

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



TESIS

**CALIDAD DE SERVICIO, ESTRÉS PERCIBIDO Y PERCEPCIÓN DE
LA ENFERMEDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON
ENFERMEDAD CRÓNICA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
EN LIMA 2024**

PRESENTADO POR:

Br. ANALY TORRES MEJIA

**PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

ASESORA:

Mg. KAROLA ESPEJO ABARCA

CUSCO – PERÚ

2025



Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el Asesor KAROLA ESPEJO ABARCA.....
 quien aplica el software de detección de similitud al
 trabajo de investigación/tesistitulada: CALIDAD DE SERVICIO, ESTRÉS.....
PERCIBIDO Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES.....
HOSPITALIZADOS CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN EL.....
HOSPITAL MILITAR CENTRAL EN LIMA 2024.....

Presentado por: ANALY TORRES MEJIA..... DNI N° 73630518 ;
 presentado por: DNI N°:
 Para optar el título Profesional/Grado Académico de LICENCIADA EN PSICOLOGIA.....

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 2 veces, mediante el Software de Similitud, conforme al Art. 6° del *Reglamento para Uso del Sistema Detección de Similitud en la UNSAAC* y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 4 %.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de Asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, 19 de MAYO..... de 2026.....

Firma

Post firma Karola Espejo Abarca.....

Nro. de DNI 45634597.....

ORCID del Asesor 0000-002-304-9919.....

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: oid: 27259:592728424.....

ANALY TORRES MEJIA

CALIDAD DE SERVICIO, ESTRÉS PERCIBIDO Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ...

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::27259:592728424

207 páginas

Fecha de entrega

18 may 2026, 2:46 p.m. GMT-5

38.159 palabras

Fecha de descarga

19 may 2026, 8:52 a.m. GMT-5

206.406 caracteres

Nombre del archivo

CALIDAD DE SERVICIO, ESTRÉS PERCIBIDO Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES HOS....pdf

Tamaño del archivo

4.9 MB



Karolo Espino Albaran
C.P. 16535




4% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe



- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

Fuentes principales

- 3%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 3%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)


Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

-  **Caracteres reemplazados**
15 caracteres sospechosos en N.º de páginas
Las letras son intercambiadas por caracteres similares de otro alfabeto.
-  **Texto oculto**
12 caracteres sospechosos en N.º de página
El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Karla Espino Abasco
C.B.P. 16535

Dedicatoria

A Dios, mi constante y eterno guía.

A mi madre, mi motivación de vida. Su amor me dio la fuerza para no rendirme.

A mi padre, mi héroe. Su ejemplo me mostró que no hay atajos para lograr mis metas.

A mi hermana, mi esperanza. Su fragilidad me recuerda por qué debo ser fuerte y me inspira a ser la mejor hermana mayor que pueda tener.

A mis familiares, mi fortaleza. Cada una de sus historias construyeron la persona que soy.

A mis amigos, mi soporte. La amistad sincera me ayudó a superar muchos desafíos de mi vida.

A las personas que formaron parte de mi vida desde el inicio de mi experiencia como interna de Psicología en el HMC.

Agradecimiento

A mi casa de estudio, la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco y a la plana docente de la Escuela Profesional de Psicología, por una formación sólida que me ha permitido desarrollar una vocación de servicio.

Agradezco de manera especial a mi asesora, la Mgt. Karola Espejo Abarca, por su tiempo, paciencia y la constante motivación que me brindó. Su guía fue clave para superar los desafíos y dar forma a esta investigación.

También, mi reconocimiento a los jueces expertos por la validez y el enriquecimiento que sus aportes le dieron a este trabajo.

Por último, agradezco a los directivos del Hospital Militar Central de Lima por la valiosa oportunidad de realizar mi internado de psicología en el año 2023. Esta experiencia fue crucial para mi crecimiento profesional, escenario donde germinó la idea de esta investigación. Su apoyo y confianza fueron cruciales para hacerla realidad.

Índice de Contenido

Dedicatoria i

Agradecimiento ii

Presentación xii

Resumen xiii

Abstract xiv

Introducción xv

Capítulo I: Planteamiento de la Investigación 1

1.1. Descripción del problema de Investigación 1

1.2. Planteamiento del Problema 6

1.2.1. Problema general 6

1.2.2. Problemas Específicos 6

1.3. Objetivos 7

1.3.1. Objetivo general 7

1.3.2. Objetivos Específicos 7

1.4. Justificación 8

1.4.1. Valor social 10

1.4.2. Valor teórico 10

1.4.3. Valor Metodológico 11

1.4.4. Valor Aplicativo 11

1.5. Viabilidad 12

Capítulo II: Marco Teórico 13

2.1. Antecedentes de la Investigación 13

2.1.1. Antecedentes internacionales 13

- 2.1.2. Antecedentes nacionales 17
- 2.2. Marco teórico de la calidad de servicio 21
 - 2.2.1. Definiciones de Calidad de servicio 21
 - 2.2.2. Calidad del servicio en Psicología-Neuropsicología 22
 - 2.2.3. Calidad de servicio en el contexto hospitalario 23
 - 2.2.4. Expectativa y Percepción del Cliente sobre el Servicio 24
 - 2.2.5. Bases teóricas de estudio de la Calidad de servicio 25
 - 2.2.5.1. Teoría de Evaluación de la calidad 25
 - 2.2.5.2. Teoría de la Calidad Total 26
 - 2.2.6. Modelos de calidad de servicio 27
 - 2.2.6.1. Modelo de Brechas 27
 - 2.2.6.2. Modelo SERVQUAL 27
 - 2.2.6.3. Otros modelos actuales 28
- 2.3. Marco teórico del Estrés percibido 29
 - 2.3.1. Definición del Estrés Percibido 29
 - 2.3.2. Estrés y su relación con la enfermedad crónica 29
 - 2.3.3. Estrés percibido en pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas 30
 - 2.3.4. Tipos de estrés y factores inmunológicos 31
 - 2.3.5. Adaptación psicológica y afrontamiento 32
 - 2.3.6. Bases teóricas del Estrés percibido 32
 - 2.3.6.1. Teoría de la Carga Alostática 32
 - 2.3.6.2. Teoría de la Respuesta al Estrés o Síndrome de Adaptación General 33
 - 2.3.6.3. Teoría de Demanda – Control 33
 - 2.3.6.4. Modelo Transaccional y de afrontamiento 34
- 2.4. Marco Teórico de la Percepción de la enfermedad 34

- 2.4.1. Definición de la Percepción de la enfermedad 34
- 2.4.2. Percepción de la enfermedad y su impacto en la salud y bienestar 34
- 2.4.3. Relación entre calidad de servicio, estrés percibido y percepción de la enfermedad 36
- 2.4.4. Bases teóricas 37
 - 2.4.4.1. Teoría de las Representaciones de la Enfermedad 37
 - 2.4.4.2. Modelo de Creencias sobre la Salud 37
- 2.5. Hospitales Militares y sus particularidades frente a otras instituciones civiles 38
- 2.6. Definición de Términos Básicos 39

Capítulo III: Hipótesis y variables 43

- 3.1. Hipótesis 43
 - 3.1.1. Hipótesis General 43
 - 3.1.2. Hipótesis específicas 43
- 3.2. Operacionalización de Variables 45

Capítulo IV: Marco Metodológico 48

- 4.1. Tipo y Enfoque de Investigación 48
- 4.2. Diseño de Investigación 48
- 4.3. Población y muestra 50
 - 4.3.1. Población 50
 - 4.3.2. Características de la población 51
 - 4.3.3. Muestra 51
 - 4.3.4. Diseño Muestral 52
 - 4.3.5. Criterios de inclusión 53
 - 4.3.6. Criterios de exclusión 53
 - 4.3.7. Caracterización de la Muestra 53
- 4.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos 55

- 4.4.1. Técnica de recolección de Datos 55
- 4.4.2. Instrumentos de recolección de Datos 55
 - 4.4.2.1. Cuestionario de Calidad de Servicio (SERVQUAL) 55
 - 4.4.2.2. Escala de Estrés Percibido (PSS-10) 61
- 4.3.2.3. Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R) 64
- 4.5. Técnicas de procesamiento de datos 70
 - 4.5.1. Procedimiento de recolección de datos 70
 - 4.5.2. Análisis de datos 71

Capítulo V: Resultados 73

- 5.1. Descripción sociodemográfica de la muestra 73
- 5.2. Estadística descriptiva aplicada al estudio 85
 - 5.2.1. Estadística Descriptiva de la variable Calidad de Servicio 85
 - 5.2.2. Estadística descriptiva de la variable estrés percibido 89
 - 5.2.3. Estadística descriptiva de la variable percepción de la enfermedad 91
- 5.3. Estadística inferencial aplicada al estudio 93
 - 5.3.1. Prueba de normalidad 93
 - 5.3.2. Correlación entre la variable, calidad de servicio, estrés percibido con las dimensiones de percepción de la enfermedad 94
 - 5.3.3. Correlaciones entre las dimensiones de la calidad de servicio y las dimensiones de la percepción de la enfermedad 97
 - 5.3.4. Correlaciones entre las dimensiones de Estrés percibido y las dimensiones de la Percepción de la enfermedad 99
 - 5.3.5. Comparación de grupos 100

Capítulo VI: Discusión 106

Conclusiones 117

Recomendaciones 121

Referencias 123

Anexos 145

Lista de tablas

- Tabla 1** Operacionalización de hipótesis 44
- Tabla 2** Operacionalización de variables 46
- Tabla 3** Distribución de la población según sexo 51
- Tabla 4** Características de la muestra según sexo, edad y rango militar 53
- Tabla 5** Alfa de Cronbach del instrumento Calidad de Servicio 58
- Tabla 6** Valores de V de Aiken alcanzados por el cuestionario SERVQUAL 60
- Tabla 7** Alfa de Cronbach de la escala Estrés Percibido 62
- Tabla 8** Valores de V de Aiken alcanzados para la escala de Estrés Percibido 63
- Tabla 9** Interpretación en base a la puntuación y calificación de instrumento IPQ-R 67
- Tabla 10** Alfa de Cronbach de la escala Percepción de la enfermedad Revisado (IPQ-R) 68
- Tabla 11** Valores de V de Aiken alcanzados para la escala Percepción de la enfermedad Revisado (IPQ-R) 69
- Tabla 12** Distribución de pacientes según género 73
- Tabla 13** Distribución de pacientes según edad 74
- Tabla 14** Distribución de pacientes según nivel educativo 75
- Tabla 15** Distribución de pacientes según estado civil 76
- Tabla 16** Distribución de pacientes según rango militar 77
- Tabla 17** Distribución de pacientes según ingreso económico 78
- Tabla 18** Distribución de pacientes según duración de la enfermedad 79
- Tabla 19** Distribución de pacientes según apoyo social durante la hospitalización 80
- Tabla 20** Distribución de pacientes según lugar de procedencia 81
- Tabla 21** Distribución de pacientes según experiencia en el hospital 82
- Tabla 22** Distribución de pacientes según diagnóstico de enfermedad crónica 83

Tabla 23 Nivel de calidad de servicio en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica 85

Tabla 24 Nivel de calidad de servicio por dimensiones en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica 87

Tabla 25 Nivel de estrés percibido en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica 89

Tabla 26 Nivel de estrés percibido por dimensiones en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica 90

Tabla 27 Nivel de Percepción de la enfermedad por dimensión en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica 91

Tabla 28 Prueba de normalidad de Shapiro – Wilk 94

Tabla 29 Tabla de correlación entre la calidad de servicio, el estrés percibido y las dimensiones de la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica 95

Tabla 30 Matriz de correlación entre las dimensiones de la calidad de servicio y las dimensiones de la percepción de la enfermedad 97

Tabla 31 Matriz de correlación entre las dimensiones de Estrés Percibido y las dimensiones de la Percepción de la enfermedad 99

Tabla 32 Comparación de las dimensiones de la percepción de la enfermedad con respecto al género 100

Tabla 33 Comparación de las dimensiones de la percepción de la enfermedad con respecto a la edad 102

Tabla 34 Comparación de las dimensiones de la percepción de la enfermedad con respecto al ingreso económico 104

Lista de figuras

- Figura 1** Modelo SERVQUAL 28
- Figura 2** Diseño de la investigación 49
- Figura 3** Red de correlaciones 50
- Figura 4** Distribución de pacientes según género 73
- Figura 5** Distribución de pacientes según edad 74
- figura 6** Distribución de pacientes según nivel educativo 75
- Figura 7** Distribución de pacientes según estado civil 77
- Figura 8** Distribución de pacientes según rango militar 78
- Figura 9** Distribución de pacientes según ingreso económico 79
- Figura 10** Distribución de pacientes según duración de la enfermedad 80
- Figura 11** Distribución de pacientes según apoyo social durante la hospitalización 81
- Figura 12** Distribución de pacientes según lugar de procedencia 82
- Figura 13** Distribución de pacientes según experiencia en el hospital 83
- Figura 14** Distribución de pacientes según diagnóstico de enfermedad crónica 84
- Figura 15** Nivel de calidad de servicio en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica
86
- Figura 16** Nivel de calidad de servicio por dimensiones en pacientes hospitalizados con
enfermedad crónica 87
- Figura 17** Nivel de estrés percibido en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica 89
- Figura 18** Nivel de estrés percibido por dimensiones en pacientes hospitalizados con
enfermedad crónica 90
- Figura 19** Nivel de percepción de la enfermedad por dimensión en pacientes hospitalizados
con enfermedad crónica 92

Figura 20 Análisis comparativo de la dimensión control del tratamiento con respecto al género 100

Figura 21 Comparación de las dimensiones de la percepción de la enfermedad con respecto a la edad 103

Figura 22 Comparación de las dimensiones de la percepción de la enfermedad con respecto al ingreso económico 105

Presentación

Señor Decano de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.

Señor Director del Departamento Académico de Filosofía y Psicología.

Señor Director de la Escuela Profesional de Psicología.

Señores miembros del honorable jurado, en consideración al Reglamento de Grados y Títulos de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, pongo a su consideración el presente trabajo de tesis titulado: “Calidad de servicio, estrés percibido y percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024”, con el propósito de optar al Título Profesional de Licenciada en Psicología.

La presente investigación se ha desarrollado cumpliendo con todos los lineamientos y requisitos exigidos por nuestra normativa universitaria, se espera que a partir de estos hallazgos expuestos sirvan como un aporte significativo al conocimiento científico dentro de la Psicología de la Salud y funcionen como base para el desarrollo de futuras investigaciones en beneficio de la población militar y civil de nuestro país.

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar las relaciones entre la calidad de servicio, el estrés percibido y la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica del Hospital Militar Central en Lima 2024. El estudio es de tipo básico, enfoque cuantitativo, diseño no experimental y alcance descriptivo-correlacional. Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia conformado por 100 pacientes (18 a más de 60 años). Para la recolección de datos se aplicó una ficha sociodemográfica, la escala de Calidad de Servicio (SERVQUAL), la escala de Estrés Percibido (PSS-10) y el Cuestionario de Percepción de la Enfermedad Revisado (IPQ-R). Los resultados evidenciaron una relación significativa entre la calidad de servicio y dimensiones específicas de la percepción de la enfermedad, destacando una correlación directa con el control personal ($r = .286, p < .01$) y el control de tratamiento ($r = .264, p < .01$). Así mismo, se halló una relación inversa con la respuesta emocional ($r = -.249, p < .05$), y las consecuencias ($r = -.241, p < .05$). Respecto al estrés percibido, se muestra una relación inversa con la calidad de servicio ($r = -.208, p < .05$), esto evidencia que, a mayor calidad de servicio percibido, menor carga emocional y mejor gestión de la salud. Finalmente, se encontraron diferencias significativas en la percepción del tratamiento según el género ($p = .02$) y la edad ($p = .03$); así como disparidades en la identidad de la enfermedad respecto al ingreso económico ($p = .02$).

Palabras claves: Calidad de servicio, Estrés percibido, Percepción de la enfermedad, Pacientes crónicos.

Abstract

The present research aimed to evaluate the relationships among service quality, perceived stress, and illness perception in hospitalized patients with chronic diseases at the Hospital Militar Central in Lima 2024. The study was basic in type, with a quantitative approach, a non-experimental design, and a descriptive-correlational scope. A non-probabilistic convenience sampling was utilized, comprising 100 patients (aged 18 to over 60). Data collection involved a sociodemographic form, the Service Quality scale (SERVQUAL), the Perceived Stress Scale (PSS-10), and the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). The results evidenced a significant relationship between service quality and specific dimensions of illness perception, highlighting a direct correlation with personal control ($r = .286, p < .01$) and treatment control ($r = .264, p < .01$). Likewise, an inverse relationship was found with emotional representation ($r = -.249, p < .05$) and consequences ($r = -.241, p < .05$). Regarding perceived stress, an inverse relationship was shown with service quality ($r = -.208, p < .05$), indicating that a higher perceived service quality is associated with a lower emotional burden and better health management. Finally, significant differences were found in the perception of treatment control according to gender ($p = .02$) and age ($p = .03$), as well as disparities in illness identity regarding income level ($p = .02$).

Keywords: Service quality, Perceived stress, Illness perception, Chronic illness.

Introducción

La hospitalización en pacientes con enfermedades crónicas es una experiencia compleja que impacta la salud mental, y por consecuencia, el manejo y la evolución del diagnóstico. En este proceso, factores como la calidad del servicio derivado de un entorno hospitalario, el estrés que experimenta el paciente durante su hospitalización y la percepción que tiene sobre su propia enfermedad interactúan entre sí. Esta interacción no solo condiciona el bienestar psicológico del usuario, sino que puede determinar la eficacia de su recuperación y la capacidad de adaptación durante la estancia hospitalaria.

Estudios anteriores señalan que la atención hospitalaria percibida como deficiente incrementa el estrés del paciente, lo que a su vez afecta negativamente su percepción sobre su enfermedad y, en última instancia, compromete su adherencia al tratamiento y la recuperación clínica. A pesar de su relevancia, esta interacción ha sido poco explorada en pacientes con enfermedades crónicas hospitalizados en instituciones militares dentro del contexto peruano, por lo que, resulta relevante evaluar específicamente esta población, ya que las características únicas de su población, conformada en su mayoría por el personal militar y familiares, así como las demandas laborales dentro del entorno militar, pueden modular la experiencia de la enfermedad y la respuesta a la atención médica.

En este contexto, surge el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es la relación entre la calidad del servicio hospitalario, el estrés percibido y la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas en el Hospital Militar Central en Lima 2024?

El objetivo general de la presente investigación, se enfatiza en determinar la relación entre las variables de estudio, cómo la calidad percibida del servicio hospitalario se asocia con el nivel de estrés y la percepción de la enfermedad que posee el paciente.

Por ello, el trabajo se ha estructurado de la siguiente manera: el primer capítulo, Planteamiento de la Investigación, buscó establecer el problema que impulsa la investigación sobre la CS, PE y EP en pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas en el HMC en Lima durante el año 2024, además proporciona objetivos, justificación y parámetros los cuales guían el estudio.

Para el segundo capítulo, conocido como Marco Teórico, se describen los antecedentes, permitiendo establecer un contexto sólido y entender el estado actual del presente estudio dentro del entorno hospitalario, seguido de principios teóricos esenciales que respaldan la investigación, explorando conceptos clave relacionados con la CS, PE y EP en dicho contexto.

El tercer capítulo, Hipótesis y variables, se formulan las hipótesis que guían la investigación, se presenta también la Operacionalización de variables detallando sus dimensiones e indicadores. Para el cuarto capítulo, Metodología, se describe detalladamente el enfoque y el diseño del estudio, así como la muestra, la descripción de la población, las técnicas e instrumentos y el plan de análisis estadístico. Para el quinto capítulo, Resultados, se presenta los resultados a un nivel descriptivo e inferencial. Seguido de los capítulos de Discusión, Conclusiones y Recomendaciones.

Los hallazgos de esta investigación permitirán no solo comprender cómo interactúan estos factores en la experiencia del paciente, sino que también

proporcionarán una sólida evidencia empírica. Esta evidencia será fundamental para el diseño de estrategias de intervención psicoeducativa adaptadas a la población estudiada, mediante talleres, protocolos y programas de capacitaciones dirigidos tanto para el personal de salud como a los pacientes. Finalmente, el presente estudio servirá como base para futuras investigaciones.

