la Tabla 10 y Figura 10, se muestra la percepción de la Calidad de Atención en general, en el servicio profesional que brindan los psicólogos de los establecimientos de salud Lima Norte. Un 29% percibe un nivel alto, 41% nivel medio y un 30% nivel bajo.

## 4. 2. Estadística inferencial.

### Hipótesis General

**Hi:** Existe relación entre el nivel de conocimiento y calidad de atención en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.

**Ho:** No existe relación entre el nivel de conocimiento y calidad de atención en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.

**Tabla 11**

*Análisis de correlación entre el nivel de conocimiento y calidad de atención en función a la Guía de Práctica Clínica en depresión.*

#### Correlaciones

			NIVEL DE CONOCIMIENTO	CALIDAD DE ATENCIÓN
Rho de Spearman	NIVEL DE CONOCIMIENTO	Coefficiente de correlación	1,000	,422**
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	70	70
	CALIDAD DE ATENCIÓN	Coefficiente de correlación	,422**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	70	70

*Nota.* Conclusión de la prueba. Como se detalla en la tabla 11, el valor de p es ,000 ( $p < 0.05$ ). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula. De manera que existe relación entre las variables nivel de conocimiento y calidad de atención. El coeficiente de correlación ( $r = ,422$ ), da cuenta de una correlación positiva moderada entre las variables.

## Hipótesis Específica 1

**Hi:** Existe relación entre las dimensiones información esencial y fiabilidad en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.

**Ho:** No existe relación entre las dimensiones información esencial y fiabilidad en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.

**Tabla 12**

*Análisis de correlación entre las dimensiones, información esencial y fiabilidad en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.*

### Correlaciones

		INFORMACIÓN ESENCIAL		FIABILIDAD
Rho de Spearman	INFORMACIÓN ESENCIAL	Coefficiente de correlación	1,000	,419**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	70	70
	FIABILIDAD	Coefficiente de correlación	,419**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	70	70

*Nota.* Conclusión de la prueba. Como se detalla en la tabla 12, el valor de p es ,000 ( $p < 0.05$ ). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula. De manera que existe una relación entre las dimensiones de información esencial y fiabilidad. Del mismo modo, el coeficiente de correlación ( $r = ,419$ ), da cuenta de una correlación positiva moderada entre las dimensiones.

## Hipótesis Específica 2

**Hi:** Existe relación entre las dimensiones aplicación de instrumentos y capacidad de respuesta en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.

**Ho:** No existe relación entre las dimensiones aplicación de instrumentos y capacidad de respuesta en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.

**Tabla 13**

*Análisis de correlación entre las dimensiones aplicación de instrumentos y capacidad de respuesta en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.*

### Correlaciones

			APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS	CAPAC. DE RESPUESTA
Rho de Spearman	APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS	Coefficiente de correlación	1,000	-,023
		Sig. (bilateral)	.	,851
		N	70	70
	CAPACIDAD DE RESPUESTA	Coefficiente de correlación	-,023	1,000
		Sig. (bilateral)	,851	.
		N	70	70

*Nota.* Conclusión de la prueba. Como se detalla en la tabla 13, el valor de p es, 851 ( $p > 0.05$ ). Por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula. Esto quiere decir que no existe relación entre las dimensiones aplicación de instrumentos y capacidad de respuesta. Del mismo modo, el coeficiente de correlación ( $r = -,023$ ), da cuenta de una correlación negativa muy baja entre las dimensiones.

### Hipótesis Específica 3

**Hi:** Existe relación entre las dimensiones uso de flujogramas y seguridad en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.

**Ho:** No existe relación entre las dimensiones uso de flujogramas y seguridad en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.

**Tabla 14**

*Análisis de correlación entre el uso de flujogramas y seguridad en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.*

			Correlaciones	
			USO DE FLUJO GRAMAS	SEGURIDAD
Rho de Spearman	USO DE FLUJO GRAMAS	Coefficiente de correlación	1,000	,253*
		Sig. (bilateral)	.	.034
		N	70	70
	SEGURIDAD	Coefficiente de correlación	,253*	1,000
		Sig. (bilateral)	,034	.
		N	70	70

*Nota.* Conclusión de la prueba. Como se detalla en la tabla 1, el valor de p es ,034 ( $p < 0.05$ ). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula. De manera que existe relación entre las dimensiones uso de flujogramas y seguridad. Del mismo modo, el coeficiente de correlación ( $r = ,253$ ), da cuenta de una correlación positiva baja entre las dimensiones.

#### Hipótesis Específica 4

**Hi:** Existe relación entre las dimensiones información esencial y empatía en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.

**Ho:** No existe relación entre las dimensiones información esencial y empatía en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.

**Tabla 15**

*Análisis de correlación entre el uso de información esencial y empatía en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.*

		<b>Correlaciones</b>		
			<b>INFORMACIÓN ESENCIAL</b>	<b>EMPATÍA</b>
<b>Rho de Spearman</b>	<b>INFORMACIÓN ESENCIAL</b>	Coeficiente de correlación	1,000	,442**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	70	70
	<b>EMPATÍA</b>	Coeficiente de correlación	,442**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	70	70

*Nota.* Conclusión de la prueba. Como se detalla en la tabla 15, el valor de p es ,000 ( $p < 0.05$ ). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula. De manera que existe una relación entre las dimensiones información esencial y empatía. Del mismo modo, el coeficiente de correlación ( $r = ,442$ ), da cuenta de una correlación positiva moderada entre las dimensiones.

## V. DISCUSIÓN

El objetivo general del presente estudio ha sido determinar la relación entre el nivel de conocimiento y calidad de atención en función a la Guía de Práctica Clínica en depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021. Desde una óptica socio sanitaria, la utilidad del presente estudio ha sido determinar la relación entre el conocimiento teórico práctico, expresado en el saber o conocer, qué ocurre, cómo se origina, qué debe hacerse, cómo, con qué y con quiénes debe ejecutarse acciones para brindar una adecuada y oportuna oferta de servicios; y la calidad de la atención, que se dispensa en cada establecimiento de salud ante la demanda de personas que sufren depresión, esto último desde la percepción de la praxis del profesional, conducta y actitud del prestador del servicio. Es preciso tomar en cuenta que los psicólogos que trabajan en atención primaria de salud, no solo atienden los casos a demanda sino también, gestionan la Estrategia Sanitaria de Salud Mental que tiene entre sus cuatro principales prioridades la atención de la Depresión, teniendo a su disposición la Guía de Práctica Clínica en Depresión (GPC-D).

Entre los principales resultados del análisis descriptivo acerca del nivel de conocimientos en relación a la GPC-D, de los psicólogos de establecimientos de salud Lima Norte, 2021, la mayoría se ubica en un nivel medio (49%), seguido de un nivel bajo (31%) y un nivel alto en (20%), como se aprecia en la Figura 4. Esto se asemeja a lo encontrado en Agreda *et al.* (2017), sobre el nivel de conocimientos sobre depresión mayor en médicos residentes, determinando que el 73,45% presentó conocimiento moderado, el 15% demostró conocimiento insuficiente y el 10,6% conocimiento suficiente. En otro estudio similar realizado por Leonardo *et al.* (2014), difieren los resultados en los niveles de conocimientos sobre depresión mayor en médicos de atención primaria, donde la mayoría estuvo en un nivel bajo (83,8) y solo un (16,2%) en nivel medio, sin encontrarse además ninguno en nivel alto; en este caso la variabilidad de los resultados podría deberse a la diferenciación muestral, el presente estudio está aplicado en psicólogos, que debido a su formación

académica/profesional, presentan un mayor marco referencial práctico/teórico sobre salud mental y el cuadro de depresión en comparación a los médicos generales.

En cuanto al análisis descriptivo sobre la percepción de calidad de atención que tienen los psicólogos, se encontró que el mayor número se ubica en un nivel medio (41%), seguido de un nivel bajo (30%) y un nivel alto con (29%), como se observa en la Figura 10. La mayoría de estudios efectuados evalúan y analizan la percepción de calidad desde la óptica de los pacientes, mas no de los mismos profesionales de salud. Suárez et al. (2019), encontró resultados similares donde la satisfacción se ubicó en nivel medio, con (48%) en expectativa e igual valor en percepción. Posteriormente se encontró en Infantes (2016), un nivel de satisfacción general positivo, estando por encima del 60%, siendo este estudio en otra localidad del país, por lo que esta condición podría ser clave en la forma en como ejercen la función de atención a diferencia de la localidad del presente estudio. Otro estudio en torno a la calidad de atención médica encontrado en Messarina (2015), encontró 49.1% en categoría muy buena, el 41.1% como buena y solo el 0.4% como mala. Otro relevante estudio en Febres y Mercado (2020), encontraron que el 60,3% de los encuestados se sentían satisfechos con el servicio recibido y el 39,4% no lo estaban; además, revelaron que el 86,8% sintieron satisfacción con el componente seguridad y el 80,3% con empatía, pero un poco más del 50% de los evaluados mostraron insatisfacción con los componentes capacidad de respuesta, fiabilidad y tangibilidad; demostrando similitud con nuestro trabajo en donde se expone que hay una percepción de calidad de categoría baja en las dimensiones de capacidad de repuesta y seguridad de la misma manera. Al comprobar que la mayoría de los estudios mencionados encontraron un nivel mayor de satisfacción al nuestro, se puede inferir que al ser aplicados dentro de una Institución perteneciente al Ministerio de Salud (MINSa), la satisfacción de calidad suele ser menor a diferencia de las Instituciones de ESSALUD, que de alguna manera queda corroborado en lo encontrado en García y Gálvez (2016), donde se alcanzó un nivel satisfacción global, alcanzando un 71,7% para EsSalud y un 44,6% para MINSa.