Capítulo I

Planteamiento de la Investigación

1.1. Descripción del problema de Investigación

La calidad de un servicio se reconoce como un elemento crucial que garantiza a los sistemas sanitarios sean eficientes, sostenibles y orientados a las necesidades de los usuarios (Hernández, 2025). Desde una mirada global, los reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025), han resaltado que optimizar la calidad de los servicios de salud es primordial para fortalecer e impulsar el logro de objetivos relacionados a la salud, obteniendo resultados deseados y asegurando que la atención sea consistente con las mejores prácticas basadas en evidencia.

En una mirada panorámica sobre la mortalidad mundial, se evidencia un crecimiento sostenido tanto en la prevalencia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) (Serra, 2020), como en la prevalencia debido a la elevada tasa de letalidad, las cuales presentan un desafío para la salud pública a nivel global. Este grupo abarca no solo la hipertensión, diabetes y enfermedad renal crónica, sino también enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias.

Bajo este escenario, para la presente investigación resulta fundamental distinguir que el modelo de atención sanitaria ha sido diseñado para responder a procedimientos agudos. Sin embargo, de acuerdo a Tárraga-López (2021), el modelo de cuidados para enfermedades crónicas, presenta una base para explicar la necesidad de abordar la cronicidad, en contraste con el modelo agudo en donde se prioriza una intervención frente a la crisis.

Hacer esta distinción es importante ya que se comprende como el paciente con enfermedad crónica no requiere únicamente de intervenciones ante una reagudización, por el contrario, requiere un sistema continuo y asistencial. De esta manera, el modelo resalta la importancia de cuidar y dar soporte continuo, adaptando la organización que posee un hospital a las necesidades de un paciente que convive de forma permanente con su diagnóstico.

A nivel internacional, en Bangladesh, Mahumud et al. (2022) hallaron que los pacientes con una sola enfermedad crónica, como la diabetes, valoran principalmente la calidad de servicio, mostrando una preferencia de un 38% mayor sobre la asequibilidad. No obstante, en el estudio revela que los pacientes con múltiples patologías crónicas tienden a priorizar la asequibilidad de los servicios por encima de la calidad, esto debido a los mayores gastos médicos que enfrentan. Por otro lado, Saputra et al. (2025) reportaron en su estudio realizado en un hospital de Indonesia, que el 20.4% de los pacientes percibió la calidad del servicio como inadecuada, mientras que solo el 12.2% la calificó como buena.

Estos hallazgos subrayan la importancia de identificar qué otras variables impactan al paciente crónico. Al respecto, un estudio realizado en India por Swathi et al., (2023) con pacientes con diversas enfermedades crónicas, se halló que el 68.7% de esta población experimentaron niveles significativos de estrés percibido. Dicha investigación demuestra que la condición de la enfermedad y la cronicidad actúa como un estresor persistente que demanda estrategias de afrontamiento para mitigar el impacto en la salud mental.

En concordancia con lo anterior, un estudio realizado en México, con pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas, especialmente hipertensión arterial

sistémica, halló que el 11.7% de los participantes indicaron niveles altos de estrés percibido y el 75.7% presentó niveles moderados. Estas cifras evidencian que el abordaje farmacológico, requiere con gran demanda una intervención psicológica durante el proceso de hospitalización (Berdazco et al., 2024).

Según la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP, 2024) de España, un porcentaje moderado de pacientes crónicos representado por el 33% perciben su enfermedad como mala o muy mala. No obstante, el 82% de los pacientes valoran positivamente el trato recibido. Este hallazgo evidencia que el estudio es muy significativo para comprender el bienestar del paciente, desde una perspectiva integral, en la cual la percepción que poseen sobre su enfermedad, así como, la satisfacción con la atención asistencial sean determinantes importantes.

En un contexto más cercano como el Latinoamericano, resulta relevante conocer la situación del servicio ofrecido en salud, ya que aproximadamente el 20% de las investigaciones que incluyen a pacientes con enfermedades crónicas califican la atención como deficiente; es importante destacar que Perú se posiciona en la lista con mayor número de estudios, seguido por Colombia, Ecuador, México, Brasil y Chile (Enríquez, 2023). Asimismo, informes oficiales del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2025), señalan que un servicio de calidad contribuye a reducir el estrés percibido por los pacientes, debido a que el 78% de los participantes reportaron que percibieron una atención buena, a su vez, manifestaron bajos niveles de estrés, asimismo, los pacientes con enfermedades crónicas refieren que un servicio de calidad favorece una percepción menos amenazante de su enfermedad.

Respecto al perfil epidemiológico nacional, reportes elaborados mediante la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, muestran una prevalencia en enfermedades

como, la hipertensión arterial con un 19.4% de la población de 15 años a más, mientras que la Diabetes Mellitus impacta al 5.5%, en ambos casos el mayor porcentaje se sitúa en la región costa (INEI, 2024). No obstante, se ha encontrado una limitación en el acceso público a los reportes epidemiológicos del Hospital Militar Central, investigaciones internas confirman la tendencia nacional, destacando una carga alta de enfermedades crónicas asociadas principalmente a la insuficiencia renal, la hipertensión y la diabetes Tipo 2 (Salas, 2025).

Así mismo, Mamami y Machengo (2024), indican que el 16 % de los pacientes crónicos en un hospital de Moquegua, percibieron durante su estancia hospitalaria una calidad del servicio deficiente, mientras que el 45% la puntuó como moderada, lo que indica que, en general, la atención fue percibida por los usuarios como intermedia. Por otro lado, en Arequipa, en una población con enfermedades crónicas, encontraron que el 10% de los pacientes perciben alto niveles de estrés, en cuanto al 86% dieron a conocer que presentan un nivel medio y el 4% señalaron un nivel bajo, en base a estos hallazgos se sugiere prestar una atención especial al servicio brindado, con el propósito de fortalecer la calidad y preservar el bienestar de los pacientes (Angulo y Bellido, 2024).

En conjunto, un servicio de calidad y el estrés percibido son constructos fundamentales para comprender cómo los pacientes sobrellevan su enfermedad, por ello, es esencial conocer cómo perciben su condición, ya que se halló que el 62.9% de los pacientes con enfermedades crónicas, especialmente la insuficiencia renal, percibían su enfermedad como amenazante, frente al 37.1% que no la percibía de esa manera (Cruzado, 2020). En Lima Metropolitana, Rojas y Guevara (2025) realizaron un estudio con pacientes hospitalizados, los cuales reflejaron que el 4% percibieron la calidad como bajo y el 25% la situaron en un nivel medio, lo que indica que la atención recibida

en esta población no cumplió con sus expectativas, resaltando la necesidad de implementar mejoras orientadas a satisfacer plenamente las necesidades de estos pacientes.

La pertinencia del presente estudio se sustenta en la evidencia científica de proximidad generada en el Hospital Militar Central (HMC). Como el estudio del Mayor López (2023), Jefe del Servicio de Nefrología, demuestran que un diagnóstico oportuno y el uso asertivo de los recursos permiten minimizar el deterioro progresivo de la afección y generar un ahorro significativo en terapias sustitutivas renales, dichas acciones dan como resultado una mejor calidad de vida para todos los usuarios, mediante nuevos métodos de atención (Escuela Superior de Guerra del Ejército, 2023). Este hallazgo resalta la necesidad de integrar una evaluación para conocer la eficiencia clínica, incluyendo los factores psicológicos y la percepción de la enfermedad como indicadores para lograr un servicio de calidad. De esta manera garantizar una intervención técnica que actúa como un factor protector que impacta sobre la vida del paciente en condición crítica, considerando que estos resultados son de un estudio pionero del hospital militar que presenta características similares con relación a la población y comparte el mismo contexto institucional del presente estudio, permite proyectar resultados óptimos.

En ese sentido, estudiar como la percepción de la enfermedad se relaciona con el estrés percibido resulta relevante, ya que permite comprender cómo estas variables se asocian con la calidad del servicio, considerando que un estudio realizado en Lurigancho-Chosica evidenció una percepción moderada de la enfermedad por parte de los pacientes crónicos, pero con una baja coherencia de la enfermedad, lo que sugiere dificultades en la comprensión de su condición, además de que el 70.3% de los

pacientes calificó como deficiente al acceso de los servicio de salud (Chávez et al., 2022).

Por ello, es fundamental analizar de manera integral la calidad del servicio, el estrés percibido y la percepción que experimentan los pacientes con enfermedades crónicas sobre su propia enfermedad en condición de hospitalizados en el Hospital Militar Central, ya que la ausencia de evidencia científica implica una oportunidad para ampliar la investigación que aborde de forma conjunta las variables en este contexto específico, con el fin de permitir a los profesionales desarrollar estrategias para fortalecer el servicio ofrecido y con ello reestructurar de manera positiva la percepción que posee el paciente hospitalizado sobre su propia enfermedad, logrando que el periodo de hospitalización reporte resultados más óptimos centrados en el paciente.

1.2. Planteamiento del Problema

1.2.1. Problema general

- ¿Cómo se relacionan la calidad de servicio, el estrés percibido y la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuáles son los niveles de calidad de servicio en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024?
- ¿Cuáles son los niveles de estrés percibido en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024?
- ¿Cuáles son los niveles de percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024?

- ¿Cuál es la relación de las dimensiones de la calidad de servicio (elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y comprensión empática) con las dimensiones de la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024?
- ¿Cuál es la relación de las dimensiones del estrés percibido (capacidad de afrontamiento y valoración cognitiva) con las dimensiones de la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024?
- ¿Cuáles son las diferencias en los grupos de género, edad y nivel económico respecto a la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Evaluar las relaciones entre la calidad de servicio, el estrés percibido y la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Describir los niveles de calidad de servicio en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024.
- Describir los niveles de estrés percibido en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024.
- Describir los niveles de percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024.

- Determinar la relación de las dimensiones de la calidad de servicio (elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y comprensión empática) con las dimensiones de la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024.
- Determinar la relación de las dimensiones del estrés percibido (capacidad de afrontamiento y valoración cognitiva) con las dimensiones de la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024.
- Identificar las diferencias en los grupos de género, edad y nivel económico respecto a la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024.

1.4. Justificación

La presente investigación sobre la CS, el EP y la PE en pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas en el HMC de Lima es significativa, dado que permite comprender y abordar los desafíos que estos pacientes enfrentan desde la atención médica recibida durante su estancia hospitalaria hasta su proceso de recuperación.

Trabajos previos han señalado que la CS en contextos médicos desempeña un pilar fundamental para evaluar y medir la satisfacción del paciente, mediante características tales como la empatía del personal de salud, la disponibilidad adecuada de recursos y una comunicación efectiva contribuyen directamente a mejorar la adherencia al tratamiento (Westbrook et al., 2014).

En este sentido, estudiar y analizar la percepción que tienen los pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas resulta esencial para identificar áreas de

mejora que permitan construir un entorno hospitalario favorable para su recuperación y bienestar general. Además, diversos estudios señalan que el estrés y la opinión que tienen los pacientes sobre su enfermedad y la cronicidad de la misma, está relacionado directamente con la adherencia terapéutica, así como la calidad de vida y la capacidad para afrontar los retos asociados con enfermedades crónicas (Lazarus, 1984; Petrie et al., 2007).

La finalidad del presente estudio se fundamenta en comprender la situación de la atención médica en el contexto peruano, particularmente en el HMC, institución que brinda atención a una población diversa, incluyendo tanto personal militar expuesto a elevados niveles de estrés por trabajo operacional y condiciones adversas, como pacientes civiles.

Así mismo, la necesidad de la presente investigación se gestó a partir de la observación directa obtenida durante el periodo de internado en el HMC, siendo una experiencia de trabajo en servicios como Medicina Interna, Neuropsicología y Nefrología. Mediante entrevistas psicológicas realizadas a pacientes, lo cual permitió obtener información y datos sobre las dificultades vivenciadas durante estancia hospitalaria. Por ejemplo, los prolongados tiempos de espera para análisis y exámenes médicos, postergaciones de las programaciones quirúrgicas y escasez de recursos para el adecuado seguimiento del tratamiento, fueron algunos de los datos cualitativos recopilados. Dicha información empírica fue determinante para evidenciar la problemática de estudio.

Por consiguiente, los resultados de esta investigación podrían tener aplicaciones prácticas no solo para el HMC, sino también para otros centros hospitalarios que enfrentan desafíos similares en la prestación de servicios a pacientes con enfermedades

crónicas. La identificación clara de estos desafíos mediante la percepción y necesidades de los usuarios, no solo contribuirá en el fortalecimiento de la calidad en la atención que ofrece el sistema de salud, también reconocer factores que afectan la condición de la salud y promover el bienestar tanto fisiológico como psicológico en esta población vulnerable.

1.4.1. Valor social

Este estudio tiene implicaciones sociales relevantes al identificar factores que afectan la salud psicológica y el bienestar de los pacientes con enfermedades crónicas hospitalizados. Al lograr comprender la manera en cómo perciben los pacientes, y la evolución de su enfermedad, se espera la incorporación de programas de salud que puedan ser efectivos a la realidad de la población estudiada, además de promover un cuidado médico que pueda ser equitativo y enfocado en el paciente.

Reforzando el párrafo anterior, se busca fortalecer el sistema de salud, a uno más digno y sensible donde las necesidades de los usuarios con enfermedades crónicas sean cumplidas, contribuyendo así elevar la Calidad de Vida de esta población y fortaleciendo la atención médica en el Perú.

1.4.2. Valor teórico

Este estudio pretende brindar una comprensión y conocimiento más profundo de cómo las variables de CS, el EP y la PE, se relacionan entre sí en pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas. Estos hallazgos buscan también proporcionar nuevas perspectivas teóricas sobre el efecto que tienen los componentes psicosociales en el proceso de enfermedad y recuperación. Se espera que este estudio genere conocimientos que ayuden a ser aplicados en la práctica clínica, así como en próximas investigaciones en el área de la salud peruana.

1.4.3. Valor Metodológico

El desarrollo de esta investigación, está bajo un enfoque cuantitativo, puesto que se emplea un diseño de estudio no experimental, de corte trasversal y de alcance correlacional, con la finalidad de explorar las conexiones entre las variables de interés, de manera sistemática y sin intervenir en el entorno o las características de los participantes. De este modo, se podrá adquirir una comprensión detallada en las conexiones de las variables sin instaurar una conexión causal directa. Además, se emplearon métodos estadísticos de alta rigurosidad para procesar y después analizar los datos, de esta manera asegurar tanto la validez como la confiabilidad de los resultados y conclusiones, convirtiéndose en un aporte sólido y científico.

1.4.4. Valor Aplicativo

A partir del procesamiento y el análisis de resultados, los hallazgos evidencian el potencial de transformar de manera directa la atención médica en el HMC de Lima, y otros entornos hospitalarios al comprender cómo la CS, el EP y la PE, se interrelacionan e influyen en las actitudes de las personas con alguna enfermedad crónica y la adherencia al tratamiento, hace posible identificar las áreas de mejora para la atención hospitalaria y desarrollar intervenciones efectivas para promover un ambiente donde el bienestar físico como el psicológico de los usuarios, incluyendo el personal médico, mediante el diseño de programas e intervenciones psicoeducativas. Se proyecta que dichos resultados se conviertan en una herramienta esencial para los especialistas y directivos de la salud, quienes cumplen el rol de tomadores de decisiones, las cuales partirán de una base donde se expongan las necesidades reales y psicosociales del usuario.

1.5. Viabilidad

La viabilidad del estudio se sustenta mediante parámetros como el periodo disponible para ejecutar la presente investigación de manera efectiva. Se ha establecido una planificación realista que permite efectuar los plazos establecidos y garantizar la calidad y validez de cada dato recopilado. Asimismo, se ha considerado cuidadosamente la logística necesaria para la implementación del estudio, incluyendo la coordinación con el personal médico y asistencial del hospital, para la planificación de las actividades de recolección de datos. La viabilidad operativa, está estrictamente obtenida por el desempeño académico y profesional reportados en los informes de las practicas pre-profesionales dentro de la institución.

Se tomaron estas y todas las condiciones necesarias que permitieron un avance exitoso y una finalización satisfactoria.

Capítulo II

Marco Teórico

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1. *Antecedentes internacionales*

Conforme a la indagación de Miceli et al. (2019), titulado: “PE y EP en pacientes con cáncer gastrointestinal avanzado”, tuvo como finalidad describir como los usuarios con dicha condición percibían su enfermedad en términos de sus percepciones sobre la identidad de la enfermedad, las consecuencias, la causa, la cronología y la cura o el control, y como estas percepciones influyen en las calificaciones del EP. El estudio que emplearon fue observacional, en un tiempo determinado, con una muestra de 627 usuarios diagnosticados con cáncer gastrointestinal. Se utilizó Cuestionario Sociodemográfico, la Versión Breve del Cuestionario de PE (B-IPQ) y la Escala de EP (PSS-14). Los resultados obtenidos evidenciaron una relación positiva entre el EP y las PE, aunque dicha relación fue débil, variables de la PE predijeron el 36.1% de la varianza del EP.

La investigación demostró que a mayor percepción negativa presentan los pacientes en relación con su enfermedad, mayor es el nivel de EP. Así mismo, el estudio expuso la presencia de sentimientos de soledad y carencia de apoyo emocional en participantes más jóvenes, divorciados y aquellos que nunca se habían casado.

Por otro lado, el estudio de Sadeghi et al. (2019), denominado: “PE como factores predictivos del EP en pacientes en un programa de Rehabilitación Cardíaca”, tuvo como objetivo, examinar el rol predictivo de las PE sobre el EP. El diseño del estudio fue correlacional transversal con 150 pacientes. Se empleó la Escala de EP

(PSS-14) y el Instrumento abreviado de la PE (B-IPQ). Se encontró que cinco subescalas de PE: temporalidad, control del tratamiento, control personal, comprensión y respuesta emocional, mostraron asociación significativa con el EP. En particular, se mostró que un elevado control percibido y un conocimiento adecuado de la enfermedad se relacionaron con niveles más bajos de estrés, mientras que una respuesta emocional negativa lo incrementó. Las variables en el modelo predictivo multivariado explicaron el 48% de la varianza total en el EP, lo que evidencia que una cantidad moderada de las diferencias en los niveles de estrés pueden atribuirse a cómo los pacientes interpretan y afrontan su enfermedad.

El estudio concluye que es fundamental evaluar y abordar las percepciones sobre la enfermedad en la práctica clínica, con el fin de reducir el estrés, mejorar la adherencia frente a los programas cuyos objetivos se enfocan en la rehabilitación cardíaca y la obtención de resultados de salud más positivos.

La investigación de Tian et al. (2022), denominada “La atención plena afecta el nivel de angustia psicológica en pacientes con cáncer de pulmón a través de la percepción de la enfermedad y el estrés percibido: un estudio de encuesta transversal” tuvo como fin la asociación entre la PE y la angustia psicológica, así como determinar si la atención plena afecta la angustia psicológica a través de la PE y el EP, aunque no es un estudio centrado en las variables del presente trabajo, el EP y la PE resulta relevante porque tanto la PE como el EP son reportadas en el análisis de mediación. Este estudio fue un estudio transversal con 295 pacientes. Se empleó el termómetro de angustia (DT), el Cuestionario de Cinco Facetas de Atención Plena (FFMQ), el Instrumento abreviado (B-IPQ) y la Escala de EP (PSS 10). Los resultados registraron que el 24.4% de los sujetos con cáncer de pulmón tenían un DT > 4. La PE ($\beta = 0.17$, $p = 0.002$) y el

EP ($\beta = 0.23, p < 0.001$) tuvieron un efecto directo sobre la angustia psicológica, confirmando que cuando se presenta una mayor percepción negativa de la enfermedad, el estrés se ve aumentado junto al malestar emocional. La atención plena tuvo un efecto directo sobre la PE ($\beta = -0.16, p = 0.006$) y afectó indirectamente la angustia psicológica ($\beta = -0.04, p = 0.009$) mediante la PE o afectando simultáneamente tanto la PE como el EP en dicha población estudiada. Además, la PE y el EP tenían una correlación significativa y directa de $r = .14^*$.