En relación a la estadística inferencial, relacionado al objetivo general, que busca establecer la relación entre las variables nivel de conocimiento y calidad de atención en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, se halló el valor de  $p = ,000$  ( $p < 0,05$ ), de acuerdo a la regla de decisión se rechaza la hipótesis nula. De este modo se demostró que existe relación entre las variables, siendo ( $r = ,422$ ) que da cuenta de una correlación positiva moderada. De manera similar Messarina (2015), encontró relación en torno a la calidad de atención médica y su relación con la satisfacción del usuario, existiendo una influencia de la calidad de atención sobre la satisfacción del paciente que recurre al establecimiento de salud. En otro sentido, Leonardo et al. (2014) expuso resultados diferentes, encontrando que no existe relación entre los niveles de conocimientos respecto al diagnóstico y terapia específica al abordaje de la depresión mayor. Esta diferencia podría explicarse a que el autor lo relacionó con variables sociodemográficas. De igual forma Agreda et al. (2017), no pudo demostrar la relación entre el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre depresión en médicos, aunque el autor, lo dirige netamente a si el nivel de conocimiento otorga confianza con el diagnóstico de la depresión, lo que difiere a lo propuesto al presente estudio que fue enfocado a dimensiones de los niveles de conocimientos con dimensiones de calidad de atención.

En función al primer objetivo específico que buscó determinar la relación entre las dimensiones Información esencial y Fiabilidad en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, se halló que el valor de  $p$  es  $,000$  ( $p < 0,05$ ), rechazándose la hipótesis nula. Se concluye que existe relación entre las dimensiones, siendo ( $r = ,419$ ), que da cuenta de una correlación positiva moderada Ramírez et al. (1997), realizó un estudio en 3,324 pacientes del servicio ambulatorio del sistema de salud de México, demostrando que un alto porcentaje (81.2%) de los encuestados considera como buena la atención que recibieron; el autor concluyó este resultado está asociado a dimensiones asociadas a la calidad de atención como la preparación técnica del personal, el bagaje de información y la fiabilidad que presenta el personal de salud en su ejercicio profesional. Febres y Mercado (2020), realizaron un estudio descriptivo en un hospital de Huancayo, encontraron que evaluados en más

del 50% se sentían insatisfechos con las dimensiones capacidad de respuesta, fiabilidad y tangibilidad, evidenciando un bajo nivel de calidad en la atención profesional. Esta relación opuesta encontrada en estudios con personal médico, le permitió al autor señalar que la relación médico – paciente constituye el factor más importante en la calidad del servicio. Lo último, nos lleva a establecer que el estudio de la correlación ente información esencial y fiabilidad, resultan relevantes a considerar en la práctica profesional en los servicios de salud.

En cuanto al segundo objetivo específico, que buscó demostrar la relación entre las dimensiones Aplicación de instrumentos y Capacidad de respuesta en función de la GPC-D, se obtuvo que el valor de  $p$  es ,851,  $p > 0,05$ ; por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula. Se concluye que no existe relación entre las dimensiones mencionadas. Se encontró una correlación ( $r = -,023$ ), que da cuenta de una correlación negativa muy baja. Estudios previos que permitan comparar la relación entre las dimensiones referidas, encontramos en Infantes (2016) cuyo estudio reporta un nivel de satisfacción global de 72,9% relacionadas con orientación y explicación oportuna sobre el sistema de atención, rapidez de contar con la historia clínica y atención en caja, la prontitud para realizar exámenes diagnósticos, todos ellos indicadores asociados a la dimensión capacidad de respuesta; lo que permite afirmar que es una dimensión gravitante en la calidad de la atención. No hemos encontrado antecedentes relacionados con aplicación de instrumentos psicológicos; sin embargo, un análisis de los indicadores contenidos en la GPC-D, nos dice que es una dimensión importante para arribar a un adecuado diagnóstico y por tanto para una adecuada toma de decisiones en el proceso de la atención a los pacientes, obviamente con repercusión positiva en la calidad de la misma.

En referencia al tercer objetivo específico que buscó demostrar la relación entre las dimensiones uso de flujogramas y seguridad, se encontró que el valor de  $p$  es ,034 ( $p < 0,05$ , en consecuencia, se rechaza la hipótesis nula. Se demuestra que existe relación entre las dimensiones. El coeficiente de correlación ( $r = ,253$ ), revela una correlación positiva baja entre las dimensiones mencionadas. El Uso de flujograma y Seguridad

no han sido registradas en estudios previos. Sin embargo, encontramos a Aymerich y Sánchez (2004), quienes refieren que la razón relevante de la existencia de las Guías de Práctica Clínica, documento donde siempre están incluidos los Flujogramas, es que permiten al prestador de servicios de salud como al usuario de los mismos, asumir decisiones informadas, eligiendo lo que se estima correcto o viable en razón de varias opciones existentes, a nivel de acciones preventivas, de diagnóstico, de procesos terapéuticos, de soporte paliativo, entre otros, opciones que deben ser elegidas teniendo en cuenta conocimiento, valores y recursos que se ajusten mejor a la situación específica. Todos los aspectos mencionados están asociados a la actitud profesional que genera confianza y demuestra idoneidad de conocimiento, que son indicadores de la dimensión seguridad. De acuerdo a lo encontrado en el presente estudio, donde la mayoría se encuentra en un nivel medio y bajo respecto al uso de flujograma, parece estar interviniendo otros indicadores como comunicación interna de la institución, disponibilidad física del flujograma, capacitación respecto a su uso, desconocimiento de las guías existentes, entre otros. El factor relacionado a la seguridad está corroborado en García y Gálvez (2016), donde se evidenció un mayor nivel de satisfacción en seguridad con un (74,3%), denotando a su vez un nivel de satisfacción entre medio a bueno. Lo mismo refiere Febres y Mercado (2020), rescatando que el factor más importante es la relación médico-paciente que se traduce en el buen trato, indicaciones claras y precisas ante sus inquietudes y el respeto a su privacidad, lo que incrementaría e influenciaría en una mayor percepción de calidad de atención. A su vez, Infantes (2016), reportó satisfacción global de 72,9%, relacionadas con dimensiones como orientación y explicación que se relacionan con la seguridad percibida. Febres y Mercado (2020), también demuestran que los pacientes (86,8%), sintieron satisfacción con el componente seguridad

Por último, en el cuarto objetivo específico, sobre establecer la relación entre las dimensiones Información esencial y Empatía, Tabla 15, se halló que el valor de  $p$  es ,000 ( $p < 0,05$ ), por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula; de manera que existe relación entre las dimensiones referidas. El coeficiente de correlación ( $r = ,442$ ), da cuenta de una correlación positiva moderada. Los estudios previos, como el de Ríos *et al.* (2013),

quienes realizaron un estudio para validar un instrumento que mide nivel de conocimiento sobre depresión mayor en la ciudad de Chiclayo, refieren la importancia de su estudio estriba en que la salud mental es una prioridad de investigación nacional y regional, en consecuencia, consideran que es fundamental contar con un instrumento que mida el nivel de conocimientos acerca de la depresión en médicos generales de atención primaria, toda vez que ello influye en una adecuada intervención profesional. Agreda *et al.* (2017) efectuaron un estudio sobre el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre depresión mayor en médicos residentes, encontrando que un 73.45% tenían conocimiento moderado, 15% demostró conocimiento insuficiente y sólo el 10.60% conocimiento suficiente. En el mismo estudio el 55% de los encuestados opinan que los médicos deben tener los conocimientos y herramientas necesarias para detectar y tratar depresión. En otro sentido Cabello (2001), menciona que no basta con la mejora de los recursos tangibles, sino hace falta impregnar a todo acto médico de una dosis de humanismo y comportamiento ético donde la comunicación verbal, la actitud y los gestos constituyen factores importantes de una relación empática. La revisión de los antecedentes nos llevó a afirmar que la relación de las dimensiones información esencial y empatía, porque solo el conocimiento idóneo del cuadro clínico puede reconocer rápidamente las características del problema y la gravedad de su estado y por tanto puede llevar al prestador de la atención a reconocer con prontitud el estado clínico del paciente y ponerse en su lugar para tomar decisiones y medidas más convenientes para ayudarlo.

En términos generales Forrellat (2014) , quien enfatiza sobre el significado del término calidad aplicado a los servicios de salud, precisando que este concepto se ha tornado en el soporte fundamental para la competitividad de las instituciones sanitarias y va mucho más allá de lograr solo la satisfacción del paciente en tanto se orienta a promover calidad de vida y crear una conciencia en los prestadores de salud de actuar y hacer las cosas de la manera correcta no obstante las limitaciones que puedan existir. Ello implica todo un proceso de concientización y preparación de los servidores de salud, potenciar su desempeño, así como instaurar una sólida cultura organizacional vinculada a la calidad. Concluye, señalando que una cultura de calidad

es aquella que se centra en el paciente como eje central del accionar en salud y que busca promover el involucramiento en un proceso de cambio progresivo y permanente en el cumplimiento de sus funciones sanitarias.

Por otro lado, Aymerich y Sánchez (2004), concluyen, que las Guías de Práctica Clínica ayudan a reducir la variabilidad de la práctica clínica, definiendo los patrones a seguir en la atención de salud, en tanto se ha incorporado para ello el conocimiento científico no obstante lo difícil que puede ser pasarlo del papel a la realidad, en consecuencia, su elaboración demanda una dosis de honestidad. Así mismo, Espinoza (2012), refiere varios aspectos a considerar en relación a su planeamiento, formulación e implementación de las guías, plantea que debe seguirse los mismos criterios de un proyecto de investigación científica, es decir, deben ser factibles de validar, resultar aplicables, ser flexibles, claros en los criterios, ajustados a la realidad. Aunque no constituyen la solución para todos los problemas que surgen en el campo de la atención en el campo de la salud, pueden ser utilizadas en la actualidad en tanto reducen el nivel de incertidumbre para la toma de decisiones y contribuyen a la calidad de la atención.

## **VI. CONCLUSIONES**

1. Se determina que existe relación entre el nivel de conocimiento y calidad de atención en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.

2. Existe relación entre la información esencial y la fiabilidad en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.

3. No existe relación entre la aplicación de instrumentos y la capacidad de respuesta en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.

4. Existe relación entre el uso de flujogramas y la seguridad en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.

5. Existe relación entre la información general y la empatía en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.

## VII. RECOMENDACIONES

1. De acuerdo a los hallazgos de la investigación es recomendable emprender un nuevo proyecto de estudio orientada a la actualización de la Guía de Práctica Clínica en Depresión siguiendo metodologías y técnicas actuales para su validación, a fin de que devenga en la suficiente adherencia de los profesionales en su uso dentro de los servicios de atención psicológica.
2. Resulta de suma importancia que se implemente acciones estratégicas de parte de las autoridades de los establecimientos de salud de Lima Norte, para que se cumpla las disposiciones contenidas en la Resolución Ministerial 648-2006/MINSA, en cuanto a la difusión, implementación, aplicación y supervisión de la Guía de Práctica Clínica en Depresión, hasta su revisión y actualización, toda vez que su aplicación depende de un entorno institucional favorable.
3. Resulta relevante señalar, a partir de la adaptación del instrumento utilizado para explorar el nivel de calidad de atención, que las instituciones formadoras de profesionales en las ciencias de la salud vinculados a la atención de salud mental, enfaticen contenidos curriculares sobre las dimensiones contempladas en el instrumento SERVQUAL, focalizado en fiabilidad, empatía y capacidad de respuesta.
4. Es importante precisar que el personal profesional de los servicios de psicología de los establecimientos de salud, asuman el compromiso de seguir un programa de capacitación en torno a la Guía de Práctica Clínica en Depresión, para su mayor conocimiento y mejor manejo que redunde en la mejora de la calidad de la atención a los usuarios; debiendo ser sujetos de un monitoreo constante por parte de las autoridades y especialistas de los establecimientos para contar con suficiente evidencia al respecto.

## REFERENCIAS:

- Agreda Carrillo, E. R., Galindo Morales, M. L., y Larios Falcón, K. E. (2017). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre depresión mayor en médicos residentes de un hospital de tercer nivel de atención en Lima, Perú. *Rev Neuropsiquiatr*, 80(2), 94-104. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972017000200003](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972017000200003)
- Álvarez Ariza; M. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. [https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC\\_534\\_Depresion\\_Adulto\\_Avaliat\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf)
- Arroyo Gárate, R; Catter Chávez, A y Gismondi Altamirano, L. (2016). *Nivel de conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento de depresión mayor en médicos del primer nivel de salud en Lima Sur*. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/621791>
- Arteaga Torres, L. (2017). *Influencia de la calidad de atención en la satisfacción del usuario en los servicios de hospitalización de gineco-obstetricia del hospital II2 Tarapoto. enero - junio 2016*. Universidad Nacional de San Martín Tarapoto. <https://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/3030>
- Aymerich, M y Sánchez, E. (2004). Del conocimiento científico de la investigación clínica a la cabecera del enfermo: las guías de práctica clínica y su implementación. *Gac Sanit*, 18(4), 326-334. <https://scielosp.org/pdf/gs/2004.v18n4/326-334/es>
- Cabello Morales, E. (2015). Calidad de la Atención Médica: ¿Paciente o cliente? *Rev Med Hered*, 12(3), 96-99. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2001000300005](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2001000300005)
- Canelo Aybar, C; Balbin, G y Perez Gomez, A. (2016). Guías de práctica clínica en el Perú: evaluación de su calidad usando el instrumento agree ii. *Rev Perú Med*



*Exp Salud Pública*, 33(4), 732-738.  
<https://rpmesp.ins.gob.pe/rpmesp/article/view/2559>

Carreño-Jaimes, M. El método Delphi: cuando dos cabezas piensan más que una en el desarrollo de guías de práctica clínica. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2009; 38: 185–93. [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q)

Correa Carhuachin, V., Manayalle-Torres, M., León-Jiménez, F., y Cubas-Benavides, F. (2011). Validación de un Instrumento para Medir el Nivel de Conocimiento sobre Hígado Graso no Alcohólico en Médicos Generales. *Rev Gastroenterología Perú*, 31(4), 351-358.  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1)

Escalante Palomino, M. y Uribe Obando, R. M. (2007). *Guías de práctica clínica en salud mental y psiquiatría: guía de práctica clínica en depresión y guía de práctica clínica en conducta suicida*. Minsa dirección general de salud de las personas dirección de salud mental.  
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2906.PDF>

Escalante Palomino, M. y Uribe Obando, R. M. (2007). *Guía técnica: guía de práctica clínica en depresión*. Minsa dirección general de salud de las personas dirección de salud mental. [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1084\\_DGSP261.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1084_DGSP261.pdf)

Espinosa Brito, A. (2012). Guías de práctica clínica "herramientas" para mejorar la calidad de la atención médica. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 11(1), 25-36. <https://www.redalyc.org/pdf/1804/180424319005.pdf>

Febres Ramos, R y Mercado Rey, M. (2020). Satisfacción del usuario y calidad de atención del servicio de medicina interna del hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(3), 397-403.  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312020000300397&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312020000300397&script=sci_abstract)

Forrellat Barrios, M. (2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista Cubana Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 30(2), 179-183.  
<http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-02892014000200011&script=sci>

Francisco Mercedes, I. G. (2017). Calidad de atención y grado de satisfacción de los usuarios de consulta externa del Centro de Atención de Medicina

- Complementaria del Hospital III Iquitos-2016. *Revista peruana de medicina integrativa*, 2(2), 133-139.  
<https://www.rpmi.pe/ojs/index.php/RPMI/article/view/55>
- Garay, C; Etenberg, M; Hornes, A; Martini, S y Korman, G. (2011). Guías clínicas en salud mental: conocimiento, valoración y uso en el área metropolitana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Perspectivas en psicología*, 8: 14-19.  
<https://www.redalyc.org/pdf/4835/483549017003.pdf>
- García Valverde, R y Gálvez Díaz, N. (2016). Calidad de atención asociada a la satisfacción del usuario externo en los establecimientos asistenciales de salud: Minsa– EsSalud, Chongoyape - Perú. *Revista Científica Tzhoecoén*, 8(2), ISSN 1997- 3985. <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/tzh/article/view/383>
- Garzón Ariza, G y Ariza Pardo, Y. (2018). *Importancia de la calidad en los servicios de salud y Servqual como método para la medición de la calidad en los servicios de salud*. Universidad de Santander-Udes.  
<https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/.pdf>
- González, F., & Romero, G. A. (2014). Incorporación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud ecuatoriano, como una estrategia para mejorar la salud y la educación médica. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 39(2),56-65.  
[https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q)
- González Ramos, R; Fernández Pratts, M; González Longoria, D; Castro Bernal, C; Vaillard Jiménez, E; Lezama Flores, G y Carrasco Gutiérrez, R. (2008). *La calidad de la atención en salud*. Oral suplemento.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2008/oras081a.pdf>
- Guerra Vega, R y Cabello Morales, E. (2011). *Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo*. Ministerio de Salud. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2252.pdf>
- Heinze Martin; G y Camacho Segura; P. (2010). *Guía clínica para el manejo de la depresión*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.  
[http://inprf-cd.gob.mx/quiasclinicas/manejo\\_depresion.pdf](http://inprf-cd.gob.mx/quiasclinicas/manejo_depresion.pdf)