El estudio concluyó que, los pacientes sufrieron de diversos niveles de angustia psicológica. La atención plena podría mitigar la ansiedad psicológica al reducir el grado de PE y el EP, ya que estas actúan como mediadores claves entre la atención plena y la angustia psicológica. En este sentido, la atención plena no reduce directamente el estrés, por el contrario, esta se ve mediada por la manera en que los pacientes interpretan su condición y cómo perciben el estrés asociado a ella (Tian et al., 2022).

Shie et al. (2022), denominada “Explorando la relación entre la calidad del servicio hospitalario, la confianza del paciente y la lealtad desde una perspectiva de encuentro de servicio en ancianos con enfermedades crónicas”, tuvieron como el objetivo, el estudio de la calidad en el servicio hospitalario, como factor que determina en la confianza y lealtad de los pacientes, tomando en consideración los eventos experimentados durante el encuentro de servicios como mediador clave. Con una muestra final de 483 cuestionarios válidos, utilizó una metodología cuantitativa para explorar las relaciones entre cuatro variables clave, entre ellas la experiencia y calidad del servicio como la confianza y lealtad del paciente. Se empleó la encuesta SERVQUAL con sus cinco dimensiones, complementado con escalas validadas. En cuanto al análisis de las ecuaciones estructurales evidenciaron que la CS hospitalaria se

relacionó positivamente con la confianza del paciente ($\beta = 0.62, p < 0.001$) y, a su vez, la confianza tuvo un efecto directo sobre la lealtad ($\beta = 0.54, p < 0.001$).

El estudio demostró que la calidad de servicio en los hospitales es potenciada tras mejorar indicadores como la fiabilidad y la empatía, incrementa la confianza y fortalece la lealtad de los pacientes, consolidando así un círculo virtuoso en la gestión hospitalaria orientada al usuario.

La investigación de Al-Zaru y Al-Dwairi (2023), denominada “Relación entre la percepción de la enfermedad, el apoyo social percibido y la satisfacción con la calidad de la atención de enfermería en pacientes con enfermedad coronaria en Jordania” buscó establecer la asociación entre la percepción del apoyo social y la enfermedad, junto con el nivel de agrado relacionado con la atención ofrecida por el servicio de enfermería. Participaron 275 usuarios, quienes completaron los instrumentos de Percepción Breve de la Enfermedad (B-IPQ), el instrumento de ASP y la Escala de Satisfacción del Paciente con la calidad de atención dada por el servicio de enfermería. Los hallazgos indicaron que una percepción negativa de la enfermedad disminuye la satisfacción del usuario. Las variables predictoras (PE, ASP, características personales) explicaron una varianza en la satisfacción del paciente representado en un 64% con la atención de enfermería ($p < 0.05$).

Concluyeron que, factores como el apoyo social representa una alta significancia asociado con la relación armónica entre pacientes y enfermeras, resaltaron la importancia de evaluar como la población estudiada percibía su enfermedad, así como el soporte social, para diseñar intervenciones que aumenten la satisfacción y mejoren los resultados en pacientes con enfermedad coronaria.

2.1.2. Antecedentes nacionales

El trabajo de Chávez Sosa et al. (2022), titulado "Ruta percibida hacia la atención médica y percepción de la enfermedad entre personas con enfermedades crónicas durante la pandemia de COVID-19", se ejecutó bajo el objetivo de asociar el conocimiento acerca del procedimiento para alcanzar una adecuada atención médica y la comprensión de los pacientes sobre su condición. Fue un estudio que incluyó una muestra de 987 habitantes peruanos, en la cual se les aplicó el instrumento de Cobertura de Servicios de Salud y el Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad (B-IPQ). Hallazgos relevantes expusieron una asociación positiva entre la seguridad con el personal médico y una adecuada percepción de los pacientes frente a su enfermedad (OR = 0.63; IC 95%: 0.45–0.88; $p < 0.01$), este resultado expresa que dicha seguridad es considerada como un factor protector, mientras que un tiempo de espera mayor a tres meses para acceder a una cita hospitalaria incrementó la probabilidad de tener una percepción negativa de la enfermedad (OR = 1.79; IC 95%: 1.22–2.63; $p = 0.003$). Se encontró una relación entre el acceso percibido deficiente a la atención médica y la visión negativa de la enfermedad crónica en los sujetos peruanos durante el COVID-19.

Se concluyó que, mejorar el acceso a la atención médica es importante para reducir la visión negativa del malestar crónico durante dicho periodo, así mismo se propone desarrollar formas innovadoras de atención para los usuarios con malestares crónicos, así como de un enfoque en relación a la integración tecnología digital.

De acuerdo Carbajal -Alvarado et al. (2023), en su estudio titulado "Calidad de Servicio y complacencia en los sujetos geriátricos con restricción de movimiento atendidos con el Método Feldenkrais de un Centro de Fisioterapia de Lima 2021", el objetivo trazado en el estudio fue estudiar la asociación entre la calidad y la

satisfacción, constituida por 100 usuarios mayores a 60 años, se utilizó el cuestionario SERVQUAL. En conclusión, expresaron una asociación significativa entre las variables de estudio, donde un 65% presentó mayor satisfacción, el 34% se mostró muy satisfecho y un 1% fue indiferente. La fiabilidad presentó una correlación moderada de $r = 0,594$, siendo significativa para toda la muestra. Asimismo, se identificaron relaciones significativas entre la dimensión sensibilidad ($r = 0,528$), seguridad ($r = 0,556$), empatía ($r = 0,440$), y elementos tangibles ($r = 0,476$) con la variable satisfacción. Todas estas correlaciones presentaron significancia para toda la muestra, con un valor de $< 0,001$. El estudio demostró que, a mejor percepción sobre el servicio de calidad, mayores son los niveles de satisfacción en los pacientes geriátricos, además de fortalecer cada una de las dimensiones de la CS en los servicios de fisioterapia.

La investigación de Dávila y Chirinos (2022), titulada “Indicadores de calidad de atención en el servicio de incidencias de EsSalud en los hospitales de la Red de Atención en Salud Juan Aita Valle de Lambayeque” presentó como objetivo de estudio analizar los indicadores de calidad dentro del servicio de emergencia, considerando los diferentes escenarios futuros y la impresión al final del servicio brindado a los pacientes. El estudio se desarrolló bajo un diseño descriptivo – correlacional, en un único momento conformada por 383 pacientes. Para la medición de la atención, se utilizó el SERVQUAL adaptado al contexto de emergencias.

Los resultados evidenciaron que el 73.64% de los pacientes reportaron insatisfacción general con la calidad de la atención, siendo las dimensiones de tangibilidad (66.6%) y seguridad (64.6%) las que presentaron mayores niveles de brecha negativa; por otro lado, se identificó que las expectativas de los usuarios indicaban ser mayores a las percepciones reales de la atención. Estos descubrimientos

resaltan la urgencia de mejorar la CA en los servicios de emergencia para complacer en las expectativas y urgencias de los pacientes.

2.1.3. Antecedentes locales

Canaza (2023) en su investigación titulada “Percepción de la enfermedad y adherencia al tratamiento en pacientes oncológicos de un hospital público de Cusco”, estableció la relación entre la PE y la AT, con un total de 100 pacientes oncológicos, emplearon el instrumento de Percepción de la Enfermedad (BIPQ) y la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-8). Los resultados revelaron una correlación significativa de dichas variables ($r = 0.275$; $p = 0.006$); así mismo, se evidencia un vínculo entre la representación cognitiva ($r = 0.208$; $p = 0.038$), y la representación emocional ($r = 0.220$; $p = 0.028$), resaltando la conexión directa entre PE y la AT en pacientes oncológicos. Se concluyó que el conocimiento y las creencias que posee el paciente sobre su patología afecta directamente en la capacidad de continuar con su tratamiento, lo cual subraya la importancia de diseñar estrategias para una adecuada intervención y soporte psicológico en el contexto oncológico.

La tesis de Rivas (2022) titulada “Cuidado de enfermería y calidad de vida en pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital Regional del Cusco, 2021”, determinó la asociación entre el CE y CV en usuarios sometidos a hemodiálisis. El estudio presentó un diseño descriptivo, aplicado, cualitativo, etnográfico, transversal y no experimental, con un alcance correlacional, conformada por 100 pacientes mayores a 60 años en tratamiento de hemodiálisis, seleccionados mediante muestreo aleatorio simple durante un mes de recolección de datos. Los principales resultados reportaron un alto impacto del CE en la manera en que los pacientes afrontan su enfermedad, interactúan con su entorno y mantienen su integración social. Se identificaron dos factores clave: la

percepción positiva de los pacientes hacia el trato y paciencia del personal de enfermería, y la percepción negativa en relación a la información brindada sobre la enfermedad. Respecto a la CV, se evidenció un deterioro del estado de salud en el último año fuertemente influenciado por la calidad del cuidado recibido. En síntesis, existe una asociación moderada entre el CE y la CV, lo que sugiere que un mayor nivel de cuidado de la enfermería se vincula con una mejor opinión de la CV en los pacientes.

El estudio de Sottec (2023) titulada “Calidad de servicio de diálisis y calidad de vida en pacientes atendidos en un hospital de EsSalud en Cusco, 2022”, el objetivo fue comprobar la asociación entre la calidad de servicio como de vida en 172 pacientes Cusqueños. De acuerdo al estudio, este se desarrolló bajo los lineamientos de tipo descriptivo-correlacional en un tiempo en específico. Se utilizó el SERVQUAL (Quality of Emergency Care questionnaire) para valorar la CS de diálisis. En los resultados se identificó que el 62.8% de los pacientes calificaron la CS de diálisis como adecuada; por otro lado, en relación con la calidad de vida, se mostró que el 52.9% de la población consideró como regular. Se halló una conexión positiva débil entre ambas variables ($r = 0.302$). El estudio concluyó que a mayor es la percepción que presentan los pacientes ante una buena calidad de servicio en la atención específicamente en el servicio de diálisis, mayor es la calidad de vida.

El estudio de Tinco (2023) denominada “Calidad de servicio y satisfacción del usuario en el servicio de Telemedicina de una Microred de La Convención – Cusco durante la pandemia COVID-19”, analizó el vínculo que presenta la CS y la satisfacción del usuario en un contexto no presencial. El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo-descriptivo, conformada por 104 usuarios que accedieron al servicio de Telemedicina.

Se observó una marcada puntuación sobre la CS como pésima (54,8%), sin embargo, los resultados expusieron que los usuarios valoraban el servicio de manera regular la satisfacción (51,9%). El análisis estadístico reveló una relación directa y significativa entre la CS y la satisfacción del usuario ($r = 0.748$), lo que indica que una valoración positiva sobre la calidad ofrecido en los servicios de Telemedicina, se asocia con mayores niveles de agrado por parte de los usuarios.

La tesis de Díaz (2023) titulada “Calidad de atención y satisfacción del usuario con cáncer que sigue el procedimiento oncológico en un Hospital Nivel III de Cusco, 2022”, el objetivo fue la identificación de la relación entre la CA y el agrado del usuario. El estudio se ejecutó a partir de un enfoque cuantitativo-correlacional, con una muestra conformada por 207 pacientes. El 56% de los usuarios indicaron que la CA es satisfactoria, mientras que el 36,0% la calificó como regular. Respecto a la satisfacción, el 62,3% la consideró normal y solo el 17,4% presentó una gran satisfacción. El análisis mostró una conexión positiva moderada ambas variables, con un valor de $p = 0,005$ ($p < 0,05$) y una correlación de $rho = 0,542$. Los resultados concluyeron que el agrado del usuario se encuentra condicionado significativamente por la atención que reciben, a mayor calidad de atención, mejor funciona los procesos médicos y el acompañamiento al paciente incrementa la satisfacción en personas con cáncer que reciben tratamiento en hospitales de alta complejidad.

2.2. Marco teórico de la calidad de servicio

2.2.1. Definiciones de Calidad de servicio

En el área de salud, el concepto de la calidad de un servicio, integra más que solo procesos clínicos. Según Gómez y Vinuesa (2025), este abarca la valoración que

los usuarios elaboran sobre diferentes factores las cuales son exploradas mediante aspecto palpables como la infraestructura, y aspectos intangibles como las competencias del personal, la empatía y la comunicación, que influyen directamente con el grado de satisfacción que el paciente experimenta.

Asimismo, se adoptó la definición de Calidad de Servicio de Mini et al. (2025) quienes señalan que la CS se expresa desde una comparativa, por un lado, tenemos lo que desea esperar y por el otro lo que finalmente recibe el paciente, dicho enfoque sigue siendo relevante en estudios actuales en sector salud.

De acuerdo con lo anterior, se comprende que la calidad no es un elemento aislado, por el contrario, interactúa no solo con la valoración subjetiva del paciente, sobre todo cuando este la considera impredecibles, difíciles de manejar o demasiado exigentes, también interactúa con factores que guardan estrecha relación con cambios que ocurren en su bienestar psicológico, en su salud física, el periodo de recuperación y rehabilitación y en sus reacciones emocionales frente a las enfermedades (Angulo y Bellido, 2024).

2.2.2. Calidad del servicio en Psicología-Neuropsicología

En psicología, la calidad sobre un servicio asistencial se define como la capacidad de poder brindar a los pacientes los cuidados y tratamientos necesarios de manera adecuada. De acuerdo a Benítez et al. (2021), la evaluación de este constructo es bidireccional ya que su evaluación puede ejecutarse mediante las consideraciones e interpretaciones de los pacientes como de los profesionales. En este sentido, los psicólogos especialistas, realizan procedimientos basados en la evidencia, con el fin de optimizar las intervenciones y usar los recursos disponibles de forma eficiente,

considerando aspectos como la accesibilidad, seguridad, organización y capacitación continua del personal.

Asimismo, la calidad del servicio que se da en la neuropsicología se basa en la atención durante las evaluaciones y rehabilitación cognitiva, donde se enfoca en cómo los pacientes perciben la atención recibida considerando la claridad de la información, el confort durante las sesiones de evaluación, así como la atención de los profesionales y factores que pueden generar ansiedad o presión, ya que la experiencia del paciente se convierte en pieza clave que permite valorar la calidad de un servicio asistencial en dicho ámbito. (Tucker & Loyal, 2021).

2.2.3. Calidad de servicio en el contexto hospitalario

En un entorno hospitalario, la calidad trasciende la eficacia de una atención y abarca la gestión operativa durante el periodo hospitalario, además de elementos que conforman la experiencia del paciente en el hospital. Al respecto, De la Torre (2025), sostiene que este constructo se manifiesta a través de diversas dimensiones que incluyen factores tangibles como la infraestructura y el equipamiento, así como factores intangibles como la empatía del personal, la comunicación asertiva y el respeto por el usuario.

Diversas investigaciones exponen que una buena apreciación frente a la calidad se asocia con un grado mayor de satisfacción, lo que influye en el compromiso que posee el paciente frente al tratamiento. De acuerdo a Zambrano y Serpa (2025), una percepción positiva del servicio ayuda a que los usuarios cumplan con las indicaciones médicas y valoren más el cuidado que reciben. Por lo tanto, una percepción de baja CS puede provocar insatisfacción y desconfianza hacia el sistema sanitario, lo que a su vez

reduce el compromiso del paciente con su tratamiento y repercutir negativamente en su salud (Braumah et al., 2025).

Por ello, alcanzar el impacto esperado en el sistema de salud, no depende únicamente de procedimientos clínicos o del esfuerzo del personal sanitario, sino que también requiere la capacidad de brindar una atención considerada y responsable a las percepciones y expectativas del paciente. Como lo mencionan Mini et al. (2025), integrar la subjetividad del usuario en la gestión hospitalaria, contribuye a fortalecer la satisfacción del usuario y a construir prácticas profesionales más eficaces y sostenibles en el tiempo.

2.2.4. Expectativa y Percepción del Cliente sobre el Servicio

El dinamismo del sector servicios desempeña un rol importante en la economía contemporánea, generando cambios estructurales que reflejan su expansión en la producción global (Cheng et al., 2025). Este crecimiento ha generado una gran necesidad de fortalecer de forma continua la calidad del servicio, sobre todo en aquellos relacionados con la salud, ya que la CS es condicionado por los juicios de cada cliente, quienes la valoran a partir de diferentes perspectivas (Ahmad, 2024).

De este modo, las expectativas de los pacientes actúan como indicadores para medir si una atención es considerada como óptima. Al respecto Xin et al. (2025), sostienen que los usuarios contrastan sus anticipaciones al recibir la atención con la experiencia real, incidiendo al nivel de agrado y en la percepción general del servicio. Por lo que, es importante que los proveedores comprendan estos elementos para no solo satisfacer las expectativas del cliente o alcanzar los estándares esperados, sino también para fomentar y fortalecer su confianza, lealtad y continuidad del servicio (Danh & Thi, 2025).

2.2.5. Bases teóricas de estudio de la Calidad de servicio

Al respecto, existen diversas teorías y modelos que buscan comprender y cuantificar la percepción y satisfacción de los pacientes. En este campo se destacan los siguientes:

2.2.5.1 Teoría de Evaluación de la calidad

El modelo propuesto por Donabedian (1988), establece un eje fundamental para la medición de la calidad, las cuales se componen de tres dimensiones:

- **La dimensión estructural**, comprende aspectos materiales y el capital humano, las cuales son conocidos como la infraestructura física, los equipamientos médicos y las capacidades de los profesionales.
- **La dimensión del proceso**, esta sostenido en la dinámica entre el personal sanitario y los usuarios, en donde se analiza de manera específica las intervenciones clínicas.
- **La dimensión de resultados**, puntualiza de qué manera las dimensiones anteriores fueron cumplidas, en dicha dimensión se considera los resultados médicos.

Al respecto Rodríguez -Salamanca et al. (2022), indican que la integración de estos dominios permite la creación de marcos conceptuales modernos donde la estructura organizacional y los procesos de cuidado influyen directamente en la vivencia del paciente. Por lo que, la calidad no es un elemento aislado, sino el producto que está en constante ajuste, hasta llegar a ser eficaz entre el contexto hospitalario y la ejecución técnica del personal, siendo un predictor clave para el bienestar del paciente con enfermedades crónicas.

2.2.5.2. Teoría de la Calidad Total

Fundamentada por Deming (1986), establece 14 puntos con el objetivo de fortalecer de manera constante y progresiva la dinámica organizacional. Esta teoría resalta al cliente o usuario como el pilar y centro de la estrategia para ofrecer un servicio de calidad, promoviendo el liderazgo comprometido, la participación de toda la organización, la aplicación de métodos estadísticos y la optimización de la prestación de servicios.

Bajo este enfoque, la optimización de dichos procesos se gestiona mediante una serie de pasos denominado por su sigla en inglés como PHVA, que constituye cuatro etapas fundamentales como, la planificación seguido de la ejecución y la verificación para culminar con la acción, integrándose como un modelo dinámico que permite a las organizaciones de salud, como los centros hospitalarios, estructurar planes de mejora en todos los niveles jerárquicos (Burga y Burga, 2023).

Según estos autores, la Calidad Total, no se limita a la inspección de resultados, sino que exige un liderazgo comprometido que elimine barreras críticas como el miedo organizacional y la falta de capacitación técnica. Al aplicar e integrar métodos estadísticos y promover un propósito constante de innovación, el modelo busca transformar la cultura institucional para garantizar que el servicio de salud no solo sea eficiente, sino que responda genuinamente a las necesidades y expectativas del paciente con enfermedades crónicas.

2.2.6. Modelos de calidad de servicio

2.2.6.1. Modelo de Brechas

El Modelo de Brechas, desarrollado por Parasuraman et al. (1985), constituye el marco del instrumento SERVQUAL. Dicho modelo tiene como cimientos la teoría de la confirmación de expectativas.

En la investigación de Dueñas et al. (2023), ratifican la importancia del modelo para la cuantificación de la calidad mediante la fórmula $C = DP - E$, en donde la Calidad es el resultado del Desempeño Percibido menos las Expectativas.

Bajo este enfoque, el usuario evalúa el servicio a través de cinco discrepancias o en inglés denominadas como gaps. Mientras que las primeras cuatro brechas corresponden a deficiencias en la gestión interna de la organización (comunicación, diseño de estándares y prestación), la quinta brecha representa el núcleo de la percepción del cliente, pues evidencia la diferencia de lo esperado por el paciente y lo que realmente experimentó (Dueñas et al., 2023).

2.2.6.2. Modelo SERVQUAL

Este modelo fue propuesto originalmente por Parasuraman et al. (1985), el cual es utilizada como la herramienta psicométrica estándar para determinar las discrepancias entre lo que el usuario espera y lo que percibe al recibirlo. Dicho modelo abarca cinco dimensiones esenciales, entre los cuales se encuentra: la fiabilidad frente al servicio, la capacidad de las respuestas, así como la seguridad sobre las competencias de los profesionales, la empatía hacia los pacientes y finalmente los elementos tangibles.

Según Carrasco (2023), la aplicabilidad de dicho modelo en contextos hospitalarios ofrece ventajas competitivas, ya que permite adaptar el cuestionario de 44 ítems a la realidad específica de cada institución médica. Este estudio evidencia que el SERVQUAL continúa siendo la herramienta dominante para transformar las opiniones subjetivas de los pacientes en datos cuantitativos, facilitando el diseño de planes de mejora que reduzcan la brecha asistencial y fortalezcan el bienestar del usuario con enfermedades crónicas.

Este modelo, ha logrado optimizar la atención y ha demostrado una alta capacidad para identificar estas discrepancias. Además, el modelo ha evolucionado con el tiempo para adaptarse mejor a las necesidades cambiantes.

Figura 1

Modelo SERVQUAL



Nota. Adaptado de Parasuraman et al. (1988).

2.2.6.3. Otros modelos actuales

El modelo de Saravanan y Rao (2007), denominado el Modelo de los Factores Críticos, identificó seis factores los cuales, permiten aproximar la evaluación de la calidad, incluyen: aspectos humanos del ofrecimiento de servicios, el servicio principal,

la responsabilidad comunitaria, la sistematización en la prestación de servicios, los tangibles del servicio y el marketing de servicios.

Un estudio reciente de Siavichay et al. (2023), sostienen que medir la calidad de servicio mediante Modelos Estructurados, favorece la comprensión que surge de las expectativas y las percepciones de los usuarios, este resultado se convierte en uno de los métodos mayor empleados, convirtiéndose en el auge de investigaciones sobre instrumentos de evaluación de calidad de servicio.

2.3. Marco teórico del Estrés percibido

2.3.1. *Definición del Estrés Percibido*

De acuerdo con Pérez Briones et al. (2024), el estrés percibido se define como un proceso de valoración cognitiva que posee un individuo y el cual otorga un significado particular a las diferentes demandas del entorno, esta definición nos acerca a comprender del porque una misma situación genera diversas respuestas entre los individuos, subrayando que la respuesta depende de la interpretación personal del estresor sobre la naturaleza objetiva.

2.3.2. *Estrés y su relación con la enfermedad crónica*

Independientemente de la naturaleza del factor estresante o de la perspectiva personal, los cambios biológicos y fisiológicos provocados por el estrés, impactan especialmente en los sistemas neuroendocrino y circulatorio. En concordancia O'Connor et al. (2021), señalan que estos procesos son parte importante de la respuesta del organismo frente al estrés, donde los procesos psicobiológicos indican que estos sistemas tienen un papel importante en cómo el cuerpo reacciona de forma adaptativa o falla en hacerlo bajo estrés.

Por otra parte, Gutiérrez et al. (2025), indican que la acumulación de estrés tiene efectos significativos sobre la salud, debido a que una prolongada y progresiva exposición de niveles altos de cortisol, impacta en la desregular el eje hipotálamo-pituitario-adrenal y contribuir a una alteración del equilibrio inmunológico, debilitando la respuesta inmunitaria y promoviendo estados inflamatorios crónicos y mayor vulnerabilidad a enfermedades.

2.3.3. Estrés percibido en pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas pueden provocar una significativa carga emocional que suele estar relacionadas con grados altos de estrés, ansiedad y depresión. Salah et al. (2023), dan a conocer que los pacientes enfrentan de forma habitual las dificultades y demandas del manejo de su condición, lo que afecta su bienestar psicológico y su rutina de atención médica.

Basándose en el anterior párrafo, el estrés de tipo crónica origina efectos perjudiciales en la salud afectiva y sobre todo emocional de los usuarios, ya que incluye un mayor riesgo de desarrollar trastornos psicológicos, como las sintomatologías de ansiedad y depresión, además de un empeoramiento en el funcionamiento general (Sosa et al., 2025).

En el contexto hospitalario, el estrés que se experimenta puede originarse por diversos factores, como la incertidumbre frente al diagnóstico y pronóstico, así como el dolor físico y el malestar asociado con el tratamiento, debido a la carencia de una atención adecuada por parte del personal y la propia experiencia de estar internado (Gerges et al., 2023).

Calistus et al. (2024), señalan que los factores psicosociales se ven críticamente comprometidos por el estrés. Esta vulnerabilidad surge de las preocupaciones relacionadas con su estabilidad económica derivados de los costos del tratamiento, la incapacidad de poder trabajar y las tensiones en las relaciones familiares o sociales, las cuales se ven afectadas por la carga emocional del malestar prolongado

El estrés que perciben los pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas, y la exposición continua a estímulos estresante, puede generar efectos dañinos en su bienestar emocional y fisiológico, así como dificultar su capacidad para afrontar los malestares y seguir las recomendaciones del tratamiento (Jane et al., 2023).

2.3.4. Tipos de estrés y factores inmunológicos

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, el estrés puede comprenderse desde diversas perspectivas, en donde la duración es uno de los criterios de tipificación más empleados en la literatura científica. Al respecto, Alotiby (2024) indica que el estrés agudo se caracteriza por la activación del eje simpático adrenomedular (SAM), y de esta manera adicional el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA), liberando hormonas como el cortisol, conduciendo a una mejora temporal de la función inmune, también denominado "respuesta inmune inducida por estrés", preparando al cuerpo ante posibles infecciones y amenazas externas.

Por el contrario, el estrés crónico se experimenta durante un periodo prolongado (semanas, meses o años) y se asocia con alteraciones emocionales, fisiológicas e inmunológicas, provocando un estado de inflamación sistémica. De acuerdo a Chu et al. (2024), destacan que el impacto constante de estas exposiciones puede comprometer la condición de la salud, acelerar enfermedades ya diagnosticadas por el personal médico

como enfermedades cardiovasculares, así como afecciones mentales como la ansiedad y depresión

No obstante, Balcerowska y Kwaśnik (2025), subraya que el estrés agudo puede mejorar temporalmente la actividad de las células inmunitarias mientras que el estrés crónico puede desregular el sistema inmunitario. Por otra parte, advierte que esta respuesta al estrés varía según factores individuales como sexo, genética y comorbilidades.

2.3.5. Adaptación psicológica y afrontamiento

La adaptación psicológica frente a una enfermedad crónica, se comprende como un proceso dinámico de afrontamiento. Dekker (2024), indica que pacientes con condiciones como el cáncer, diabetes o enfermedades cardiovasculares emplean estrategias cognitivas, conductuales y emocionales para gestionar los desafíos físicos y emocionales. De esta manera, la capacidad de afrontamiento depende en gran medida de sus recursos personales, como la resiliencia, la autoestima y otras competencias psicológicas, las cuales tienen una influencia en cómo se evalúa y se responde a los eventos estresantes (Condori, 2023).

2.3.6. Bases teóricas del Estrés percibido

2.3.6.1. Teoría de la Carga Alostática

De acuerdo a McEwen y Wingfield (2003), describe el proceso de alostasis, como un mecanismo donde el organismo mantiene una estabilidad interna (homeostasis) en respuesta a las diferentes demandas. No obstante, cuando el organismo experimenta situaciones adversas, como una hospitalización prolongada, agotan los recursos energéticos del paciente, por lo que se provoca el fenómeno de la carga

alostática. Esta se manifiesta como el desgaste y deterioro fisiológico acumulado que afectan a los diferentes sistemas biológicos del paciente (Word et al. 2022).

2.3.6.2. Teoría de la Respuesta al Estrés o Síndrome de Adaptación

General

Hans Selye (1956), postuló que el estrés se origina de un proceso fisiológico que ocurre en el organismo frente a situaciones que amenazan su equilibrio interno. Sus estudios mostraron que el estrés se dividía en tres fases:

- **La reacción de alarma:** El cuerpo al identificar un estímulo estresante activa los mecanismos de defensa.
- **La fase de resistencia:** El organismo experimenta un estado de adaptación ante un constante estímulo estresor.
- **La fase de agotamiento:** Fase que se caracteriza por el deterioro en la salud.

En la actualidad, este modelo permite comprender cómo el estrés crónico precipita crisis en cuadros de morbilidad persistente (Szabo et al., 2017).

2.3.6.3. Teoría de Demanda – Control

Esta teoría desarrollada inicialmente por Karasek (1979), y luego expandido por Karasek y Theorell (1990), aportaron una base explicativa sobre el desajuste que existe entre las demandas del ambiente con la capacidad de control que tiene el individuo, no es generado únicamente por altas exigencias. Como señalan Cornejo y Tejada (2025), el estrés crítico surge de un desequilibrio donde las demandas, considerado por las exigencias físicas o emocionales de la enfermedad, son altas y el control, entendido por la capacidad de decisión del paciente es reducido, situándolo en un escenario de alta tensión que incrementa el riesgo de distrés.

2.3.6.4. Modelo Transaccional y de afrontamiento

Teoría inicialmente planteada por Lazarus y Folkman (1984), formularon al estrés como un proceso psicológico activo donde el sujeto evalúa su entorno como una amenaza. Bajo esta perspectiva, Martínez (2022) reafirma que el estrés es un vínculo entre el sujeto y su entorno. Por ellos, el estrés es comprendido como un vínculo relacional en el que el individuo califica su situación como amenaza o un desafío que sobrepasa sus capacidades, poniendo en riesgo su equilibrio psicosocial.

2.4. Marco Teórico de la Percepción de la enfermedad

2.4.1. Definición de la Percepción de la enfermedad

De acuerdo a Chávez et al. (2022), la consideración de la propia enfermedad, es un constructo que integra tanto la dimensión cognitiva como emocional; mientras que, en la primera el paciente analiza la enfermedad considerando sus consecuencias, duración, identidad y el nivel de control empleado. La segunda dimensión engloba la experiencia de sensaciones, conciencia y comprensión sobre su condición.

2.4.2. Percepción de la enfermedad y su impacto en la salud y bienestar

Para Xin et al. (2023), la PE constituye la interpretación subjetiva que el paciente interpreta y asigna significado a su condición de salud, desarrollando representaciones cognitivas y emocionales sobre aspectos de la identidad, las causas, la duración, las consecuencias y el control de su enfermedad, donde dichas representaciones guían a sus respuestas emocionales y comportamientos de afrontamiento frente a esta condición. Estas representaciones incluyen la identidad de la enfermedad (¿Qué es la enfermedad?), las causas (¿Por qué ocurrió?), las consecuencias (¿Qué efectos tiene?) y las medidas de control (¿Cómo se puede manejar?).

La percepción de la enfermedad se desarrolla como un proceso dinámico y multifacético que puede fluctuar según factores individuales, contextuales y culturales, donde los pacientes pueden percibir su enfermedad de forma diferente dependiendo de su gravedad, cronicidad, impacto en la vida diaria y experiencias previas con su malestar y el sistema de salud (Singh y Rejeb, 2024).

Por ejemplo, puede darse el caso de que un paciente con diabetes perciba su condición como una amenaza grave que afecta su bienestar y calidad de vida, mientras que otros pueden tener una percepción más favorable y menos angustiante basada en su experiencia con el manejo de la enfermedad y su autocuidado (Gosak & Stiglic, 2023).

Por su parte Zheng et al. (2025), señalan que una percepción de la propia enfermedad presenta implicaciones críticas que afectan al bienestar de los pacientes con enfermedades crónicas, una percepción más negativa o amenazante de la enfermedad, incide en una deficiente calidad de vida. Esta asociación se ve altamente reflejada en la toma de decisiones durante el tratamiento y en su gestión general.

De acuerdo con lo anterior, es crucial subrayar cómo la enfermedad impacta el bienestar, la cual se convierte en una limitación para su recuperación clínica. Como indican Zou et al. (2024), el quiebre durante la asistencia hospitalaria, radica en la incapacidad para buscar apoyo en sus redes más próximas, así como también en el personal médico y asistencial. Por otra parte, Minjie et al. (2024), establecen que las percepciones erróneas sobre la condición de salud se vinculan con un desgaste en el bienestar integral, las cuales se manifiestan por medio de síntomas emocionales y comportamientos de afrontamiento que median la conexión entre cómo los pacientes perciben su enfermedad y su bienestar general.

2.4.3. Relación entre calidad de servicio, estrés percibido y percepción de la enfermedad

La CS, el EP y la PE son factores interrelacionados que influyen en cómo los pacientes con enfermedades crónicas experimentan su atención hospitalaria, afectando no sólo la satisfacción sino también los resultados relacionados con la salud. De acuerdo con Zhang et al. (2024), las interpretaciones subjetivas entre el estrés y la patología son las responsables de generar variables mediadoras, las cuales actúan como indicadores de medición.

Según un estudio de Moawiah y Rayid (2023), demuestran que el contenido de los usuarios tras recibir una buena atención, está estrechamente vinculada por una comunicación clara y un adecuado soporte. Estas acciones estimulan la construcción de percepciones positivas sobre la enfermedad y la reducción del estrés percibido, no obstante, una baja CS, caracterizada por la carencia de empatía por parte del personal médico, comunicación deficiente, además de un limitado acceso a los recursos médicos e insuficiente soporte puede aumentar la percepción de la enfermedad como una carga abrumadora y generar un mayor estrés en los pacientes.

Además, se hallaron que las creencias personales son determinantes para una interpretación sobre la condición de los pacientes crónicos, esto indica que los usuarios presentan una opinión sobre la atención sanitaria recibida en base a sus experiencias previas (Zheng et al., 2025).

De acuerdo a los hallazgos de Moawiah y Rayid (2023), exponen una relación intrínseca entre la percepción sobre la propia enfermedad y una atención de calidad. Por ello, las percepciones más negativas sobre la condición de salud reportar menor satisfacción con la calidad de los cuidados recibidos, lo que sugiere que el estrés y la

interpretación de la enfermedad pueden afectar tanto la evaluación personal de la atención como la experiencia emocional de la enfermedad.

2.4.4. Bases teóricas

2.4.4.1. Teoría de las Representaciones de la Enfermedad

Denominado también en muchas investigaciones como el modelo de Sentido Común, desarrollado originalmente por Howard Leventhal y expandido por diferentes estudios como el de Redondo-Mejía y Solano-Fabrega (2023), quienes sostienen que dicha teoría centra al individuo como un agente dinámico que construye representaciones tanto cognitivas como emocionales, y con ello dar significado a la vulnerabilidad de su salud. Dicha representación está compuesta por cinco pilares fundamentales: identidad (síntomas), causa percibida, cronología (duración), consecuencias (impacto) y control/cura. Estas representaciones determinan directamente la conducta sobre la salud, además de influir en las estrategias de afrontamiento del paciente.

Demateis et al. (2024), ante una patología, el organismo activa una respuesta autorregulatoria que opera en tres niveles: neuroinmunoendócrino, emocional (ansiedad, irritabilidad, rumiación) y de afrontamiento (estrategias deliberadas para manejar la crisis). La teoría indica que, una representación desajustada o catastrófica impide la incorporación de nueva información médica y eleva el estrés percibido, mientras que un esquema cognitivo preciso facilita la toma de decisiones flexibles y una mejor adherencia al tratamiento hospitalario.

2.4.4.2. Modelo de Creencias sobre la Salud

Propuesto inicialmente por Rosenstock (1977), plantea que la percepción ante la amenaza del malestar, la valoración de los beneficios, así como las limitaciones para la ejecución van a ser un determinante para la construcción de conductas hacia la salud.

Estudios refuerzan estas bases, señalando que esta teoría nos ayuda a comprender comportamiento del paciente mediante una evaluación cognitiva sobre la enfermedad y, por otro lado, la percepción que se consolida mediante las prestaciones asistenciales (Rodrigues et al., 2025).

Según García-Rosas (2022), este modelo se fundamenta en la capacidad del sujeto para procesar información y decidir si el esfuerzo de una acción preventiva o correctiva son consideradas como aceptables en función a cuatro dimensiones, las cuales incluye la percepción frente a la susceptibilidad, la severidad, los beneficios y las barreras.

2.5. Hospitales Militares y sus particularidades frente a otras instituciones civiles

Los hospitales militares presentan particularidades significativas frente a hospitales civiles, las cuales son derivados principalmente en su estructura organizacional. De acuerdo a Inácio et, al (2025), los entornos militares están condicionados por factores, como la rigidez jerárquica y la operatividad frente a situaciones de conflicto o alta criticidad; los cuales, al no ser gestionados, pueden intensificar los problemas entre el personal médico y alterar la percepción del clima laboral. No obstante, a diferencia de instituciones públicas civiles, el sistema militar posee modelos de liderazgo que permiten mitigar dichas problemáticas, favoreciendo la capacidad de respuesta antes situaciones de conflicto.

De acuerdo con el informe del MINSA (2024), la calidad del servicio en el sector civil muestra carencias logísticas y en la gestión de tiempo de atención, además de una fragmentación operativa que dependen de procesos administrativos externos como el Centro Nacional de Planteamiento Estrategico (CEPLAN). Lo expuesto

evidencia un contraste con el Hospital Militar Central, donde la organización es un pilar importante.

2.6. Definición de Términos Básicos

Servicio

Como lo expone Álvarez (2024), el término “servicio” se entiende como un conjunto de actividades y beneficios intangibles proporcionados por profesionales u organizaciones para atender, prevenir, curar o rehabilitar las necesidades de una persona. La interacción entre los usuarios y los proveedores, comprenden un factor muy importante junto con los recursos tangibles como infraestructura y equipamiento.

Calidad

Para Pruteanu et al. (2025) la calidad es el nivel de agrado que presentan los servicios cuando este alcanza resultados óptimos. Esta perspectiva se alinea con la definición de la RAE (2024), institución que la define como un conjunto de atributos, que ayudan en la valoración sobre la excelencia de un servicio.

Estrés

El estrés se describe como una respuesta natural del cuerpo ante desafíos o cambios, los cuales ayudan a adaptarse, aunque si se da de forma intensa o prolongada puede afectar la salud y generar enfermedades (Pereira & Umeoka, 2024).

Harvey et al. (2024), señalaron al estrés como un fenómeno que va más allá de lo fisiológico, y comprende la cognición, así mismo indican que impacta de manera adversa muchos aspectos de la vida, las cuales son originados por pensamientos negativos y la forma de afrontarlo, por ello, se debe analizar cómo las personas manejan estas situaciones.

Percepción

La percepción es entendida como un proceso cognitivo activo, donde la información sensorial es organizada e interpretada para construir una representación significativa de la realidad, influyendo de manera fundamental en cómo los individuos experimentan, evalúan y responden a su entorno (Thórisson et al., 2024).

Calidad de Servicio

De acuerdo a Hernández (2025), la calidad es la capacidad de cumplir con las expectativas que el usuario postula de un servicio determinado, cumpliendo con los criterios necesarios como la eficiencia, seguridad y la atención den como resultado el agrado máximo experimentado por todos los usuarios.

Enfermedad

La enfermedad es una alteración o condición anormal que daña la estructura o el funcionamiento de una parte en específico o también de todo el cuerpo, lo que generalmente está asociado a síntomas o signos las cuales son descritos como fuera del parámetro de la normalidad, impactando con la condición de la propia salud y deteriore el organismo (Gonzales et al., 2025).

Enfermedad aguda

La enfermedad aguda se refiere por la aparición repentina de síntomas intensos, con una evolución rápida y de corta duración, además, se puede manifestar de forma severa en sus inicios y progresa con rapidez, al mismo tiempo, suele ser fácilmente identificable y diagnosticable, donde este tipo de enfermedad requiere atención inmediata debido a su curso acelerado (Jiménez, 2022).