- Herrera, P., Fajreldin, V., Rodríguez, M. F., Kraemer, P., Mendoza, C., Pineda, I., ... & Carrasco-Labra, A. (2017). Guías de práctica clínica: estudio cualitativo sobre su implementación en el sistema de salud de Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, e67.  
[https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q)
- Infantes Gómez, F. M. (2017). Calidad de atención y grado de satisfacción de los usuarios de consulta externa del Centro de Atención de Medicina Complementaria del Hospital III Iquitos-2016. *Revista peruana de medicina integrativa*, 2(2),133-139.  
<http://www.rpmi.pe/ojs/index.php/RPMI/article/view/55>
- Inga Berrospi, F y Arosquipa Rodríguez, C. (2019). Avances en el desarrollo de los recursos humanos en salud en el Perú y su importancia en la calidad de atención. *Rev Perú Med Exp Salud Publica*, 36(2), 312-318.  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342019000200021&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342019000200021&script=sci_abstract)
- Leonardo Olivera, W. A., Villalobos Aguinaga, M. A., y León Jiménez, F. E. (2016). Nivel de conocimientos sobre depresión mayor en médicos de atención primaria en Lambayeque, Perú, 2014. *Rev Neuropsiquiatr* 79(1), 23-30.  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972016000100004](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100004)
- Lima Valladolid, M y Santacruz Coral, M. (2017). *Evaluación del cumplimiento de las guías de práctica clínica elaboradas por el ministerio de salud pública del ecuador en los hospitales Pablo Arturo Suarez (quito) y San Vicente de Paul (Ibarra) sobre recién nacido prematuro y sepsis del recién nacido de febrero a abril.* Pontificia universidad católica del ecuador.  
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13726/TESIS%20FINAL%20ES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Macciotta Felices, B; Morón Corales, C; Luna Matos, M; Gonzales Madrid, V; Melgarejo Moreno, A; Zafra Tanaka, J; Goicochea Lugo, S; Martinez Rivera, R; Nieto Gutierrez, W; Fiestas Saldarriaga, F; Taype Rondan, A; Timaná Ruiz, R y Garavito Farro, H. (2020). Guía de práctica clínica para el tamizaje y manejo del

- episodio depresivo leve en el primer nivel de atención del Seguro Social del Perú (EsSalud). *Acta Médica Peruana*, 37(4), 536-547.  
<https://docplayer.es/219709663-Acta-medica-peruana-hospital-nacional-edgardo-rebagliati-martins-essalud-lima-peru-2.html>
- Mental, S. (2007). La atención de Salud Mental en América Latina y el caribe. *Rev Psiquiatr Urug*, 71(2), 117-124. (Rodríguez, Jorge).  
[https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q)
- Messarina Santolalla, P. A. (2016). Calidad de atención del personal de salud y satisfacción del paciente en el servicio de resonancia magnética del Hospital de Alta Complejidad Trujillo, 2015. *UCV – Scientia*, 8(2), 119-123.  
<https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/ucv-scientia/article/view/1195>
- Minoletti, A; Toro, O; Alvarado, R y Rayo, Ximena. (2015). Diferencias en percepciones de calidad de atención y respeto de derechos en salud mental entre usuarios, familiares y funcionarios. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 73(3), 261-269. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/138077>
- Minsa. (2002). *Estándares de calidad para el primer nivel de atención en salud*. Ministerio de Salud. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/285028>
- Minsa. (2006). *Guía de práctica clínica en depresión*. Ministerio de Salud. [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1084\\_DGSP261.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1084_DGSP261.pdf)
- Minsa. (2017). *Guías clínicas para la atención en salud mental y psiquiatría*. Ministerio de Salud. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4499.pdf>
- Navarro Jiménez, E; Laborde Cárdenas, C; Gómez Méndez, P y Fontalvo Morales; R. (2016). Implementación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico y atención integral del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos en el Hospital Universitario Cari ESE Neurociencias de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)*, 32(3), 429-435.  
<https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/8416>
- Ortiz Ruiz, M. I., y Mayhua Ramírez, S. J. (2021). Conocimientos, actitudes y prácticas basadas en evidencias de fisioterapeutas docentes de una universidad del Perú.

- Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 11(1), 25-36.  
<https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/9444>
- Ospina Rave, B; Jesús Sandoval, J; Aristizábal Botero, C y Ramírez Gómez, M. (2003). La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. Antioquia, 2003. *Invest Educ Enferm*, 23(1), 14-29.  
<https://www.redalyc.org/pdf/1052/105215401002.pdf>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International journal of morphology*, 35(1), 227-232.  
<https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid>
- Ramírez-Sánchez, T; Nájera-Aguilar, P y Nigenda López, G. (1998). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México*, 40(1), 01-10.  
<https://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n1/Y0400102.pdf>
- Ríos-Flores, A., Leonardo-Olivera, W., Ballena López, J. C., Peralta Villegas, J., Fanzo González, P., Díaz Vélez, C., y León Jiménez, F. E. (2013). Validación de un instrumento para medir el nivel de conocimiento sobre depresión mayor en médicos de atención primaria en Chiclayo, Perú. *Rev Med Hered*, 24(1), 26-32.  
<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/730>
- Sánchez Díaz, N y Duarte Osorio; A. (2012). Plan de implementación de dos Guías de Práctica Clínica (GPC) contenidas en las Guías de Atención Integral (GAI) en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. *Rev. Colomb. Psiquiat*, 41(4), 826-841.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-74502012000400008&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74502012000400008&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
- Sánchez Socarrás, V; Aguilar Martínez, A; Vaqué Crusellas, C; Milá Villarroel, R y Fabián González, R. (2016). Diseño y validación de un cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos generales en trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de ciencias de la salud. *Aten primaria*, 48(7), 468-478. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6877823/>

- Suárez Lima, G; Robles Salguero, R; Serrano Mantilla, G; Serrano Cobos, H; Armijo Ibarra, A y Anchundia Guerrero, R. (2019). Percepción sobre calidad de la atención en el centro de salud CAI III. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 38(2), 153-169. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002019000200153](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002019000200153)
- Suárez Lindao, B y Maggi Garcés, B. (2020). Escala de Likert en el nivel de conocimiento de Diabetes Tipo 2 en la provincia de Santa Elena. *Revista Ciencias Pedagógicas e Innovación*, 8(1), 78-83. <https://incyt.upse.edu.ec/pedagogia/revistas/index.php/rcpi/article/view/346>
- Teixeira González, P; Vázquez Caballero, C; Domínguez Samudio, V; Portaluppi Elizeche, V; Alfonso Cuenca, L; Mao Bernal, C; Ferreira Gaona, M; Pérez Bejarano, N; Del Valle de Abbate, N y Sanabria Vázquez, D. (2011). Nivel de conocimiento de madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años. hospital materno infantil san pablo. Paraguay, 2010. *Rev. Salud Pública Parag*, 1(1), 3-12. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/965935/3-12.pdf>
- Trujillo Terán, L; Bejarano Peña, W; Luna González, N. y Morón Garzón, K. (2019). *Usabilidad de la Guía De Práctica Clínica para el Episodio Depresivo. Un estudio cualitativo desde la perspectiva del psicólogo-estudio preliminar*. Universidad El Bosque Facultad De Psicología. [https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/2733/Bejarano\\_Pe%C3%B1a\\_William\\_Heriberto\\_2019.pdf?sequence=1](https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/2733/Bejarano_Pe%C3%B1a_William_Heriberto_2019.pdf?sequence=1)
- Vázquez, F. L., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, 8(3), 417-449. [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q)
- Zarragoitia Alonso, I. (2006). La depresión en atención primaria de salud mental. *Rev. Hosp. Psiquiatr. La Habana*. [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q)

## **ANEXOS**

Anexo 1: Matriz de consistencia.

Anexo 2: Documentos para validación

Anexo 3: Matriz de operacionalización

Anexo 4: Certificado de Validez Juicio de Expertos

Anexo 5: Instrumentos – Escala de Valoración tipo Likert

Anexo 6: Instrumento de validación, V de Aiken

Anexo 7: Instrumento de confiabilidad, Alfa de Cronbach

## Anexo 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PREGUNTAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES					
			DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE MEDICIÓN	NIVELES RANGOS	
<p><b>PG:</b> ¿Existe relación entre el nivel de conocimiento y calidad de atención en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021?</p> <p><b>PE.1:</b> ¿Existe relación entre la información esencial y la fiabilidad en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021?</p> <p><b>PE.2:</b> ¿Existe relación entre la aplicación de instrumentos y la capacidad de respuesta en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021?</p>	<p><b>OG:</b> Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y calidad de atención en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.</p> <p><b>OE.1:</b> Determinar la relación entre la información esencial y la fiabilidad en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.</p> <p><b>OE.2:</b> Determinar la relación entre la aplicación de instrumentos y la capacidad de respuesta en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.</p>	<p><b>HG:</b> Existe relación entre el nivel de conocimiento y calidad de atención en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.</p> <p><b>HE.1:</b> Existe relación entre la información esencial y la fiabilidad en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.</p> <p><b>HE.2:</b> Existe relación entre la aplicación de instrumentos y la capacidad de respuesta en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.</p>	<b>Variable 1: Nivel de conocimiento de la GPC-D</b>					
			D1: Información esencial	Concepto de depresión Etiología y fisiopatología Factores de riesgo asociado Signos y síntomas Criterio de diagnóstico Comorbilidad clínica.	1,2,3,4,5,6,7,8	ORDINAL	<p>5 = Totalmente de acuerdo (TA)</p> <p>4 = De acuerdo (DA)</p> <p>3 = Neutro (N)</p> <p>2 = En desacuerdo (ED)</p> <p>1 = Totalmente en desacuerdo (TD)</p>	
			D2: Aplicación de instrumentos	Tipos de instrumento. Instrumentos de detección. Instrumentos de diagnóstico.	9,10,11			
			D3: Uso de flujograma	Conoc. de los flujogramas. Toma de decisiones para derivación Criterios para referencia y contrarreferencia	12,13,14,15,16			
			<b>Variable 2: Calidad de atención</b>					
			D1: Fiabilidad	Capacidad para cumplir con éxito la atención o servicio	1,2,3,4,5	ORDINAL		<p>5 = Casi siempre (CS)</p> <p>4 = Muchas veces (MV)</p> <p>3 = A veces (AV)</p> <p>2 = Pocas veces (PV)</p> <p>1 = Casi nunca (CN)</p>
D2: Capacidad de Respuesta	Pronta y oportuna atención. Realiza la atención a tiempo Ofrece atención diligente	6,7,8,9						