Enfermedad crónica

Las enfermedades crónicas se definen como una condición de salud que duran mucho tiempo, generalmente avanzan de manera lenta y necesitan atención médica

continua que este adaptada a la vida de los pacientes, este tipo de enfermedades afectan al bienestar general, el área emocional y la relación del usuario con su entorno (Yu, 2025).

Atención Médica

La atención médica se denomina así debido al conjunto articulado de servicios y acciones brindada por profesionales que pertenecen al área de salud, que presentan diversos objetivos como, el prevenir, así como diagnosticar, tratar y poder controlar las enfermedades, la cual se da con el fin fortalecer la integridad la salud de las personas (Clínica Universitaria de Navarra, 2025).

Satisfacción del cliente

Dentro del área de la salud, la satisfacción se refleja cuando un servicio supera las expectativas del cliente. Como lo señala Quinquin (2023), para determinar si un cliente percibe satisfacción frente a un servicio, es importante considerar indicadores los cuales son considerados como determinantes críticos, entre los cuales destaca el conocimiento y habilidades que presentan los profesionales y el acceso a los recursos médicos.

Estrés Hospitalario

El estrés hospitalario se basa en las reacciones físicas, emocionales y mentales que un sujeto experimenta durante su hospitalización, donde este estrés suele estar vinculado a factores como la incertidumbre, la separación del entorno familiar o la sensación de pérdida de control, afectando negativamente tanto el bienestar psicológico del paciente como su recuperación (Ford et al., 2023).

Expectativas del paciente

Las expectativas del paciente se definen en base a juicios previos que el individuo posee al momento de elegir o solicitar un servicio de salud. De acuerdo a Xin

et al. (2025), estas consideraciones se ven influenciadas por diversos factores como, las experiencias anteriores, la información recibida y el contexto social que lo rodea.

Dichos factores ayudan a crear un punto de medición de la calidad, en donde la vivencia anterior del paciente juega un rol importante en las demandas durante el periodo de atención.

Atención centrada en el paciente

Una atención centrada en el paciente, considera al paciente como un participante activo, respetando sus necesidades, valores, preferencias y el contexto personal al tomar decisiones clínicas, donde su finalidad es fomentar una relación terapéutica, teniendo como pilar fundamental, la comunicación, empatía, escucha activa y el respeto (Guzmán et al., 2022).

Capítulo III

Hipótesis y variables

3.1. Hipótesis

3.1.1. *Hipótesis General*

- **H_i**: Existe relación entre la calidad de servicio, el estrés percibido y la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024.
- **H₀**: No existe relación entre la calidad de servicio, el estrés percibido y la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024.

3.1.2. *Hipótesis específicas*

Primera Hipótesis Específica

- **H₁**: Existe relación de las dimensiones de la calidad de servicio (elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y comprensión empática) con las dimensiones de la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024
- **H₀**: No existen relación de las dimensiones de la calidad de servicio (elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y comprensión empática) con las dimensiones de la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024.

Segunda Hipótesis Específica

- **H₂**: Existe relación de las dimensiones del estrés percibido (capacidad de afrontamiento y valoración cognitiva) con las dimensiones de la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024.
- **H₀**: No existen relación de las dimensiones del estrés percibido (capacidad de afrontamiento y valoración cognitiva) con las dimensiones de la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024.

Tercera Hipótesis Específica

- **H₃**: Existen diferencias en los grupos de género, edad y nivel económico respecto a la percepción de la enfermedad en pacientes con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024.
- **H₀**: No existen diferencias en los grupos de género, edad y nivel económico respecto a la percepción de la enfermedad en pacientes con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024.

Tabla 1

Operacionalización de hipótesis

Hipótesis	Operacionalización
H_i	H ₁ : $r_{xyz} \neq 0$ H ₀ : $r_{xyz} = 0$
H₁	H ₁ : $r_{x1x2x3x4x5z} \neq 0$ H ₀ : $r_{x1x2x3x4x5z} = 0$
H₂	H ₂ : $r_{y1y2z} \neq 0$ H ₀ : $r_{y1y2z} = 0$
H₃	H ₃ : $\mu Z_{,i} \neq \mu Z_{,j}$ H ₀ : $\mu Z_{,i} = \mu Z_{,j}$

En donde:**x: calidad de servicio**x₁: Elementos Tangiblesx₂: Fiabilidadx₃: Capacidad de Respuestax₄: Seguridadx₅: Comprensión Empática**y: Estrés percibido**y₁: Capacidad de Afrontamientoy₂: Valoración Cognitiva**z: Percepción de la enfermedad**z₁: Identidadz₂: Causaz₃: Temporalidadz₄: Consecuenciasz₅: Cura-Control**Variables Sociodemográficas****S: Sexo**μ_{S1}: Femeninoμ_{S2}: Masculino**E: Edad**μ_{E2}: 18-30 (i)μ_{E3}: 31-50 (i)μ_{E4}: 51-70 (i)μ_{E5}: 71-90 (i)μ_{E6}: >90 (i)**NE: Nivel Económico**μ_{NE1}: < mil soles (i)μ_{NE2}: 1-2 mil soles (i)μ_{NE3}: 2-4 mil soles (i)μ_{NE4}: >4 mil soles (i)**3.2. Operacionalización de Variables**

Tabla 2*Operacionalización de variables*

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA DE RESPUESTA
Calidad de servicio	Grado de discrepancia entre las expectativas y percepciones que posee el usuario frente a una prestación. Se basa en el modelo multidimensional que evalúa aspectos tangibles y procesos de entrega del servicio (Parasuraman et al., 1988; Carrasco, 2023).	Grado de satisfacción respecto al trato recibido. Este se calcula mediante la diferencia entre las puntuaciones de percepción y expectativa.	Elementos Tangibles Fiabilidad Capacidad de Respuesta Seguridad Empatía	Apariencia de las instalaciones físicas Equipos y materiales modernos Cumplimiento de promesas a tiempo Disposición de ayuda rápida Comunicación del tiempo de servicio Amabilidad y conocimientos del personal. Atención individualizada	1,2,3,4,5 6,7,8,9 10,11,12,13,14 15.16.17.18 19.20.21.22	Escala Likert: 1 = Totalmente en desacuerdo 2 = En desacuerdo 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4 = De acuerdo 5 = Totalmente de acuerdo Insatisfacción (Nivel Bajo): (Q < 0) Satisfacción (Nivel Medio): (Q = 0) Calidad Superior (Nivel Alto): (Q > 0)
Estrés percibido	Producto que resulta de la dinámica entre las demandas del entorno y los recursos de afrontamiento (Cohen et al., 1983; Cornejo & Tejada, 2025).	Nivel de estrés que experimenta un individuo. Se obtiene mediante la sumatoria de la escala compuesta por 10 ítems.	Capacidad de afrontamiento Valoración cognitiva	Irritabilidad Descontrol Sobrecarga Autoeficacia Resolución de problemas Control de emociones	1,2,3,6,9 y 10 4*,5*,7* y 8*	Escala Likert: 0=nunca, 1=raramente, 2=a veces, 3=frecuentemente, 4=muy a menudo. Estrés bajo: 0– 13 Estrés medio: 14-26 Estrés alto: 27-40
Percepción de la Enfermedad	Proceso cognitivo y afectivo mediante el cual el paciente construye un esquema a su patología (Leventhal et al., 1980; Demateis et al., 2024).	Grado de representación cognitiva y emocional que el paciente construye a través de las puntuaciones	Identidad	Síntomas asociados a la enfermedad	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13	Nominal: SI-NO Escala Likert: 1 = Totalmente en desacuerdo 2 = En desacuerdo

obtenidas en el
Cuestionario
mediante 9
dimensiones.

Duración	Permanencia en el tiempo	1,2,3,4,5,18	3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4 = De acuerdo 5 = Totalmente de acuerdo
Consecuencias	Impacto en la autonomía personal	6,7,8,9,10,11	Bajo (Puntaje < percentil 33), Medio (Percentil 33-66) y Alto (Percentil > 66).
Control personal	Creencia en la capacidad de automanejo	12,13,14,15,16,17	
Control del tratamiento	Confianza en la eficacia de la atención médica	19,20,21,22,23	
Coherencia de la enfermedad	Claridad cognitiva sobre la patología	24,25,26,27,28	
Ciclos de la enfermedad	síntomas son impredecibles	29,30,31,32	
Representación emocional	Presencia de carga afectiva negativa	33,34,35,36,37,38	
Causas	Atribución de la enfermedad a factores específicos	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18	

Capítulo IV

Marco Metodológico

4.1. Tipo y Enfoque de Investigación

La presente investigación, responde a un enfoque cuantitativo. De acuerdo con Hernández y Mendoza (2018), señala que un estudio con dicho enfoque se fundamenta en la recogida y el análisis de datos numéricos para explicar la relación entre fenómenos, lo cual permitió obtener resultados objetivos y generalizables a partir de una muestra representativa. En este estudio, se cuantificaron los niveles de la calidad de servicio, estrés percibido y percepción de la enfermedad para su posterior análisis estadístico.

En cuanto al tipo de investigación se establece que es básica, de acuerdo a Sánchez y Reyes (2017), la finalidad del estudio es la amplificación de conocimientos científicos existentes, fortaleciendo las bases teóricas para futuras intervenciones. Asimismo, es descriptivo correlacional, debido a que se detalla y se analiza cada variable, de esta manera determinar la existencia de una relación entre las dimensiones de la Calidad de Servicio y Estrés Percibido con la Percepción de la Enfermedad.

Además, posee un matiz comparativo al contrastar la variable Percepción de la Enfermedad con respecto a las características sociodemográficas de población estudiada.

4.2. Diseño de Investigación

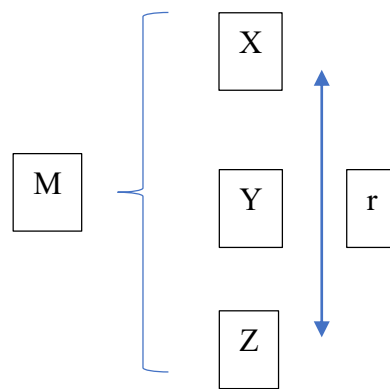
Se optó por un diseño no experimental, dado que las variables fueron observadas en su estado natural, sin manipulación por parte la de investigadora. Asimismo, es de corte transversal, puesto que el levantamiento de los datos y la medición de las variables se realizaron en un período de tiempo único (Hernández y Mendoza (2018)). Con respecto al alcance, es una investigación de alcance correlacional múltiple, puesto que no se limita a relacionar dos variables, sino que busca entender como las dimensiones de la Calidad de

Servicio y el estrés Percibido se asociación con la Percepción de la Enfermedad. Este diseño permite describir vinculaciones entre diversos conceptos o categorías para explicar cómo se comportan conjuntamente Hernández y Mendoza (2018).

El diseño que se tiene es el siguiente:

Figura 2

Diseño de la investigación



Donde:

M = muestra

X = Calidad de Servicio

Y = Estrés percibido

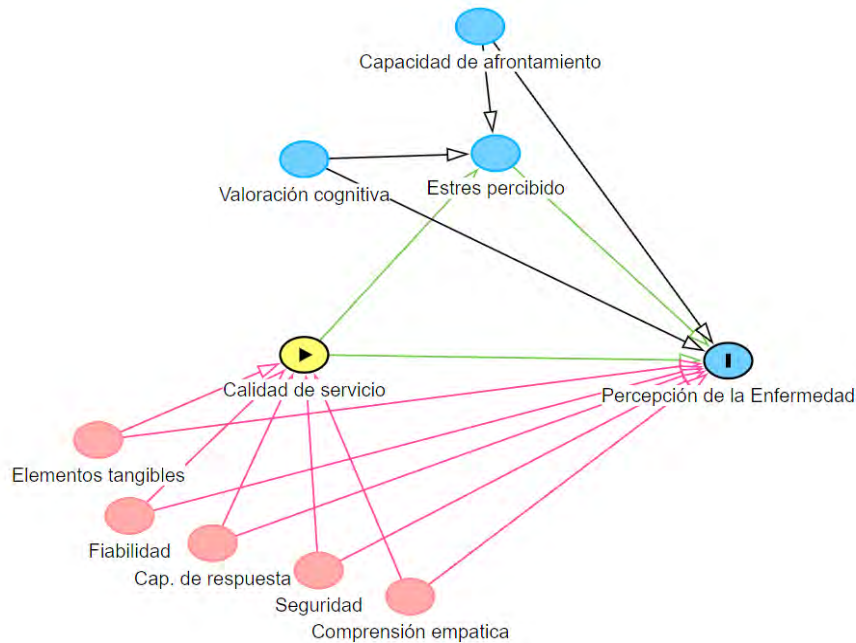
Z = Percepción de la enfermedad

r = relación entre las variables

Para una mejor visualización de las variables de la investigación se presenta el esquema de interacción de las variables mediante la Red de Correlaciones.

Figura 3

Red de correlaciones



Nota. La figura representa las interrelaciones entre las dimensiones de estudio realizado con el software RStudio.

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población

Como lo señalan Sánchez y Reyes (2015), la población es aquel conjunto totalitario de individuos que comparten particularidades y sobre la cual el investigador busca hacer inferencias. Por consiguiente, el presente estudio presenta una población conformada por pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas registrados en el Hospital Militar Central de Lima. Debido a que no se cuenta con un registro nominal consolidado y que la rotación de

altas y egresos es constante, se tomó como referencia los registros de flujo de pacientes detallados en los *Informes Memoria de Prácticas Pre-Profesionales I y II* de la investigadora durante el periodo de internado en dicha institución en el mismo año en la cual se recogieron los datos. Según estos antecedentes, el flujo promedio de pacientes crónicos en los servicios de Neuropsicología, Nefrología, Oncología, Ginecología, Traumatología, Cardiología y Gastroenterología está conformada por 140 pacientes.

4.3.2. Características de la población

Tabla 3

Distribución de la población según sexo

Sexo	F	%
Femenino	38	27.14
Masculino	102	72.86
Total	140	100

Nota. Esta distribución está en función al base de datos obtenida en el Informe de Practicas Pre Profesionales en donde se registra que dentro de los informes indican tener antecedente de enfermedad crónica.

4.3.3. Muestra

Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{Nz^2pq}{(N - 1)e^2 + z^2pq}$$

Donde:

n= muestra,

Z= nivel de confianza,

p = probabilidad de éxito,
 q = probabilidad de fracaso,
 N = Tamaño de la población,
 e = nivel de error.

Los valores son:

$N = 140$
 $Z = 95\% = 1.96$
 $p = 50\%$
 $q = 50\%$
 $e = 5\%$

Reemplazando los datos:

$$n = \frac{140 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(140 - 1) \cdot 0.05^2 + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = \frac{134.456}{0.3475 + 0.9604}$$

$$n = 102.8$$

Por lo tanto, se obtuvo una muestra equivalente a 103 pacientes con enfermedad crónica para la ejecución del presente estudio.

4.3.4. Diseño Muestral

Para el procesamiento muestral se consideró el no probabilístico por conveniencia. Como menciona Otzen y Manterola (2017), el muestreo por conveniencia admite aquellos casos en los cuales presentan una aproximación con el investigador y una accesibilidad conveniente. De esta manera, se optó por este diseño debido que la selección de los participantes dependió de la disponibilidad de los pacientes dentro de los servicios al momento de la visita y de su disposición voluntaria para la participación. Es importante resaltar que tras aplicar los criterios de inclusión como de exclusión, se ejecutó el estudio con

una muestra de 100 pacientes en total, debido a la exclusión de tres participantes cuyos cuestionarios quedaron incompletas tras intervenciones médicas recurrentes, lo cual impedían la correcta interpretación y análisis de los resultados.

4.3.5. Criterios de inclusión

- Pacientes hospitalizados y con alguna enfermedad crónicas.
- Pacientes con adecuada comunicación para comprender y proporcionar respuestas precisas, esto incluye hablar el idioma español.
- Pacientes que estén de acuerdo con la investigación y acepten el consentimiento del estudio.

4.3.6. Criterios de exclusión

- Pacientes que no presentan alguna enfermedad crónica.
- Pacientes que tengan alguna enfermedad mentalmente inestable que les impida responder la prueba.
- Pacientes con alguna limitación para comunicarse.
- Pacientes que no estén de acuerdo con participar en el trabajo.

4.3.7. Caracterización de la Muestra

Una vez empleado el procedimiento correspondiente para la correcta selección de la muestra, y aplicar los filtros de inclusión y exclusión, la muestra final se constituyó por 100 participantes. A continuación, se detalla las características sociodemográficas más resaltantes para el estudio.

Tabla 4*Características de la muestra según sexo, edad y rango militar*

		Total	
		N	%
Sexo	Masculino	85	85.0
	Femenino	15	15.0
	Total	100	100
Edad	18-25 años	19	19.0
	26-44 años	24	24.0
	45-60 años	34	34.0
	>60 años	23	23.0
	Total	100	100
Rango Militar	Ninguno	14	14.0
	Oficial	22	22.0
	Personal de Tropa (soldados)	14	14.0
	Suboficial /Técnico / Supervisor	50	50.0
	Total	100	100

Nota. Datos obtenidos de la aplicación de la ficha sociodemográfica ala muestra de estudio (n=100) en el Hospital Militar Central.

En la tabla 4 se describen las características sociodemográficas de la muestra de estudio. En relación con la variable sexo, se observa una predominancia del género masculino con un 85% frente a un 15% al género femenino. Respecto a la edad, el grupo etario con mayor representación con el 34 % está comprendido entre los 45 a 60 años, seguido por el rango de 26 a 44 años (24%).

En cuanto a rango militar el 50% de la muestra pertenecen al cuerpo de suboficial, técnico o supervisor, mientras que un 22% presenta el rango de oficial, asimismo, 14% representa al personal de tropa y personal civil respectivamente.

4.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

4.4.1. Técnica de recolección de Datos

Para dar continuidad con la investigación, como lo señalan Ato et al., 2013; Fontes de Gracia (2001) se procede a la aplicación de cuestionarios estandarizados hacia un grupo específico de personas. Para el cumplimiento del mismo, se opta por la técnica de la encuesta, debido a su capacidad para obtener una información más precisa sobre las opiniones e indicadores de la calidad, el estado afectivo y los patrones comportamentales en relación con el fenómeno de la investigación. Los instrumentos fueron seleccionados y adaptados minuciosamente, subrayando la claridad y la relevancia de las preguntas, así como la representatividad de la muestra seleccionada (Fontes de Gracia, 2001). Debido a que se cumplieron rigurosamente con lo establecido, se asegura la validez de los resultados.

4.4.2. Instrumentos de recolección de Datos

4.4.2.1. Cuestionario de Calidad de Servicio (SERVQUAL)

La valoración de la calidad percibida se comprendió mediante el SERVQUAL, cuestionario que permite estudiar y analizar la calidad del servicio, a través de cinco componentes que comprende: aspectos de fiabilidad, la capacidad de respuesta, la tangibilidad, la seguridad y la empatía (Parasuraman et al., 1988). EL instrumento se enfoca en la medición de las discrepancias entre las expectativas que son trazadas por los pacientes antes de hacer uso del servicio y la opinión que se designa una vez experimentado el servicio, permitiendo identificar las brechas y permitir maneras de mejora en la atención hospitalaria.

Ficha Técnica

- *Nombre:* Service Quality (SERVQUAL)
- *Autores:* Valarie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry (1988).
- *Objetivo:* Hacer medible la percepción de la calidad del servicio de salud.

- *Administración:* Individual o colectiva
- *Adaptación en Perú:* Cabello y Chirinos
- *Año de adaptación:* 2012
- *Fundamento Teórico:* El cuestionario SERVQUAL fundamentado en el modelo de las Brechas, en donde se mide la superioridad que posee un servicio mediante la diferencia entre lo que se espera y lo recibido. Por ello, si el grado de satisfacción es mayor que la expectativa, el servicio es de alta calidad.
- *Estructura y Dimensiones:* El cuestionario original comprende 22 reactivos, agrupados en dos partes idénticas que evalúan 5 dimensiones:
 - Parte 1: Mide las expectativas del cliente sobre un servicio ideal.
 - Parte 2: Mide la sensación del cliente tras recibir el servicio.