<p>PE.3: ¿Existe relación entre el uso de flujogramas y la seguridad en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021?</p> <p>PE.4: ¿Existe relación entre la información esencial y la empatía en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021?</p>	<p>OE.3: Determinar la relación entre el uso de flujogramas y la seguridad en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.</p> <p>OE.4: Determinar la relación entre la información esencial y la empatía en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.</p>	<p>HE.3: Existe relación entre el uso de flujogramas y la seguridad en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.</p> <p>HE.4: Existe relación entre la información general y la empatía en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.</p>					
			D3: Seguridad	<p>Actitud genera confianza.</p> <p>Evidencia idoneidad de conocimiento.</p> <p>Ofrece privacidad.</p> <p>Brinda trato cortés.</p> <p>Habilidad de comunicación.</p>	10,11,12,13,		
			D4: Empatía	<p>Comprende las necesidades.</p> <p>Se pone en el lugar del otro.</p> <p>Reconoce al otro como igual.</p>	14,15,16,17,18		
			D5: Aspectos tangibles	<p>Consultorio ofrece privacidad.</p> <p>Material suficiente y disponible</p> <p>Mobiliario cómodo.</p> <p>Instalaciones lucen limpias.</p>	19,20,21,22		

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

Tipo, Diseño y Nivel de Investigación	Población, Muestra y Muestreo	Técnicas e Instrumentos	Estadística a utilizar
<p><b>Tipo de investigación</b> La presente investigación es aplicada, en el marco de un enfoque cuantitativo.</p> <p><b>Diseño de investigación</b> El diseño del estudio es no experimental, en tanto se basa en conceptos, acontecimientos o contextos en los que el investigador no interviene directamente, por tanto, no busca provocar determinados cambios en los sujetos de estudio.</p> <p><b>Nivel</b> Es un estudio de nivel correlacional transversal, en tanto su objetivo ha sido medir la relación entre las variables de estudio que consideramos interactúan entre sí, situación o acontecimiento que han sido observados y recogidos en una determinada muestra de la población, durante un periodo de tiempo establecido.</p>	<p><b>Población</b> La población de estudio está constituida por el conjunto de psicólogos que laboran en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, cuyas instalaciones se hallan distribuidos en tres distritos de Lima Norte. Los profesionales psicólogos se desempeñan en Puestos y Centros de Salud, así como en los Centros Materno Infantiles que jurisdiccionalmente corresponden a los distritos de Independencia, Comas y Carabayllo.</p> <p><b>Muestra</b> La muestra estuvo conformada por 70 participantes profesionales, hombres y mujeres con distinta condición laboral: nombrados, contratados por la modalidad CAS y contrato por terceros.</p> <p><b>Muestreo</b> Para el presente estudio, el muestreo es no aleatorio por conveniencia, ello implica un procedimiento de selección de acuerdo a la accesibilidad de cada participante por tanto no depende de la probabilidad de participación</p>	<p><b>Variable 1:</b> Nivel de conocimiento de GPC-D: El nivel de conocimiento está relacionado con la información sobre la naturaleza de los hechos o realidades, conocer el qué y porqué ocurren; el saber cómo y con qué habilidades llevar a cabo una cosa; el tener una idea cabal de quién sabe hacer determinadas acciones y conocer las pautas contenidas en un determinado instrumento o protocolo para saber qué y cómo hacer apropiadamente.</p> <p><b>Instrumento:</b> Escala tipo Likert modificado Elaboración propia</p> <p><b>Variable 2:</b> Calidad de atención: La calidad de atención, en el marco de los servicios de salud, puede definirse como la atención accesible, rápida y oportuna, con trato cálido, inspirando confianza, con óptimo nivel de competencia y en un contexto físico que ofrece comodidad, dirigido a generar satisfacción en el usuario o paciente.</p> <p><b>Instrumento:</b> Escala tipo Likert modificado Adaptado de Modelo SERVQUAL tomado de "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo" (Ministerio de Salud, 2012)</p>	<p><b>Descriptivo:</b> Corresponde a la descripción de los datos recopilados en el estudio realizado, a través de tablas de frecuencia para analizar los resultados de los instrumentos que son Encuestas de tipo Likert modificado, elaborado para cada variable correspondiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- V de Aiken</li> <li>- Programa SPSS versión 25</li> </ul> <p><b>Inferencial:</b> Es el procedimiento de contrastación de las hipótesis propuestas haciendo uso de pruebas de estadística inferencial.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coeficiente de correlación Rho de Spearman</li> </ul>

## **Anexo 2**

### **DOCUMENTOS PARA VALIDAR LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTOS**

a) **CARTA DE PRESENTACIÓN**

Lima, 18 de octubre del 2021.

Magister  
FERNANDO SALINAS SILVA  
Facultad de Psicología  
Universidad Nacional Mayor de San Marcos  
Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A  
TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que, siendo estudiante del programa de maestría de la Universidad César Vallejo, requiero validar los instrumentos con los cuales recogeré la información necesaria para desarrollar mi investigación y con la cual optaré el grado de Magister en Gestión de los Servicios de Salud.

El título nombre de mi proyecto de investigación es: “Nivel de conocimiento y calidad de atención en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021” y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar los instrumentos en mención, he considerado por conveniente recurrir a usted, en consideración a su connotada experiencia en temas de psicología e investigación.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definición conceptual de las variables y sus dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me suscribo de usted, agradeciendo anticipadamente por la atención que dispense a la presente.

Atentamente,



Jorge Luis Soto Mateo  
DNI N° 08520402

# DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES Y DIMENSIONES

## I. Variable 1: Nivel de conocimiento

### 1.1. Definición conceptual

El nivel de conocimiento está relacionado con la información sobre la naturaleza de los hechos o realidades, conocer el qué y porqué ocurren; el saber cómo y con qué habilidades llevar a cabo una cosa; el tener una idea cabal de quién sabe hacer determinadas acciones y conocer las pautas contenidas en un determinado instrumento o protocolo para saber qué y cómo hacer apropiadamente.

### 1.2. Dimensiones

#### 1. Información esencial sobre depresión

Se refiere a la información sobre el concepto de depresión, la etiología y fisiopatología del cuadro clínico, los factores de riesgo asociados, los signos y síntomas, así como los criterios de diagnóstico y comorbilidad.

#### 2. Aplicación de instrumentos de evaluación de la depresión.

Se refiere a la información clara y precisa que se tiene sobre el proceso secuencial que debe seguir el profesional para evaluar la depresión y sobre los instrumentos psicológicos de evaluación básica para la detección oportuna, el diagnóstico adecuado y los criterios de referencia y contrarreferencia.

#### 3. Uso del flujograma de atención

Se refiere a todas las acciones profesionales que se realizan con base en los flujogramas de atención, tomando las decisiones adecuadas en términos preventivos o asistenciales y para el proceso de derivación de acuerdo al nivel de complejidad y capacidad resolutoria de los establecimientos de salud.

## **II. Variable 2: Calidad de atención**

### **2.1. Definición conceptual**

La calidad de atención, en el marco de los servicios de salud, puede definirse como la atención accesible, rápida y oportuna, con trato cálido, inspirando confianza, con óptimo nivel de competencia y en un contexto físico que ofrece comodidad, dirigido a generar satisfacción en el usuario o paciente.

### **2.2. Dimensiones**

#### **1. Fiabilidad**

Se refiere a la competencia y habilidad para ejecutar con éxito el servicio de atención en salud que ofrece el profesional psicólogo.

#### **2. Capacidad de Respuesta**

Disposición para brindar a los usuarios un pronto y oportuno servicio a los pacientes que demandan la atención, en un tiempo necesario, cuidando la calidad de la prestación asistencial.

#### **3. Seguridad**

Se refiere a la confianza que genera la actitud del profesional que ofrece la prestación asistencial, evidenciando idoneidad de conocimiento, condiciones de privacidad, trato cortés y habilidad de comunicación.