A continuación, se detallará cada una de las dimensiones:

1. *Fiabilidad*, se traduce como la coherencia, precisión y confiabilidad de una empresa.
 2. *Capacidad de respuesta*, es la capacidad del profesional asignado para dar soporte a usuarios teniendo en cuenta la rapidez y agilidad,
 3. *Seguridad*, comprende la confianza y la credibilidad otorgado por los trabajadores.
 4. *Empatía*, responde al respeto y comprensión hacia los usuarios.
 5. *Elementos Tangibles*, son las instalaciones físicas y palpables
- *Calificación:* Se realiza mediante la escala tipo Likert del 1 al 5, que va desde *totalmente en desacuerdo* hasta *totalmente de acuerdo*. El cálculo se obtiene mediante la siguiente fórmula: $Q = P - E$ (Calidad del Servicio = Percepción – Expectativa), en donde una puntuación positiva indica un servicio percibido de alta calidad, mientras que una puntuación negativa señala una brecha de calidad.

- *Niveles de interpretación:* Se establecieron tres niveles basados en el cálculo anterior, conforme a la metodología de Parasuraman et al. (1988):
 - Insatisfacción (Nivel Bajo): ($Q < 0$), las percepciones del usuario no alcanzan el nivel de sus expectativas.
 - Satisfacción (Nivel Medio): ($Q = 0$). el servicio percibido coincide con lo esperado.
 - Calidad Superior (Nivel Alto): ($Q > 0$), el servicio percibido supera las expectativas del usuario.
- *Propiedades Psicométricas:* El instrumento seleccionado tiene como referente nacional, que se describe a continuación.
 - Confiabilidad: Cabello y Chirinos (2012), expusieron la fiabilidad a través del coeficiente de Alfa de Cronbach, los hallazgos del estudio mostraron un valor de 0.98, evidenciando ser un instrumento confiable.
 - Validez: Cabello y Chirinos (2012), para obtener la validez optaron por analizar los componentes principales mediante el análisis factorial de tipo exploratorio, evidenciando una adecuación muestral KMO de 0.975, así mismo demostraron que las dimensiones originales del SERVQUAL explican el 88,9% y 92.5% de la varianza total respectivamente, que ratifica la validez del cuestionario.
- *Propiedades Psicométricas de la adaptación:* De acuerdo a los lineamientos requeridos para evidenciar la validez y la confiabilidad de la investigación, se procede al juicio de expertos y la medición de la consistencia interna, con una muestra de 30 pacientes ($n=30$).
 - Confiabilidad: La evaluación del instrumento se realizó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, con el propósito de determinar si el instrumento produce el mismo resultado consistente y coherente tras la aplicación a sujetos de estudio. Para este fin, se llevó a cabo en una prueba piloto integrada por 30 pacientes con enfermedad

crónicas del Hospital Militar Central, cuyas características fueron análogas a la población objetivo. El procesamiento estadístico se realizó mediante el lenguaje de programación de RStudio, en donde se utilizó paquetes especializados en psicometría como psych, debido a la precisión en el cálculo y el análisis de discriminación de ítems (Revelle, 2015).

Tabla 5

Alfa de Cronbach del instrumento Calidad de Servicio

Fiabilidad interna de la dimensión Tangibles					
Ítem	Media	DE	r ítem-total corregida	α si se elimina	Total
AT1	4.00	0.80	0.66	0.75	0.81
AT2	3.60	1.15	0.62	0.77	0.81
AT3	4.00	0.79	0.69	0.74	0.81
AT4	3.70	0.99	0.47	0.81	0.81
AT5	4.20	0.83	0.58	0.77	0.81
Fiabilidad interna de la dimensión Fiabilidad					
Ítem	Media	DE	r ítem-total corregida	α si se elimina	Total
F6	4.20	0.81	0.70	0.80	0.80
F7	4.10	0.80	0.71	0.80	0.80
F8	3.80	0.85	0.71	0.80	0.80
F9	4.00	0.91	0.64	0.83	0.80
Fiabilidad interna de la dimensión Capacidad de Respuesta					
Ítem	Media	DE	r ítem-total corregida	α si se elimina	Total
CR10	4.10	0.79	0.66	0.83	0.86
CR11	4.10	0.75	0.74	0.81	0.86
CR12	3.90	0.87	0.72	0.81	0.86
CR13	4.00	0.69	0.76	0.81	0.86
CR14	4.30	0.76	0.50	0.87	0.86
Fiabilidad interna de la dimensión Seguridad					
Ítem	Media	DE	r ítem-total corregida	α si se elimina	Total
S15	3.90	0.87	0.58	0.72	0.77
S16	4.10	0.82	0.57	0.73	0.77
S17	4.10	0.80	0.70	0.66	0.77
S18	4.20	0.77	0.48	0.77	0.77
Fiabilidad interna de la dimensión Comprensión empática					
Ítem	Media	DE	r ítem-total corregida	α si se elimina	Total
E19	4.000	0.810	0.720	0.830	0.870
E20	4.100	0.790	0.690	0.840	0.870
E21	4.000	0.830	0.730	0.820	0.870
E22	4.100	0.820	0.720	0.830	0.870

Nota. Según la tabla 5, el instrumento mostró una elevada fiabilidad global de 0.89. A nivel dimensional, los resultados obtenidos fueron: Aspectos tangibles ($\alpha = 0.81$), Fiabilidad ($\alpha = 0.80$), Capacidad de respuesta ($\alpha = 0.86$), Seguridad ($\alpha = 0.74$) y Empatía ($\alpha = 0.82$).

De acuerdo con los datos procesados, el cuestionario alcanzó un coeficiente Alfa de Cronbach global de 0.89. Para la interpretación de los coeficientes obtenidos, se adoptaron los criterios sugeridos por Gerorge y Mallery (2003), quienes establecen que un puntaje entre $>.8$ y $>.9$ es bueno, lo que evidencia que el cuestionario posee una consistencia interna adecuada.

- Validez: Se obtuvo por medio de un estricto análisis de tres expertos, los cuales presentan un amplio conocimiento en el campo que la presente investigación requiere. Para cuantificar este proceso, se empleó el coeficiente V de Aiken, para la correcta aplicación se tuvo como guía el proceso metodológico de Jiménez-Hernández (2025), quien establece una ruta para las investigaciones en salud. Así mismo la evaluación de los reactivos se completó con la ejecución bajo los criterios de suficiencia, claridad, coherencia y relevancia (Escobar y Cuervo, 2008), la cual aseguró una revisión minuciosa. Dicha metodología asegura que cada reactivo posea no solo precisión semántica, sino también una estricta correspondencia lógica con las variables de estudio, de esta manera fortalecer el rigor de la investigación.

Tabla 6*Valores de V de Aiken alcanzados por el cuestionario SERVQUAL*

Dimensión	Juez 1	Juez 2	Juez 3	ΣX_i	Mx	V de Aiken	Pei	V corregido
Aspectos tangibles	4	5	4	13	4.33	0.83	0.04	0.79
	4	5	4	13	4.33	0.83	0.04	0.79
	4	5	5	14	4.67	0.92	0.04	0.88
	4	5	5	14	4.67	0.92	0.04	0.88
	3	5	4	12	4	0.75	0.04	0.71
Fiabilidad	Juez 1	Juez 2	Juez 3	ΣX_i	Mx	V de Aiken	Pei	V corregido
	4	5	4	13	4.33	0.83	0.04	0.79
	4	5	4	13	4.33	0.83	0.04	0.79
	4	4	5	13	4.33	0.83	0.04	0.79
	4	3	5	12	4	0.75	0.04	0.71
Fiabilidad	Juez 1	Juez 2	Juez 3	ΣX_i	Mx	V de Aiken	Pei	V corregido
	4	5	4	13	4.33	0.83	0.04	0.79
	4	5	4	13	4.33	0.83	0.04	0.79
	4	4	5	13	4.33	0.83	0.04	0.79
	4	3	5	12	4	0.75	0.04	0.71
Seguridad	Juez 1	Juez 2	Juez 3	ΣX_i	Mx	V de Aiken	Pei	V corregido
	4	4	4	12	4	0.75	0.04	0.71
	4	4	4	12	4	0.75	0.04	0.71
	4	4	4	12	4	0.75	0.04	0.71
	4	4	4	12	4	0.75	0.04	0.71
Empatía	Juez 1	Juez 2	Juez 3	ΣX_i	Mx	V de Aiken	Pei	V corregido
	4	4	4	12	4	0.75	0.04	0.71
	4	4	4	12	4	0.75	0.04	0.71
	4	4	4	12	4	0.75	0.04	0.71
	4	4	4	12	4	0.75	0.04	0.71

Nota. Todos los ítems del cuestionario SERVQUAL alcanzaron valores de V de Aiken corregido iguales o superiores a 0.71, criterio considerado aceptable para estudios de validez.

De acuerdo a la tabla 6, todos los ítems del cuestionario SERVQUAL alcanzaron valores de V de Aiken corregido iguales o superiores a 0.71. Por ello, la V de Aiken general

es de 0.76, criterio considerado aceptable de acuerdo a la guía de Jiménez-Hernández (2025), donde el valor se sitúa en los rangos de validez aceptable, por consiguiente, se evidencia la validez de contenido.

4.4.2.2. Escala de Estrés Percibido (PSS-10)

Desarrollada por Cohen et al. (1983), para valorar el nivel de Estrés Percibido por los individuos en 2 grupos que comprende una valoración a nivel cognitivo y la capacidad de hacer frente una situación.

Ficha Técnica

- *Nombre:* Perceived Stress Scale (PSS-10).
- *Autores:* Sheldon Cohen, Tom Kamarck y Robin Mermelstein (1983).
- *Adaptación:* Canales y García.
- *Objetivo:* Evaluar el nivel de estrés psicológico que experimenta la persona en el último mes.
- *Estructura:* La escala consta de 10 reactivos agrupados en dos dimensiones las cuales se alinean con los principios de Lazarus y Folkman.
 - *Valoración Cognitiva:* Evalúa la interpretación o valoración de una situación como amenazante o demandante, los ítems que miden esta dimensión se redactan en sentido negativo.
 - *Capacidad de Afrontamiento:* Mide la percepción del individuo sobre su habilidad para afrontar y controlar los eventos de la vida. Se relaciona con la autoevaluación de los recursos personales y la eficacia para manejar situaciones estresantes, los ítems de esta dimensión se redactan en sentido positivo.
- *Administración:* Individual y colectiva.
- *Tiempo de aplicación:* De 5 a 10 minutos.

- *Tipo de respuesta:* Escala Likert, en donde: 0= nunca, 1= raramente, 2= a veces, 3= frecuentemente, 4= muy a menudo.
- *Puntuación:* Se obtiene sumando las respuestas. Por un lado, tenemos los reactivos 1, 2, 3, 6, 9 y 10 de acuerdo a la estructura inicial, contrario a los reactivos 4, 5, 7 y 8 se califican de manera inversa donde: 4 = nunca 3 = raramente 2 = a veces 1 = frecuentemente 0 = muy a menudo.
- *Baremos y puntos de corte:* De acuerdo a la adaptación realizada por Canales y García en 2021:
 - Estrés bajo: 0– 13
 - Estrés medio: 14-26
 - Estrés alto: 27-40
- *Propiedades Psicométricas:*
 - *Confiabilidad:* De acuerdo al análisis de consistencia interna realizado en la investigación de Canales y García (2021), mostraron un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,95 y un coeficiente Omega de 0.96. Dicho resultado al ser contrastado con los criterios de George y Mallery (2003), representan una confiabilidad excelente.
 - *Validez:* En cuanto a la validez, Canales y Garcia (2021), evidenciaron un coeficiente V de Aiken de 0.98, tras el análisis minucioso de diez jueces expertos. Este resultado confirma que los ítems son altamente relevantes en su contenido.
- *Propiedades Psicométricas de la adaptación:* En la presente investigación se realizó la confiabilidad interna, así como la validez en base la muestra ($n=30$).
 - *Confiabilidad:* Respecto a la confiabilidad, el cuestionario reportó un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.75, valor que de acuerdo con los criterios de George y Mallery

(2003), representan una confiabilidad aceptable. La siguiente tabla muestra la confiabilidad mediante RStudio, la cual expresa los siguientes resultados:

Tabla 7

Alfa de Cronbach de la escala Estrés Percibido

Consistencia interna del PSS-10					
Ítem	Media	DE	r ítem-total corregida	α si se elimina	Total
CA1	1.90	1.30	0.45	0.72	0.75
CA2	1.90	1.20	0.49	0.71	0.75
CA3	2.00	1.10	0.42	0.73	0.75
VG4*	2.40	1.10	0.48	0.72	0.75
VG5*	2.30	1.20	0.40	0.74	0.75
CA6	2.20	1.20	0.58	0.70	0.75
VC7*	2.10	1.10	0.46	0.72	0.75
VC8*	2.40	1.10	0.44	0.73	0.75
CA9	1.90	1.10	0.45	0.72	0.75
CA10	1.80	1.10	0.65	0.69	0.75

Nota. La tabla 7 muestra el análisis de consistencia interna de la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, el valor obtenido ($\alpha=0.75$) garantiza la existencia de una estabilidad de las mediciones para la muestra de estudio ($n=100$). Los ítems VG4*, VG5*, VC7* y VC8* son reactivos con puntuación inversa.

- Validez: La validez de contenido del Cuestionario de Estrés Percibido, se halló en colaboración de tres conocedores expertos en el tema, quienes evaluaron cada ítem con una valoración tipo Likert de 1 al 5 (1: Deficiente, 2: Mala, 3: Regular, 4: Buena y 5: Muy Buena), considerando cuatro criterios, de acuerdo a (Escobar y Cuervo, 2008):
 - Suficiencia, para asegurar que ningún ítem sea omitido en la medición de la variable.
 - Claridad, para una comprensión tanto en la sintáctica como en la semántica.
 - Coherencia, para fortalecer la asociación lógica con las dimensiones a medir.
 - Relevancia, para justificar la permanencia dentro del instrumento.

Tabla 8

Valores de V de Aiken alcanzados para la escala de Estrés Percibido

Dimensión	Juez 1	Juez 2	Juez 3	ΣX_i	Mx	V de Aiken	Pei	V corregido
Valoración cognitiva	4	4.75	4	12.75	4.25	0.81	0.008	0.81
	4	4.75	4	12.75	4.25	0.81	0.008	0.81
	4	4.75	4	12.75	4.25	0.81	0.008	0.81
	4	4.75	4	12.75	4.25	0.81	0.008	0.81
	4	4.75	4	12.75	4.25	0.81	0.008	0.81
	4	4.75	4	12.75	4.25	0.81	0.008	0.81
Capacidad de afrontamiento	4	5	4	13	4.33	0.83	0.008	0.83
	4	5	4	13	4.33	0.83	0.008	0.83
	4	4.75	4	12.75	4.25	0.81	0.008	0.81
	4	4.75	4	12.75	4.25	0.81	0.008	0.81

Nota. De acuerdo a los criterios de validez, las dimensiones de Valoración Cognitiva (0.81) y Capacidad de Afrontamiento (0.83), dan el resultado de un promedio general de (0.81), situándose en el rango de Validez Buena.

Como se muestra en la tabla 8, el análisis de validez de contenido mediante el coeficiente V de Aiken reportó resultados favorables tanto a nivel dimensional (.81 y .83), como a nivel global (.81). De acuerdo a la guía de Jiménez-Hernández (2025), menciona que el valor situado entre $>.8$ y $<.9$ se debe de interpretar como una validez buena. Por ello se garantiza que los 10 reactivos son pertinentes y suficientes para medir el constructo del instrumento.

4.3.2.3. Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R)

El instrumento fue diseñado inicialmente por Weinman et al. (1996), años posteriores con la revisión de Moss-Morris et al. (2002) permitió integrar la cognición y la emoción, consolidados en la representación de la enfermedad.

Ficha Técnica

- *Nombre:* Illness Perception Questionnaire - Revised (IPQ-R).
- *Autores:* R. Moss-Morris, J. Weinman, K. Petrie, R. Horne, L. Cameron, y D. Buick (2002).
- *Adaptación habla hispana:* Bélendez, M., Bermejo, R.M., Y Ferrer, M.E.
- *Año de la adaptación:* 2005.
- *Objetivo:* Evaluar las representaciones cognitivas y emocionales que los individuos tienen sobre su enfermedad, midiendo cómo la perciben y comprenden en función de su propia experiencia y conocimientos.
- *Fundamento Teórico:* El IPQ-R presenta bases en el Modelo de Autorregulación de Sentido Común (Common Sense Model of Self-Regulation) de Howard Leventhal. Este modelo postula que las personas desarrollan representaciones internas o esquemas de su enfermedad, que incluyen componentes cognitivos y emocionales, para dar sentido a sus síntomas y guiar sus conductas de afrontamiento.
- *Estructura y Subescalas:* El cuestionario está compuesto por tres secciones principales, que evalúan distintas dimensiones de la representación de la enfermedad:
 - **Sección de Identidad:** Evalúa la asociación de 14 síntomas comunes con la enfermedad. Se responde con opciones de sí/no.
 - **Sección General (38 ítems):** Consta de 7 subescalas que miden la percepción del paciente sobre:
 - Duración: La creencia sobre la cronicidad sobre su condición.
 - Curso Cíclico: Consideración de la activación e inactivación de la enfermedad
 - Consecuencias: Implicaciones que presenta la enfermedad en el paciente (físico, emocional, social).

- Control Personal: El grado en que el paciente siente que puede controlar su enfermedad.
- Control del Tratamiento: La creencia en la efectividad del tratamiento.
- Coherencia: La comprensión general que tiene el paciente de su enfermedad.
- Representaciones Emocionales: Los sentimientos de miedo, ansiedad, ira o tristeza asociados a la enfermedad.
- **Sección de Causas:** 18 ítems que exploran las creencias sobre las causas de la enfermedad (factores de riesgo, psicológicos, ambientales, etc.).
- *Administración:* Individual o colectiva.
- *Puntuación:* Se realiza de manera independiente para cada una de sus dimensiones siguiendo la metodología de Moss-Morris et al. (2002) y la adaptación de Beléndez et al. (2005).
- *Calificación:*
 - Bajo (Puntaje < percentil 33),
 - Medio (Percentil 33-66)
 - Alto (Percentil > 66)

Tabla 9

Interpretación en base a la puntuación y calificación de instrumento IPQ-R

Componente	Dimensión	Calificación
Sección I: Identidad	Identidad (14 síntomas)	Suma de respuestas afirmativas ("Sí").
Sección II: General- (Representaciones)	1. Duración 2. Consecuencias 3. Control Personal 4. Control Tratamiento 5. Coherencia 6. Ciclicidad de la enfermedad 7. Repres. Emocional	<p>Escala Likert 1- 5</p> <p>Puntuación Alta en Consecuencias, Duración, Ciclos y Emoción: Percepción de mayor amenaza y malestar.</p> <p>Puntaje > Media: Percepción de mayor amenaza (Percepción negativa).</p> <p>Puntaje < Media: Percepción de menor amenaza (Percepción favorable).</p> <p>Puntuación Alta en Control y Coherencia: Percepción de mayor autoeficacia y comprensión.</p> <p>Puntaje > Media: Percepción de mayor control y comprensión (Percepción favorable).</p> <p>Puntaje < Media: Percepción de bajo control (Percepción negativa).</p>
Sección III: Causas	Causal (18 ítems)	Identifica los factores que el paciente cree que originaron su condición

- *Propiedades Psicométricas:*

- **Confiabilidad:** Se determinó a través del análisis de consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach. De acuerdo a Beléndez et al. (2005), reportaron validez mediante la prueba T para muestras relacionadas ($t=9.71$; $p<.001$), debido a que la sección de identidad constituye un listado de síntomas, sin embargo, para la sección de representaciones, los coeficientes Alfa de Cronbach se situaron entre .86 y .96, garantizando una homogeneidad interna y una consistencia excelente. Por otro lado,

para la sección de causalidad reportaron valores Alfa de Cronbach entre .58 y .75, demostrando una validez aceptable

- Validez: Para determinar la validez se empleó una rotación Varimax para un análisis de componentes principales, dando como resultado un índice de adecuación muestral KMO de .89 y una varianza de 76.89%, esto debido a que de acuerdo a Beléndez et al. (2005), buscaron el análisis más robusto ya que dicho instrumento es multidimensional.
- *Propiedades Psicométricas de la adaptación:* En la presente investigación se realizó la confiabilidad interna, así como la validez en base la muestra ($n=30$).
 - Confiabilidad: Para garantizar la confiabilidad se empleó la consistencia interna del instrumento mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, las cuales se muestran la siguiente tabla.