#### **4. Empatía**

Se refiere a la capacidad de comprender la realidad, necesidades, pensamientos, sentimientos y emociones de otra persona, tratando de ponerse en el lugar de ella reconociéndola como alguien similar o igual.

#### **5. Aspectos Tangibles**

Se refiere al contexto físico donde se desarrolla la atención psicológica, que el consultorio debe reunir condiciones de privacidad, limpieza y comodidad; contar con mobiliario adecuado, así como con materiales suficientes y disponibles, con instrumentos y protocolos de atención y evaluación psicológica.

### Anexo 3: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

#### Variable 1: Nivel de conocimiento

DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	ESCALA VALORATIVA (Niveles o rangos)
D1 Información esencial	Concepto de depresión Etiología y fisiopatología Factores de riesgo asociado Signos y síntomas Criterio de diagnóstico Comorbilidad clínica.	ORDINAL	5 = Totalmente de acuerdo (TA) 4 = De acuerdo (DA) 3 = Neutro (N) 2 = En desacuerdo (ED) 1 = Totalmente en desacuerdo (TD)
D2 Aplicación de Instrumentos	Conocimiento de tipos de instrumento. Instrumentos de detección o tamizaje. Instrumentos de ayuda diagnóstica.		
D3 Uso de flujograma de atención	Conocimiento de los flujogramas de atención. Toma de decisiones para derivación Criterios para referencia y contrarreferencia		

Fuente: Elaboración propia

## MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

### Variable 2: Calidad de atención

DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	ESCALA VALORATIVA (Niveles o rangos)
D1 Fiabilidad	Capacidad para cumplir con éxito la atención o servicio	ORDINAL	5 = Casi siempre (CS) 4 = Muchas veces (MV) 3 = A veces (AV) 2 = Pocas veces (PV) 1 = Casi nunca (CN)
D2 Capacidad de Respuesta	Brinda pronta y oportuna atención. Realiza la atención en tiempo previsto. Ofrece prestación asistencial diligente.		
D3 Seguridad	Actitud profesional genera confianza. Evidencia idoneidad de conocimiento. Ofrece condiciones de privacidad, Brinda trato cortés. Evidencia habilidad de comunicación.		
D1 Empatía	Comprende las necesidades del otro. Trata de ponerse en el lugar del otro. Reconoce al otro como alguien igual.		
D2 Aspectos tangibles	Consultorio ofrece privacidad. Material para atención suficiente y disponible Mobiliario adecuado y cómodo. Instalaciones lucen limpias.		

Fuente: Adaptación del Modelo SERQUAL de la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo (Ministerio de Salud, 2012).





		Pertinencia				Relevancia				Claridad			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>Dimensión 2: Aplicación de instrumentos</b>													
9	La Escala de Hamilton para depresión se utiliza en establecimientos Nivel I-2, I-3, I-4												
10	La Escala de Salud Personal (ESP), es un instrumento que se aplica en establecimientos Nivel I-1.												
11	El Cuestionario de Síntomas Self Report Question (SRQ-18), se aplica en establecimientos Nivel I-2, I-3, I-4 y II-1												
<b>Dimensión 3: Uso de flujogramas</b>													
		Pertinencia				Relevancia				Claridad			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
12	Si el puntaje resultante en la Escala de Salud Personal (ESP) es menor a 6 se aplican medidas promocionales y preventivas.												
13	Si el Cuestionario SQR-18 arroja positivo de acuerdo a protocolo, el examinado debe ser referido a consulta médica.												
14	Si la Escala de Hamilton para depresión arroja "HAM positivo" se aplica Plan A y paso del Plan A al Plan B más manejo individual y grupal												
15	Si la Escala de Hamilton para depresión arroja "HAM positivo" y el Plan B no da resultados se refiere al nivel de mayor complejidad.												
16	En el Nivel II-2, se realiza evaluación psiquiátrica, de acuerdo al resultado de los protocolos se puede hacer la contrarreferencia.												
<b>Variable 2: Calidad de atención</b>													
<b>Dimensión 1: Fiabilidad</b>		Pertinencia				Relevancia				Claridad			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
17	Se orienta y explica de manera clara y adecuada los pasos a seguir para la atención psicológica.												
18	Se organiza con debida anticipación el material necesario para efectuar la atención.												
19	En el proceso de atención se absuelven todas las dudas o preguntas que puede formular el paciente.												
20	Se coordina oportunamente con Admisión y SIS para que la historia clínica y el FUA estén a tiempo en el consultorio.												
21	Se ha estructurado un sistema de citas con cupos disponibles para evitar esperas prolongadas.												

	<b>Dimensión 2: Capacidad de respuesta</b>	Pertinencia				Relevancia				Claridad				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
22	La atención al paciente se realiza de acuerdo a la hora de su cita programada.													
23	El proceso de la consulta psicológica se realiza respetando el tiempo establecido de 45 a 60 minutos.													
24	El trabajo interdisciplinario con el consultorio de medicina es previamente coordinado para brindar atención rápida.													
25	La ficha de referencia se llena al momento de la atención psicológica y se entrega de inmediato en Admisión para su trámite respectivo.													
	<b>Dimensión 3: Seguridad</b>	Pertinencia				Relevancia				Claridad				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
26	La atención psicológica al paciente se desarrolla en un marco de privacidad.													
27	En el proceso de la consulta psicológica se brinda un trato cortés y amable.													
28	El proceso de atención se realiza utilizando un lenguaje claro y sencillo de acuerdo al nivel sociocultural del paciente.													
29	Al iniciar la consulta el profesional se identifica mostrando su fotochek y explica claramente el valor de la confidencialidad.													
	<b>Dimensión 4: Empatía</b>	Pertinencia				Relevancia				Claridad				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
30	Ante las dudas o preguntas del paciente y sus familiares se responde con respeto y tolerancia, sin juzgar.													
31	Se demuestra interés por escuchar el relato del paciente aun cuando parezca irrelevante y un tanto extenso.													
32	Se explica con claridad las alternativas de solución, sin tecnicismos, evaluando ventajas y desventajas.													
33	Al inicio de la consulta se le pregunta al paciente cómo se siente, para imaginar y comprender su estado emocional.													
34	Se ayuda al paciente a comprender las explicaciones que se le brinda demostrando tolerancia y paciencia.													

	Dimensión 5: Aspectos tangibles	Pertinencia				Relevancia				Claridad				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
35	La infraestructura del consultorio donde se atiende ofrece privacidad al paciente.													
36	Se cuenta con suficientes instrumentos, pruebas y protocolos de evaluación psicológica y material de escritorio pertinentes.													
37	Los consultorios cuentan con mobiliario que ofrecen comodidad básica para la atención.													
38	Los consultorios y la sala de espera lucen cómodos, limpios, iluminados, ventilados y bien cuidados.													

Observaciones (precisar si hay suficiencia): .....

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [ **X** ]      Aplicable después de corregir [ ]      No aplicable [ ]

Apellidos y Nombres del juez validador: GARCÍA AMPUDIA, LUPE

N° DNI: 08323635

Grado o Especialidad del validador: DOCTORA

**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado

**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Lima, 21 de octubre del 2021



.....  
Firma del experto informante

## CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LA ESCALA

### Nivel de conocimiento y calidad de atención en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión (GPC-D)

<b>Pertinencia:</b>	El ítem corresponde al concepto teórico formulado
<b>Relevancia:</b>	El ítem es apropiado para representar el componente o dimensión específica del constructo
<b>Claridad:</b>	Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Muy de Acuerdo
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

N°	DIMENSIONES / ítems													Sugerencias
	Variable 1: Nivel de conocimiento de GPC-D													
	Dimensión 1: Información esencial													
		Pertinencia				Relevancia				Claridad				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	La depresión se caracteriza por presentar anhedonia, desánimo y dificultades en el entorno familiar, laboral y social				X				X				X	
2	Una de cada cinco personas sufrirá de depresión en algún momento de su vida.				X				X				X	
3	La inestabilidad emocional y la carencia afectiva de los padres, son factores de riesgo para depresión.				X				X				X	
4	Una historia familiar que revela depresión puede constituir un factor de predisposición biológica.				X				X				X	
5	Sentir con exceso una culpa inexistente, un cansancio injustificado y pérdida del placer de vivir son síntomas de depresión				X				X				X	
6	La depresión puede asociarse a enfermedades, como el cáncer, el VIH-SIDA, infarto de miocardio, diabetes o Alzheimer.				X				X				X	
7	Una sintomatología con una duración de dos semanas es un criterio diagnóstico de acuerdo al cie-10				X				X				X	
8	Para el diagnóstico de depresión en niños y adolescentes es preciso ser cuidadosos para distinguir las características asociadas				X				X				X	

		Pertinencia				Relevancia				Claridad			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>Dimensión 2: Aplicación de instrumentos</b>													
9	La Escala de Hamilton para depresión se utiliza en establecimientos Nivel I-2, I-3, I-4				X				X				X
10	La Escala de Salud Personal (ESP), es un instrumento que se aplica en establecimientos Nivel I-1.				X				X				X
11	El Cuestionario de Síntomas Self Report Question (SRQ-18), se aplica en establecimientos Nivel I-2, I-3, I-4 y II-1				X				X				X
<b>Dimensión 3: Uso de flujogramas</b>													
		Pertinencia				Relevancia				Claridad			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
12	Si el puntaje resultante en la Escala de Salud Personal (ESP) es menor a 6 se aplican medidas promocionales y preventivas.				X				X				X
13	Si el Cuestionario SQR-18 arroja positivo de acuerdo a protocolo, el examinado debe ser referido a consulta médica y psicológica.				X				X				X
14	Si la Escala de Hamilton para depresión arroja "HAM positivo" se aplica Plan A y paso del Plan A al Plan B más manejo individual y grupal				X				X				X
15	Si la Escala de Hamilton para depresión arroja "HAM positivo" y el Plan B no da resultados se refiere al nivel de mayor complejidad.				X				X				X
16	En el Nivel II-2, se realiza evaluación psiquiátrica, de acuerdo al resultado de los protocolos se puede hacer la contrarreferencia.				X				X				X
<b>Variable 2: Calidad de atención</b>													
		Pertinencia				Relevancia				Claridad			
<b>Dimensión 1: Fiabilidad</b>		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
17	Se orienta y explica de manera clara y adecuada los pasos a seguir para la atención psicológica.				X				X				X
18	Se organiza con debida anticipación el material necesario para efectuar la atención.				X				X				X
19	En el proceso de atención se absuelven todas las dudas o preguntas que puede formular el paciente.				X				X				X
20	Se coordina oportunamente con Admisión y SIS para que la historia clínica y el FUA estén a tiempo en el consultorio.				X				X				X
21	Se ha estructurado un sistema de citas con cupos disponibles para evitar esperas prolongadas.				X				X				X

	<b>Dimensión 2: Capacidad de respuesta</b>	Pertinencia				Relevancia				Claridad			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
22	La atención al paciente se realiza de acuerdo a la hora de su cita programada.				X				X				X
23	El proceso de la consulta psicológica se realiza respetando el tiempo establecido de 45 a 60 minutos.				X				X				X
24	El trabajo interdisciplinario con el consultorio de medicina es previamente coordinado para brindar atención rápida.				X				X				X
25	La ficha de referencia se llena al momento de la atención psicológica y se entrega de inmediato en Admisión para su trámite respectivo.				X				X				X
	<b>Dimensión 3: Seguridad</b>	Pertinencia				Relevancia				Claridad			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
26	La atención psicológica al paciente se desarrolla en un marco de privacidad.				X				X				X
27	En el proceso de la consulta psicológica se brinda un trato cortés y amable.				X				X				X
28	El proceso de atención se realiza utilizando un lenguaje claro y sencillo de acuerdo al nivel sociocultural del paciente.				X				X				X
29	Al iniciar la consulta el profesional se identifica mostrando su fotochek y explica claramente el valor de la confidencialidad.				X				X				X
	<b>Dimensión 4: Empatía</b>	Pertinencia				Relevancia				Claridad			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
30	Ante las dudas o preguntas del paciente y sus familiares se responde con respeto y tolerancia, sin juzgar.				X				X				X
31	Se demuestra interés por escuchar el relato del paciente aun cuando parezca irrelevante y un tanto extenso.				X				X				X
32	Se explica con claridad las alternativas de solución, sin tecnicismos, evaluando ventajas y desventajas.				X				X				X
33	Al inicio de la consulta se le pregunta al paciente cómo se siente, para imaginar y comprender su estado emocional.				X				X				X
34	Se ayuda al paciente a comprender las explicaciones que se le brinda demostrando tolerancia y paciencia.				X				X				X

	Dimensión 5: Aspectos tangibles	Pertinencia				Relevancia				Claridad				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
35	La infraestructura del consultorio donde se atiende ofrece privacidad al paciente.				X				X				X	
36	Se cuenta con suficientes instrumentos, pruebas y protocolos de evaluación psicológica y material de escritorio pertinentes.				X				X				X	
37	Los consultorios cuentan con mobiliario que ofrecen comodidad básica para la atención.				X				X				X	
38	Los consultorios y la sala de espera lucen cómodos, limpios, iluminados, ventilados y bien cuidados.				X				X				X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X]      Aplicable después de corregir [ ]      No aplicable [ ]

Apellidos y Nombres del juez validador: Salinas Silva, Ángel Fernando

N° DNI: 09608761

Grado o Especialidad del validador: Magister

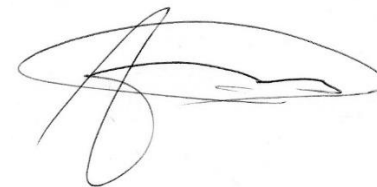
**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado

**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Lima, 20 de octubre del 2021



Firma del experto informante



Lima, 30 de octubre del 2021.

Licenciada  
Ps. GISELLA TELLO RAMÍREZ  
Centro de Salud Chacra Colorada  
DIRIS Lima Centro.  
Presente

Asunto: RESPONDER INSTRUMENTO COMO  
PARTICIPANTE DE UN PILOTO.

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo cordial e informarle que estoy realizando un estudio sobre conocimiento y práctica profesional en la atención a los pacientes en los Servicios de Psicología, en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión, documento vigente desde el año 2006 para uso en los establecimientos de salud de nuestro país.

Adjunto al presente:

Instrumento: Escala de Valoración con 38 items, se contempla dos grupos de categorías de valoración:

- a) Los items del 1 al 16 deben ser respondidos con las categorías:  
TA= Totalmente de acuerdo, DA= De acuerdo, N =Neutro, ni en acuerdo, ni en desacuerdo,  
ED= En desacuerdo, TD= Totalmente en desacuerdo.
- b) Los items del 17 al 38 deben ser respondidos con las categorías:  
CS= casi siempre, MV= muchas veces, AV= A veces, PV= Pocas veces, CN= Casi nunca.

Rogándole la mayor objetividad, me suscribo reiterándole los sentimientos de respeto y consideración, agradeciendo anticipadamente por la atención que dispense a la presente.

Atentamente,



Jorge Luis Soto Mateo  
DNI N° 08520402

## Anexo 5: INSTRUMENTOS - ESCALA DE VALORACIÓN

**Estimado psicólogo / psicóloga:**

Queremos conocer el nivel de información en relación a la Guía de Práctica Clínica en Depresión y el ejercicio profesional en la atención a los pacientes en el Servicio de Psicología de su establecimiento de salud. Solo marque una casilla para cada fila. No hay respuestas correctas o incorrectas.

Desarrolle la presente escala de valoración de acuerdo a las categorías que se explicitan a continuación.

	<b>ITEMS (Del 1 al 16)</b>	<b>TA</b>	<b>DA</b>	<b>N</b>	<b>ED</b>	<b>TD</b>
<b>Categorías de valoración:</b> <b>TA= Totalmente de acuerdo</b> <b>DA= De acuerdo</b> <b>N= Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b> <b>ED= En desacuerdo</b> <b>TD= Totalmente en desacuerdo</b>						
1	La depresión se caracteriza por presentar anhedonia, desánimo y dificultades en el entorno familiar, laboral y social	X				
2	Una de cada cinco personas sufrirá de depresión en algún momento de su vida.	X				
3	La inestabilidad emocional y la carencia afectiva de los padres, son factores de riesgo para depresión.	X				
4	Una historia familiar que revela depresión puede constituir un factor de predisposición biológica.	X				
5	Sentir con exceso una culpa inexistente, un cansancio injustificado y pérdida del placer de vivir son síntomas de depresión	X				
6	La depresión puede asociarse a enfermedades como el cáncer, el VIH-SIDA, infarto de miocardio, diabetes o Alzheimer.	X				
7	Una sintomatología con una duración de dos semanas es un criterio diagnóstico de acuerdo al cie-10	X				
8	para el diagnóstico de depresión en niños y adolescentes es preciso ser cuidadosos para distinguir las características asociadas	X				
9	La Escala de Hamilton para depresión se aplica en establecimientos Nivel I-2, I-3, I-4	X				
10	La Escala de Salud Personal (ESP), es un instrumento que se aplica en establecimientos Nivel I-1.					X
11	El Cuestionario de Síntomas Self Report Question (SRQ-18), se aplica en establecimientos Nivel I-2, I-3, I-4 y II-1	X				
12	Si el puntaje resultante en la Escala de Salud Personal (ESP) es menor a 6 se aplican medidas promocionales y preventivas.	X				