Tabla 10

Alfa de Cronbach de la escala Percepción de la enfermedad Revisado (IPQ-R)

Dimensiones	N° de ítems	Alfa de Cronbach
Identidad	13	0.75
Duración	6	0.81
Consecuencias	6	0.79
Control Personal	6	0.76
Control de Tratamiento	5	0.75
Coherencia de la Enfermedad	5	0.78
Ciclos de la Enfermedad	4	0.77
Representaciones emocionales	6	0.84
Causas	18	0.74
Escala Total	69	0.78

Nota: El análisis de confiabilidad se realizó con una muestra piloto de 30 pacientes, La dimensión de Identidad compuesta por 13 reactivos dicotómicos obtuvo un $\alpha = 0.75$, mientras que la sub escala de representaciones obtuvo un puntaje de .84 seguida de duración con .81. Obteniendo como coeficiente de Cronbach total de 0.78.

Como se muestra en la tabla 10, los resultados arrojaron un coeficiente de Alfa de Cronbach total de .78 para la escala conformada por 69 ítems, de acuerdo con los criterios de George y Mallery (2003), representan una confiabilidad aceptable.

- Validez: Para la obtención de la validez de contenido, se realizó mediante el juicio de tres expertos, mediante el coeficiente de V de Aiken. La cual se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 11

Valores de V de Aiken alcanzados para la escala Percepción de la enfermedad Revisado (IPQ-R)

Dimensión	Ítems Iniciales	Ítems Eliminados	Ítems finales	ΣX_i	M_x	V de Aiken	Pei	V corregido
Identidad	14	1	13	12.30	4.10	0.81	0.008	0.81
Duración	6	0	6	12.60	4.20	0.84	0.008	0.84
Consecuencias	6	0	6	12.15	4.05	0.80	0.008	0.80
Control Personal	6	0	6	12.15	4.05	0.80	0.008	0.80
Control de Tratamiento	5	0	5	12.75	4.25	0.85	0.008	0.85
Coherencia de la Enfermedad	5	0	5	12.00	4.00	0.79	0.008	0.79
Ciclos de la Enfermedad	4	0	4	12.30	4.10	0.81	0.008	0.81
Representaciones emocionales	6	0	6	12.45	4.15	0.83	0.008	0.83
Causas	18	0	18	12.00	4.00	0.78	0.008	0.78
Escala Total	70	1	69	12.30	4.10	0.81	0.008	0.81

Nota: Inicialmente, la dimensión de Identidad estaba compuesta de 14 ítems, sin embargo, durante la calificación, los jueces identificaron que uno de los reactivos presentaba deficiencias en el criterio de claridad y relevancia, por lo que dicho ítems obtuvo un

coeficiente = 0.62, bajo este criterio y siguiendo las recomendaciones de los jueces, se procedió a la eliminación de este reactivo. Así mismo los valores de la V de Aiken oscilan entre 0.78 y 0.85. Finalmente, el promedio general del instrumento es 0.81, lo que indica una validez de contenido satisfactoria y significativa.

De acuerdo a la tabla 11, se observa que la tabla alcanzó un índice de validez general de .81, valor que se interpreta como una validez buena de acuerdo con los criterios de Jiménez Hernández (2025).

Donde:

- **ΣX_i** : Sumatoria de las valoraciones de los tres jueces;
- **M_x** : Media aritmética de las puntuaciones;
- **V de Aiken**: Coeficiente de validez de contenido;
- **P_{ei}** : Probabilidad de error;
- **V corregida**: Valor final ajustado.

4.5. Técnicas de procesamiento de datos

4.5.1. Procedimiento de recolección de datos

El proceso se ejecutó en tres etapas: ética, capacitación y aplicación. Previamente a la recolección, se solicitó la aprobación formal del Comité de Ética en Investigación del HMC y el permiso administrativo del Servicio de Psicología, mediante una solicitud al Departamento de Apoyo a la Docencia, Capacitación e Investigación (DADCI) **ver Anexo 7**. La aceptación garantizó que el estudio cumpliera con las normativas éticas vigentes y protegiera el bienestar y la equidad de los participantes. Durante la capacitación, la investigadora principal (tesista) y los asistentes de investigación (internos de Psicología) recibieron un entrenamiento detallado; la cual garantizó que todas las personas que conformaron el equipo comprendieran

con claridad sus responsabilidades y pudieran abordar cualquier desafío surgido durante el periodo de recolección de los datos.

Previa a la aplicación de cada cuestionario, se obtuvo el consentimiento informado de cada paciente **ver Anexo 6** Se explicó el propósito del estudio, asegurando que los participantes comprendieran que su participación era voluntaria y confidencial. Además, se les indicó que podían desistir en cualquier momento sin ninguna repercusión. La aplicación de la ficha sociodemográfica **ver Anexo 8** y los cuestionarios **ver Anexo (3,4,5)** fueron administrados en persona por los investigadores, quienes visitaron a los pacientes en sus habitaciones del hospital **Anexo 12** Posteriormente, los investigadores revisaron los cuestionarios completados para identificar y resolver cualquier omisión o ambigüedad, así mismo se procedió a eliminar algunas pruebas mediante los criterios de inclusión y exclusión Finalmente, las respuestas fueron registradas en una base de datos segura, verificando la consistencia de los datos ingresados

4.5.2. Análisis de datos

Todos los análisis fueron ejecutados en el entorno estadístico RStudio (v.4.3.2), utilizando sus paquetes especializados, y se consideró un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$. Asimismo, se realizó un análisis descriptivo para responder a los objetivos específicos 1, 2 y 3, con el propósito de describir los niveles de cada una de las variables del estudio, como también caracterizar las variables sociodemográficas.

A continuación, para el análisis de la distribución de los datos se realizó a través del estadístico de Shapiro-Wilk para garantizar la correcta selección de las pruebas de hipótesis. La decisión de emplear esta prueba, a pesar de contar con una muestra superior a 50 casos, se sustenta en hallazgos que validan su alto rendimiento en muestras de tamaño moderado. Según lo expuesto por Miot (2017), esta prueba mantiene una alta especificidad y es

preferible para controlar la inflación del error en muestras menores a 500 participantes. Esto concuerda con Razali y Wah (2011), quienes confirman que su sensibilidad para detectar desviaciones de la normalidad se mantiene estable, no limitándose únicamente a muestras pequeñas ($n > 50$).

Para los Objetivos Específicos 4 y 5, así como el Objetivo General, se realizaron análisis de correlación de Spearman, debido al incumplimiento de los supuestos de normalidad. Esto permitió examinar la fuerza y dirección de las relaciones entre variables principales y sus dimensiones. Aunque inicialmente se propuso un modelo de mediación para analizar el posible efecto indirecto del estrés percibido (EP) en la relación entre la calidad del servicio (CS) y la percepción de la enfermedad (PE), este análisis no se llevó a cabo debido a que la muestra obtenida no fue representativa ni suficientemente amplia para garantizar la estabilidad de los parámetros estimados en un modelo de mediación.

Finalmente, en el marco del último objetivo específico 6, se ejecutaron comparaciones entre grupos mediante pruebas no paramétrica, Kruskal-Wallis. Adicionalmente, se empleó la prueba de Chi-cuadrado para las exploraciones categóricas de las variables sociodemográficas.

Capítulo V

Resultados

5.1. Descripción sociodemográfica de la muestra

En esta sección se expone de manera detallada la caracterización sociodemográfica de la muestra en estudio ($n = 100$), mediante tablas de frecuencia y figuras estadísticas. De esta manera contextualizar la problemática de investigación.

Tabla 12

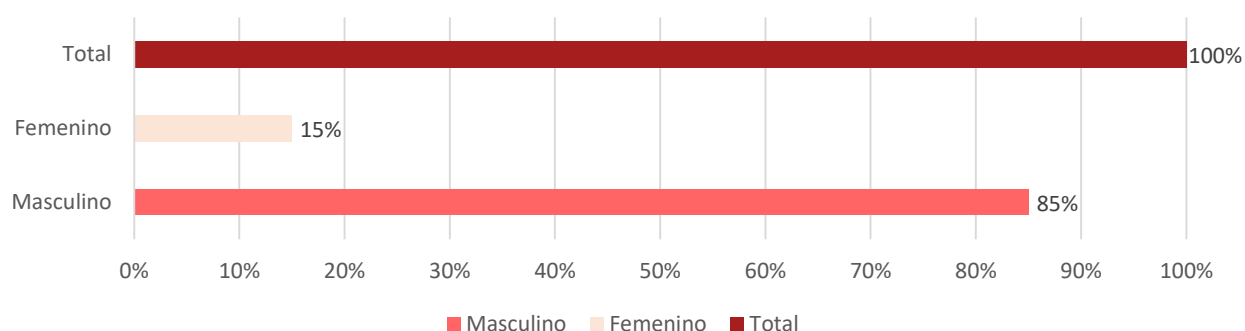
Distribución de pacientes según género

		N	%
Genero	Masculino	85	85.0
	Femenino	15	15.0
	Total	100	100

Nota. La tabla 12 muestra la característica sociodemográficos según género de la muestra total estudiada ($N = 100$).

Figura 4

Distribución de pacientes según género



En la tabla 12 y en la figura 4 se observa que el 85% (n = 85) de pacientes son de género masculino, frente al 15% (n = 15) de género femenino. Estos resultados demuestran una predominancia del género masculino en la muestra estudiada (n = 100), lo cual es consistente con la población atendida en el Hospital Militar Central de Lima.

Tabla 13

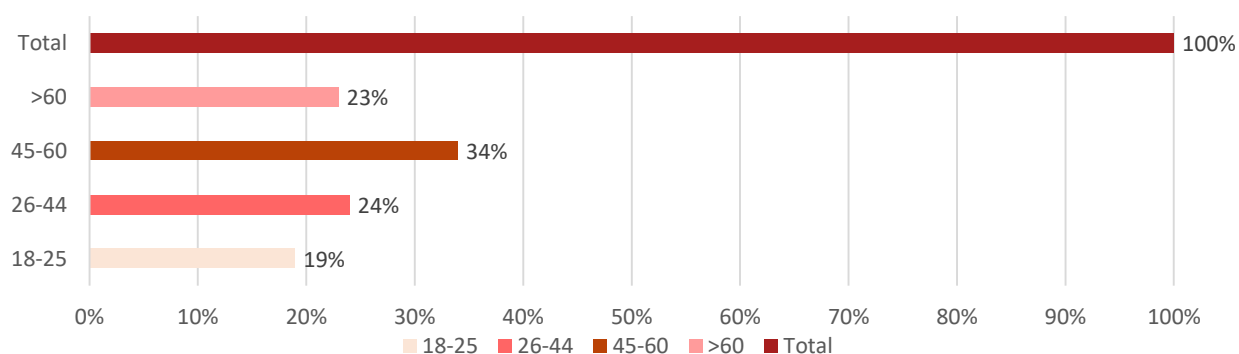
Distribución de pacientes según edad

		N	%
Edad	18-25	19	19.0
	26-44	24	24.0
	45-60	34	34.0
	>60	23	23.0
Total		100	100

Nota. La tabla 13 muestra la característica sociodemográficos según edad de la muestra total estudiada (n = 100).

Figura 5

Distribución de pacientes según edad



En la tabla 13 y en la figura 5 se observa que el grupo predominante corresponde a pacientes entre los 45 y 60 años representando el 34 % (n = 34), seguido por los pacientes

entre 26 a 44 años con un 24% ($n = 24$), y los adultos mayores de 60 años 23% ($n = 23$), con un porcentaje menor se encuentran las edades entre 18 a 25 años con un 19% ($n=19$). Estos datos muestran que la mayoría de la muestra estudiada ($n = 100$) pertenecen entre la adultez intermedia y tardía.

Tabla 14

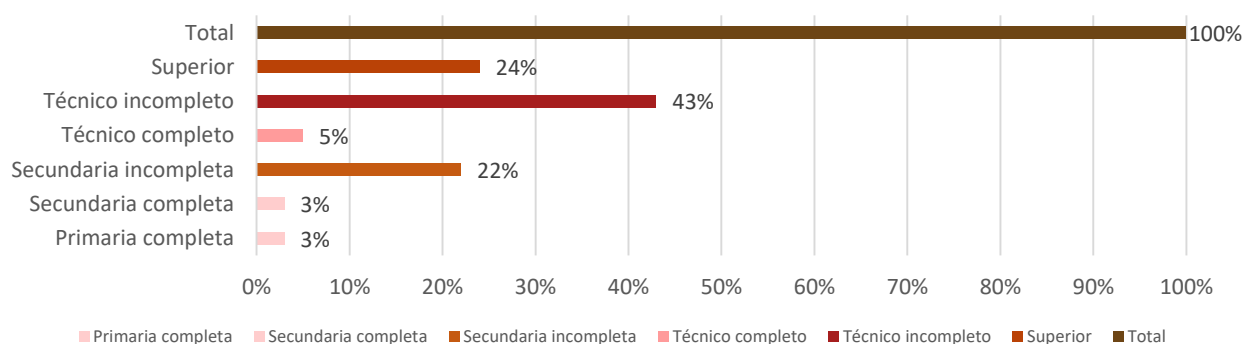
Distribución de pacientes según nivel educativo

		N	%
Nivel Educativo	Primaria completa	3	3.0
	Secundaria completa	3	3.0
	Secundaria incompleta	22	22.0
	Técnico completo	5	5.0
	Técnico incompleto	43	43.0
	Superior	24	24.0
Total		100	100

Nota. La tabla 14 se muestra la característica sociodemográficos según el Nivel educativo de la muestra total estudiada ($n = 100$).

Figura 6

Distribución de pacientes según nivel educativo



En la tabla 14 y en la figura 6 se observa que el nivel educativo predominante entre los pacientes es el técnico incompleto representado por el 43% ($n = 43$), seguido por los

pacientes con estudios de nivel superior con un 24 % ($n = 24$), y con secundaria incompleta con un el 22 % ($n = 22$).

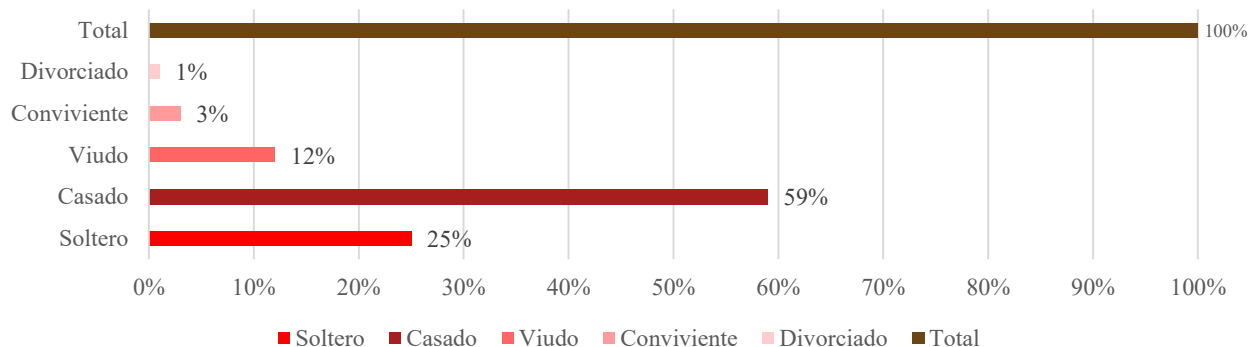
Se identifica una minoría conformada por pacientes con nivel técnico completo 5%, secundaria completa 3% y primaria completa 3%. Los resultados evidencian que una parte significativa de la muestra estudiada presentan una formación técnica inconclusa.

Tabla 15

Distribución de pacientes según estado civil

		n	%
Estado civil	Soltero	25	25.0
	Casado	59	59.0
	Viudo	12	12.0
	Conviviente	3	3.0
	Divorciado	1	1.0
	Total	100	100

Nota. La tabla 15 muestra la característica sociodemográficos según el Estado civil de la muestra total estudiada ($n = 100$).

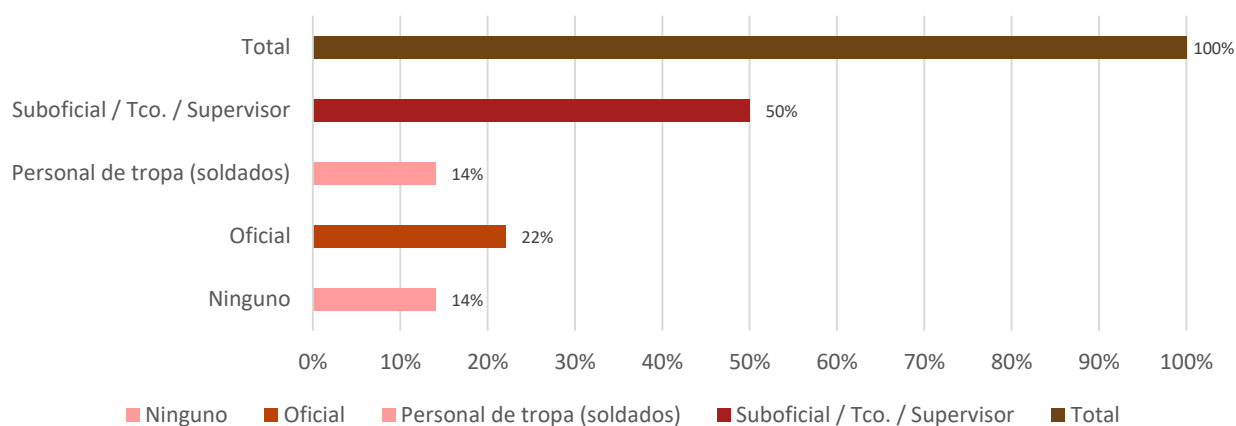
Figura 7*Distribución de pacientes según estado civil*

En la tabla 15 y en la figura 7 referidas al Estado civil de los participantes, se observa que más de la mitad de la muestra reportó estar casado representado el 59% ($n = 59$), seguido por los pacientes en condición de solteros con un 25% ($n = 25$), mientras que pacientes viudos representa un 12% ($n = 12$), la minoría de la muestra estudiada está conformado por convivientes 3% ($n = 3$) y divorciado y 1% ($n = 1$). Los datos obtenidos sugieren un porcentaje significativo de pacientes casados, lo cual indica la existencia de un núcleo de apoyo familiar.

Tabla 16*Distribución de pacientes según rango militar*

		n	%
Rango militar	Ninguno	14	14.0
	Oficial	22	22.0
	Personal de tropa (soldados)	14	14.0
	Suboficial / Tco. / Supervisor	50	50.0
Total		100	100

Nota. La tabla 16 muestra la característica sociodemográficos según el Rango militar de la muestra total estudiada ($n = 100$).