13	Si el Cuestionario SQR-18 arroja positivo de acuerdo a protocolo, el examinado debe ser referido a consulta médica.	X				
14	Si la Escala de Hamilton para depresión arroja "HAM positivo" se aplica Plan A y paso del Plan A al Plan B más manejo individual y grupal	X				
15	Si la Escala de Hamilton para depresión arroja "HAM positivo" y el Plan B no da resultados se refiere al nivel de mayor complejidad.	X				
16	En el Nivel II-2, se realiza evaluación psiquiátrica, de acuerdo al resultado de los protocolos se puede hacer la contrarreferencia.	X				
<b>ITEMS (Del 17 al 38)</b>		<b>CS</b>	<b>MV</b>	<b>AV</b>	<b>PV</b>	<b>CN</b>
<b>Categorías de valoración:</b>						
<b>CS= Casi siempre      MV= Muchas veces      AV= A veces      PV= Pocas veces      CN= Casi nunca</b>						
17	Se orienta y explica de manera clara y adecuada los pasos a seguir para recibir la atención psicológica.	X				
18	Se organiza con debida anticipación el material necesario para efectuar la atención.	X				
19	En el proceso de atención se absuelven todas las dudas o preguntas que puede formular el paciente.	X				
20	Se coordina oportunamente con Admisión y SIS para que la historia clínica y el FUA estén a tiempo en el consultorio.	X				
21	Se ha estructurado un sistema de citas con cupos disponibles para evitar esperas prolongadas.		X			
22	La atención al paciente se realiza de acuerdo a la hora de su cita programada.		X			
23	El proceso de la consulta psicológica se realiza respetando el tiempo establecido de 45 a 60 minutos.	X				
24	El trabajo interdisciplinario con el consultorio de medicina es previamente coordinado para brindar atención rápida.		X			
25	La ficha de referencia se llena al momento de la atención psicológica y se entrega de inmediato en Admisión para su trámite respectivo.	X				
26	La atención psicológica al paciente se desarrolla en un marco de privacidad.	X				
27	En el proceso de la consulta psicológica se brinda un trato cortés y amable.	X				
28	El proceso de atención se realiza utilizando un lenguaje claro y sencillo de acuerdo al nivel sociocultural del paciente.	X				

		<b>CS</b>	<b>MV</b>	<b>AV</b>	<b>PV</b>	<b>CN</b>
29	Al iniciar la consulta el profesional se identifica mostrando su fotochek y explica claramente el valor de la confidencialidad.		X			
30	Ante las dudas o preguntas del paciente y sus familiares se responde con respeto y tolerancia, sin juzgar.	X				
31	Se demuestra interés por escuchar el relato del paciente aún cuando parezca irrelevante y un tanto extenso.	X				
32	Se explica con claridad las alternativas de solución, sin tecnicismos, evaluando ventajas y desventajas.	X				
33	Al inicio de la consulta se le pregunta al paciente cómo se siente, para imaginar y comprender su estado emocional.	X				
34	Se ayuda al paciente a comprender las explicaciones que se le brinda demostrando tolerancia y paciencia.	X				
35	La infraestructura del consultorio donde se atiende ofrece privacidad al paciente.		X			
36	Se cuenta con suficientes instrumentos, pruebas y protocolos de evaluación psicológica y material de escritorio pertinentes.			X		
37	Los consultorios cuentan con mobiliario que ofrecen comodidad básica para brindar la atención.		X			
38	Los consultorios y la sala de espera lucen cómodos, limpios, iluminados, ventilados y bien cuidados.		X			

Muchas gracias!!!

## HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Nivel de conocimiento y calidad de atención en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión en establecimientos de salud Lima Norte, 2021.

---

El presente estudio es conducido por el suscrito, Ps. Jorge Luis Soto Mateo, bajo la dirección del Dr. Yakov M. Quinteros Gómez, asesor de esta investigación.

El objetivo del presente estudio es determinar la relación entre el nivel de conocimiento y calidad de atención en función a la Guía de Práctica Clínica en Depresión y brindar aportes que coadyuven a potenciar el sistema de atención en el campo de la salud mental y el problema de depresión.

Para ello necesito contar con su participación voluntaria en el llenado de una Escala de Valoración sobre el tema de estudio. Si usted acepta participar, por favor llenar el formato del Instrumento que consta de 38 ítems, con cinco posibilidades de valoración cada uno, deberá seleccionar solo una opción en cada ítem del formulario, de acuerdo a las categorías que se explicitan en el documento.

La información que devenga de su participación será utilizada sólo para fines de este estudio, se protegerá su información y su privacidad descartando cualquier dato que pueda identificarlo o identificarla, es más el formato solo incluye datos sociodemográficos. Si por alguna razón, usted lo decide puede dejar de participar en el estudio, solicitando detener el uso de la información al correo o teléfono que se señalan a continuación.

Su participación voluntaria ayudará a contar con información que contribuirá a enriquecer el sistema de atención a los usuarios de los servicios del primer nivel de atención en el sector público.

Si tiene alguna duda o requiere mayor información puede llamar a Jorge Luis Soto Mateo, al número 999 32 02 45 (el mismo para WhatsApp) o escribirle al correo electrónico: [jism19550102@gmail.com](mailto:jism19550102@gmail.com)

**Acepto participar en el llenado de la Encuesta de Valoración: SI ( x ) NO ( )**

---

Datos del Investigador: Ps. Jorge Luis Soto Mateo  
N° de DNI: 08520402  
Fecha: 05 de noviembre del 2021.



## Anexo 6: Instrumento de Validación V de Aiken

<b>Max</b>	4
<b>Min</b>	1
<b>K</b>	3

$$V = \frac{\bar{x} - l}{k}$$

V = V de Aiken

$\bar{X}$  = Promedio de calificación de jueces

k = Rango de calificaciones (Max-Min)

l = calificación más baja posible

**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Con valores de V Aiken como V= 0.70 o más son adecuados (Charter, 2003).

		J1	J2	J3	Media	V Aiken	Interpretación de la V
ITEM 1	Relevancia	4	4	4	4	1.00	Valido
	Pertinencia	4	4	4	4	1.00	Valido
	Claridad	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 2	Relevancia	4	4	4	4	1.00	Valido
	Pertinencia	4	4	4	4	1.00	Valido
	Claridad	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 3	Relevancia	4	4	4	4	1.00	Valido
	Pertinencia	4	4	4	4	1.00	Valido
	Claridad	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 4	Relevancia	4	4	4	4	1.00	Valido
	Pertinencia	4	4	4	4	1.00	Valido
	Claridad	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 5	Relevancia	4	4	4	4	1.00	Valido
	Pertinencia	4	4	4	4	1.00	Valido
	Claridad	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 6	Relevancia	4	4	4	4	1.00	Valido
	Pertinencia	4	4	4	4	1.00	Valido
	Claridad	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 7	Relevancia	4	4	4	4	1.00	Valido
	Pertinencia	4	4	4	4	1.00	Valido
	Claridad	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 8	Relevancia	4	4	4	4	1.00	Valido
	Pertinencia	4	4	4	4	1.00	Valido
	Claridad	4	4	4	4	1.00	Valido

ITEM 9	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 10	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 11	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 12	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 13	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 14	<i>Relevancia</i>	4	3	4	3.6667	0.89	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	3	4	3.6667	0.89	Valido
	<i>Claridad</i>	4	3	4	3.6667	0.89	Valido
ITEM 15	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 16	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 17	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 18	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 19	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 20	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 21	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4	1.00	Valido

ITEM 22	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 23	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 24	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 25	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 26	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 27	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 28	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 29	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 30	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 31	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 32	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 33	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 34	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4	1.00	Valido



ITEM 35	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 36	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 37	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
ITEM 38	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4	1.00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4	1.00	Valido

## Anexo 7: Instrumento de confiabilidad: Alfa de Crombach

### ALFA DE CROMBACH.

#### VARIABLE 1: GRADO DE CONOCIMIENTO GPC

##### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,884	16

##### Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
CO1	65,40	38,800	,664	,875
CO2	65,80	38,200	,620	,875
CO3	65,40	38,800	,664	,875
CO4	65,40	38,800	,664	,875
CO5	65,20	42,700	,000	,888
CO6	65,60	39,300	,451	,881
CO7	65,20	42,700	,000	,888
CO8	65,40	40,800	,298	,885
CO9	66,40	35,300	,674	,871
CO10	66,60	36,800	,843	,868
CO11	66,40	37,300	,232	,911
CO12	66,20	32,700	,787	,865
CO13	65,80	37,200	,778	,870
CO14	66,20	32,700	,787	,865
CO15	66,00	34,500	,763	,866
CO16	66,00	38,500	,721	,874

## VARIABLE 2: CALIDAD DE ATENCIÓN

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,942	22

### Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
CA1	82,20	250,200	,537	,941
CA2	83,00	227,500	,785	,936
CA3	83,40	219,800	,915	,934
CA4	82,80	235,700	,515	,941
CA5	83,40	244,300	,240	,948
CA6	83,00	241,500	,728	,939
CA7	82,80	251,200	,466	,942
CA8	83,80	235,700	,515	,941
CA9	84,20	213,700	,866	,935
CA10	83,00	227,500	,785	,936
CA11	82,60	242,300	,903	,938
CA12	82,80	234,700	,882	,936
CA13	83,40	234,300	,642	,939
CA14	82,20	250,200	,537	,941
CA15	82,40	242,300	,903	,938
CA16	82,80	234,700	,882	,936
CA17	83,00	244,500	,313	,944
CA18	82,60	234,800	,817	,937
CA19	83,20	234,200	,674	,938
CA20	83,80	226,200	,663	,939
CA21	83,00	241,500	,728	,939
CA22	83,60	219,300	,810	,936

## FIABILIDAD TOTAL.

TOTAL V1  
TOTAL V2  
TOTAL V1 + V2

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,873	3