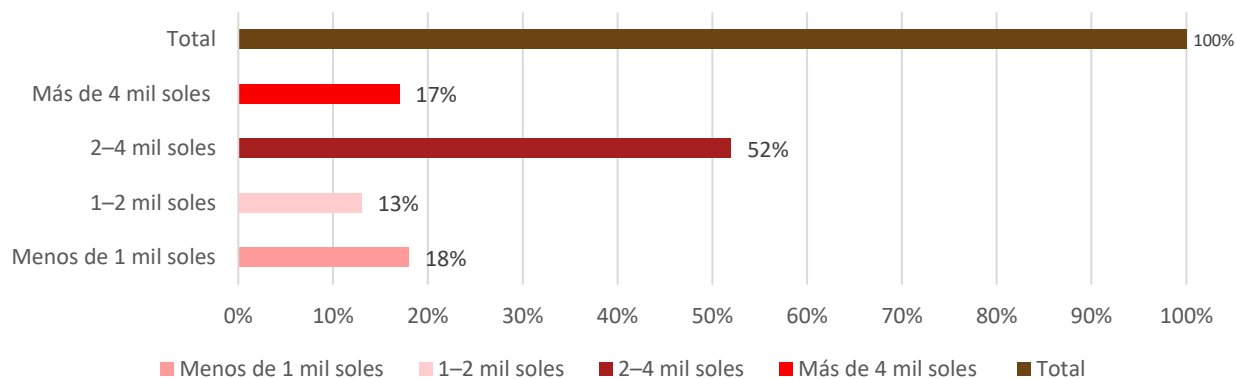
Figura 8*Distribución de pacientes según rango militar*

En la tabla 16 y en la figura 8 en relación al Rango militar, se identifica que la mitad de los participantes presentan cargo como Suboficial, Técnico o Supervisor que representa el 50% (n = 50), seguido de pacientes que poseen cargo de Oficiales con el 22% (n = 22) además, tanto como pacientes que pertenecen al Personal de tropa como pacientes que no presentan ningún cargo militar están representados con un 14% (n = 14) respectivamente.

Tabla 17*Distribución de pacientes según ingreso económico*

		n	%
Ingreso económico	Menos de 1 mil soles	18	18.0
	1–2 mil soles	13	13.0
	2–4 mil soles	52	52.0
	Más de 4 mil soles	17	17.0
Total		100	100

Nota. La tabla 17 muestra la característica sociodemográficos según el Ingreso Económico de la muestra total estudiada (n = 100).

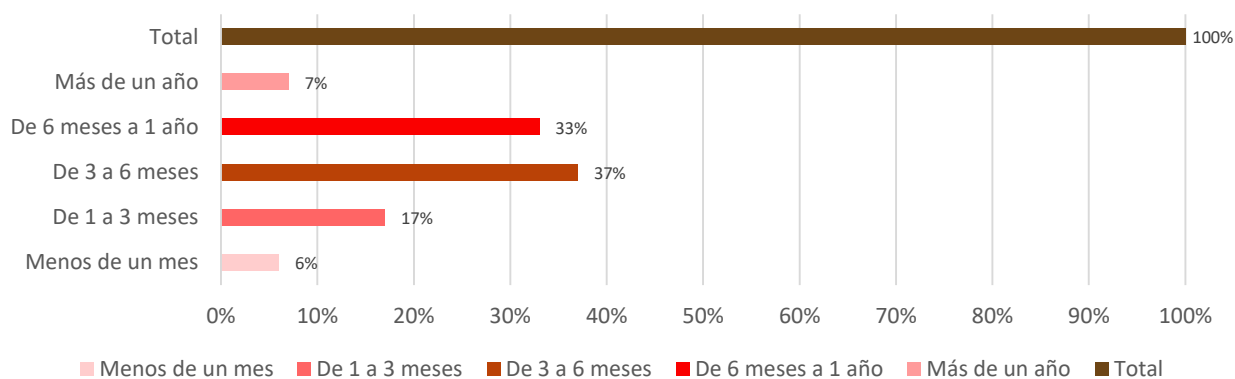
Figura 9*Distribución de pacientes según ingreso económico*

En la tabla 17 y en la figura 9, referidas al Ingreso económico mensual de los participantes, se observa que más de la mitad de la muestra percibe entre 2 a 4 mil soles que representa el 52% ($n = 52$), por otro lado, reportaron un ingreso menos de mil soles el 18% ($n = 18$) de los pacientes, seguido del grupo que percibe un ingreso de más de 4 mil soles con un 17% ($n = 17$) y de mil a 2 mil un 13% ($n = 13$). A partir de estos datos, se muestra que la mayor parte de la muestra estudiada se sitúa en un nivel socioeconómico medio.

Tabla 18*Distribución de pacientes según duración de la enfermedad*

		n	%
Duración de la enfermedad	Menos de un mes	6	6.0
	De 1 a 3 meses	17	17.0
	De 3 a 6 meses	37	37.0
	De 6 meses a 1 año	33	33.0
	Más de un año	7	7.0
Total		100	100

Nota. La Tabla 18 muestra la distribución de la muestra según el tiempo de evolución de su patología crónica ($n = 100$).

Figura 10*Distribución de pacientes según duración de la enfermedad*

En la tabla 18 y en la figura 10, se muestra la duración de la enfermedad crónica, donde existe una mayor concentración de pacientes se encuentra en el rango de 3 a 6 meses, que representa el 37% (n = 37) de la muestra, seguido de pacientes que presentan una duración de 6 meses a 1 año 33% (n = 33), se observa una minoría que reportó tener la enfermedad de un rango entre 1 a 3 meses 17% (n = 17), más de un año 7% (n = 7) y menos de un mes 6% (n = 6). Estos hallazgos sugieren que los evaluados se encuentran en una duración de la enfermedad intermedia con su diagnóstico al momento de la entrevista.

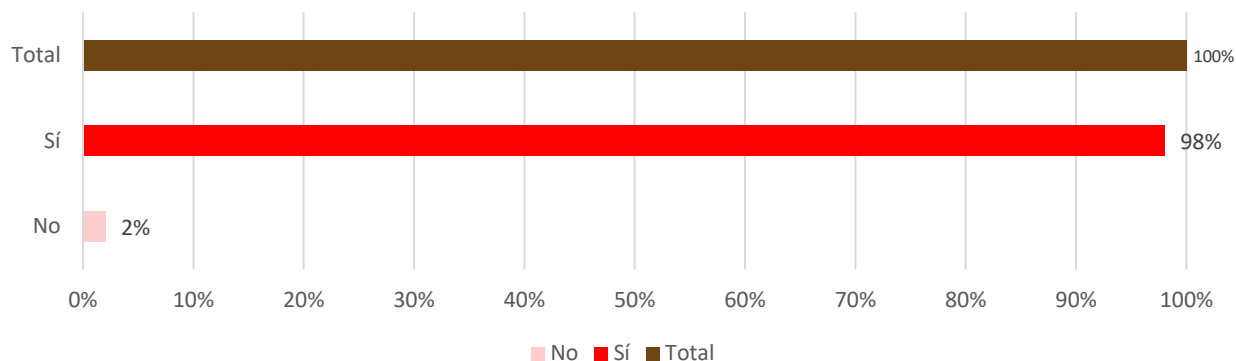
Tabla 19*Distribución de pacientes según apoyo social durante la hospitalización*

		n	%
Apoyo social durante la hospitalización	No	2	2.0
	Sí	98	98.0
Total		100	100

Nota. La Tabla 19 muestra la distribución de la muestra según el Apoyo social durante la hospitalización (n= 100).

Figura 11

Distribución de pacientes según apoyo social durante la hospitalización



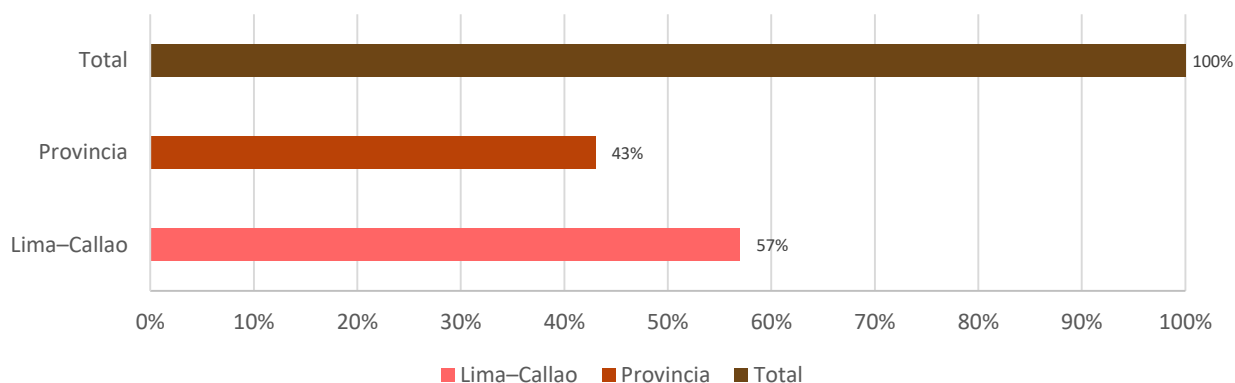
En la Tabla 19 y en la Figura 11, respecto al Apoyo social percibido durante la hospitalización, se observa que la casi totalidad de la muestra, con un 98.0% ($n = 98$), percibe contar con soporte social. Por el contrario, solo un 2.0% ($n = 2$) de los pacientes manifestó la ausencia de este apoyo. Este hallazgo se fortalece al contrastarlo con los datos de estado civil presentados anteriormente, donde un porcentaje significativo de participantes reportó estar casado, lo cual se traduce en una red de soporte afectivo durante su proceso de recuperación.

Tabla 20

Distribución de pacientes según lugar de procedencia

		n	%
Lugar de procedencia	Lima–Callao	57	57.0
	Provincia	43	43.0
Total		100	100

Nota: La Tabla 20 muestra la distribución de la muestra según el lugar de procedencia ($n = 100$).

Figura 12*Distribución de pacientes según lugar de procedencia*

En la tabla 20 y en la figura 12, se identifica que un porcentaje significativo de la muestra proviene de la zona metropolitana Lima y Callao el cual está representado por el 57% ($n=57$), mientras que pacientes que proceden de distintas provincias del país representan el 43% ($n = 43$). Esta distribución evidencia que una parte significativa de los usuarios debe afrontar su proceso de hospitalización lejos de su núcleo familiar, factor que podría incidir en su percepción de bienestar y niveles de estrés durante la estancia hospitalaria.

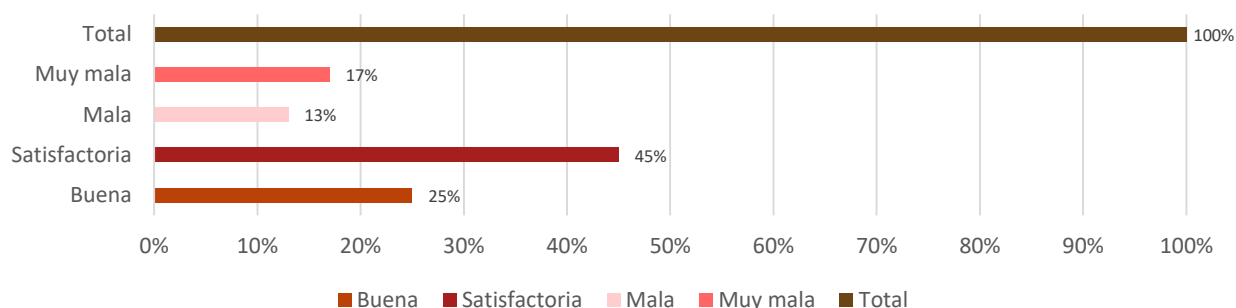
Tabla 21*Distribución de pacientes según experiencia en el hospital*

		n	%
Experiencia en el hospital	Buena	25	25.0
	Satisfactoria	45	45.0
	Mala	13	13.0
	Muy mala	17	17.0
Total		100	100

Nota. La Tabla 21 muestra la distribución de la muestra según la Experiencia en el hospital ($n = 100$).

Figura 13

Distribución de pacientes según experiencia en el hospital



En la Tabla 21 y en la Figura 13, referidas a la experiencia hospitalaria, se observa que la percepción predominante es satisfactoria representando el 45% ($n = 45$), seguida por una valoración buena con un 25% ($n = 25$). No obstante, se evidencia una valoración de muy mala con un 17% ($n = 17$) y una experiencia mala con un 13% ($n = 13$) total de la muestra. Dichos hallazgos sugieren que un porcentaje significativo de la muestra poseen una opinión favorable frente a la experiencia dentro del Hospital Militar Central.

Tabla 22

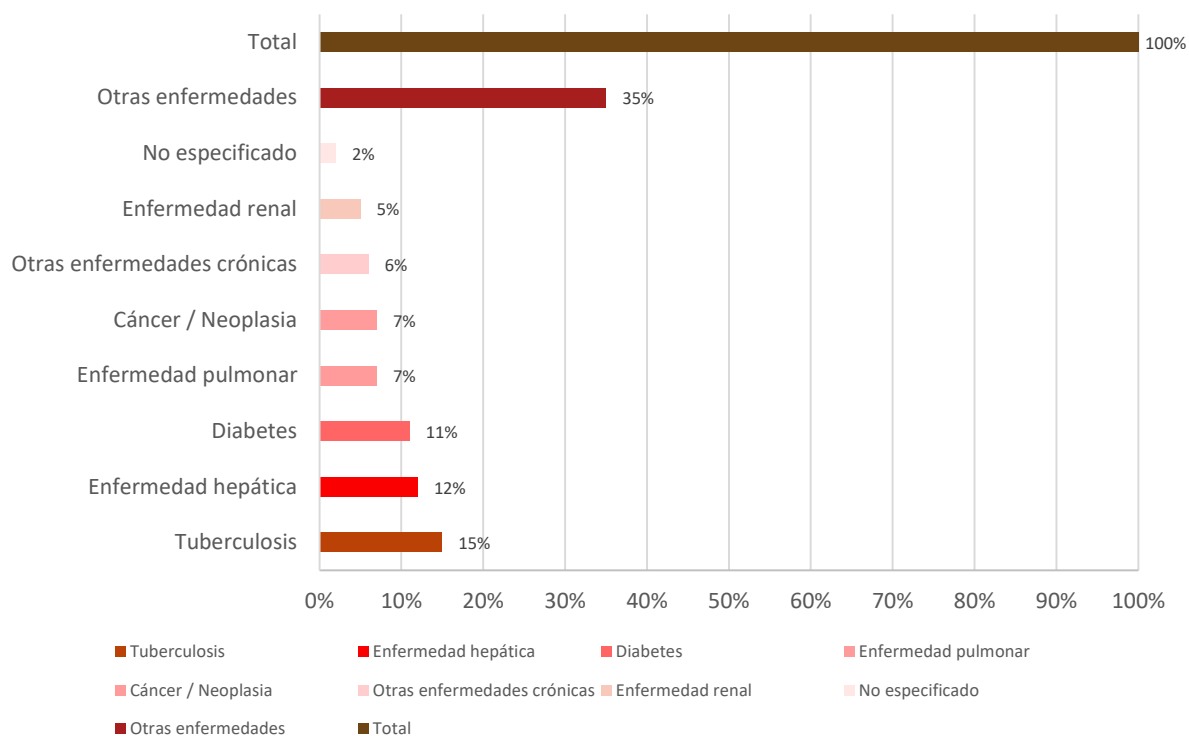
Distribución de pacientes según diagnóstico de enfermedad crónica

		n	%
Diagnóstico de enfermedad crónica	Tuberculosis	15	15.0
	Enfermedad hepática	12	12.0
	Diabetes	11	11.0
	Enfermedad pulmonar	7	7.0
	Cáncer / Neoplasia	7	7.0
	Otras enfermedades crónicas	6	6.0
	Enfermedad renal	5	5.0
	No especificado	2	2.0
	Otras enfermedades	35	35.0
Total		100	100

Nota. La Tabla 22 muestra la distribución de la muestra según el diagnóstico actual reportadas al momento de la entrevista ($n = 100$).

Figura 14

Distribución de pacientes según diagnóstico de enfermedad crónica



En la tabla 22 y en la figura 14, se presenta la distribución de los diagnósticos agrupados en categorías específicas. Se destaca, en primer lugar, la prevalencia de otras enfermedades 35% ($n = 35$), la cual agrupa patologías como el lupus eritematoso sistémico, migraña crónica y osteoartritis. Tuberculosis ocupa el segundo lugar con un 15% ($n = 15$), asimismo, las enfermedades hepáticas 12% ($n = 12$) y diabetes 11% ($n = 11$). Por su parte, las enfermedades pulmonares y las neoplasias presentan una representación moderada del 7% ($n = 7$), mientras que las otras enfermedades crónicas 6% ($n = 6$) y las enfermedades renales 5% ($n = 5$) tienen una menor proporción. Finalmente, un 2% ($n = 2$) corresponde a diagnósticos no especificados. Estos hallazgos indican que una alta heterogeneidad clínica en la muestra.

5.2. Estadística descriptiva aplicada al estudio

Los resultados descriptivos del presente estudio, se basan en los datos numéricos de las tres variables aplicadas, con ello dar aproximación a los objetivos de la investigación.

5.2.1. Estadística Descriptiva de la variable Calidad de Servicio

De acuerdo al análisis descriptivo de la variable calidad de servicio y cada uno de sus dimensiones se obtuvo los siguientes resultados:

Tabla 23

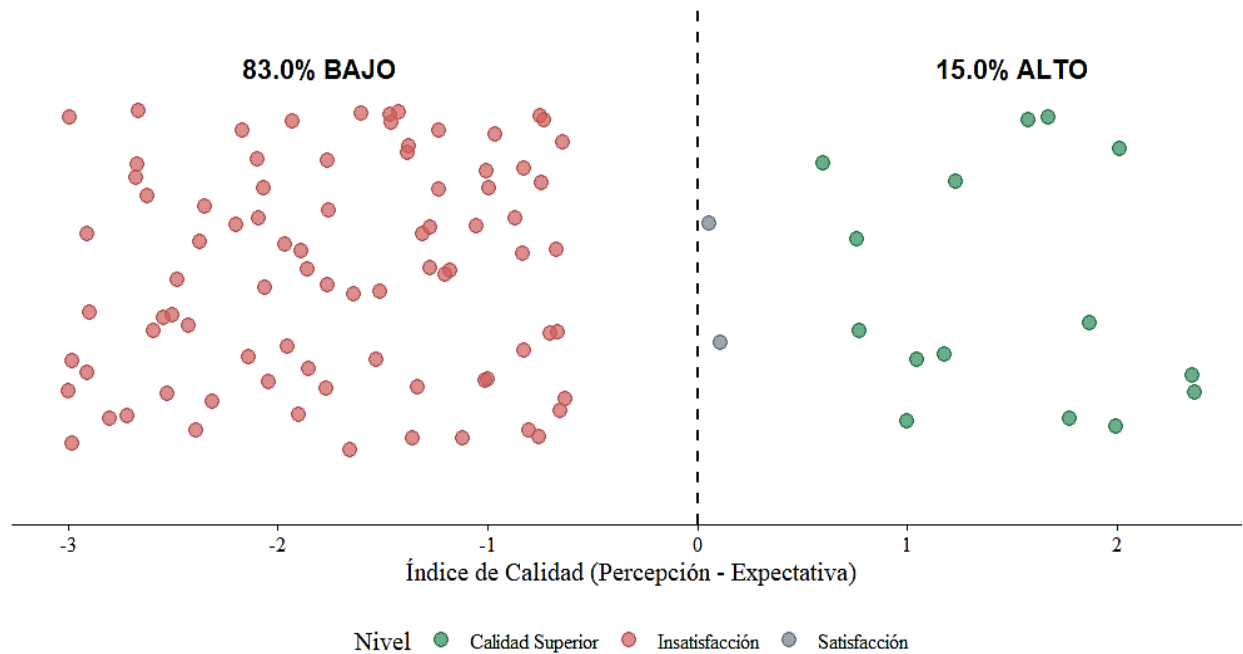
Nivel de Calidad de servicio en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica

Nivel	F	%
Insatisfacción (Bajo)	83	83.0
Satisfacción (Medio)	2	2.0
Calidad Superior (Alto)	15	15.0
Total	100	100.0

Nota. Los niveles se determinan según el índice de brecha ($Q = P - E$); Insatisfacción ($Q < 0$); Satisfacción ($Q = 0$) y Calidad Superior ($Q > 0$)

Figura 15

Nivel de calidad de servicio en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica



Nota: Elaboración mediante RStudio.

En la Tabla 23 y Figura 15 y, se observa la existencia de una predominancia del nivel de Insatisfacción (Bajo) representado por el 83% ($n = 83$) de la muestra. Por otro lado, la satisfacción (Medio) representa un 2% ($n = 2$), mientras que la calidad superior (Alto) presenta un 15% ($n = 15$). Estos hallazgos indican que las expectativas tienden a ser más altas que las percepciones.

Tabla 24

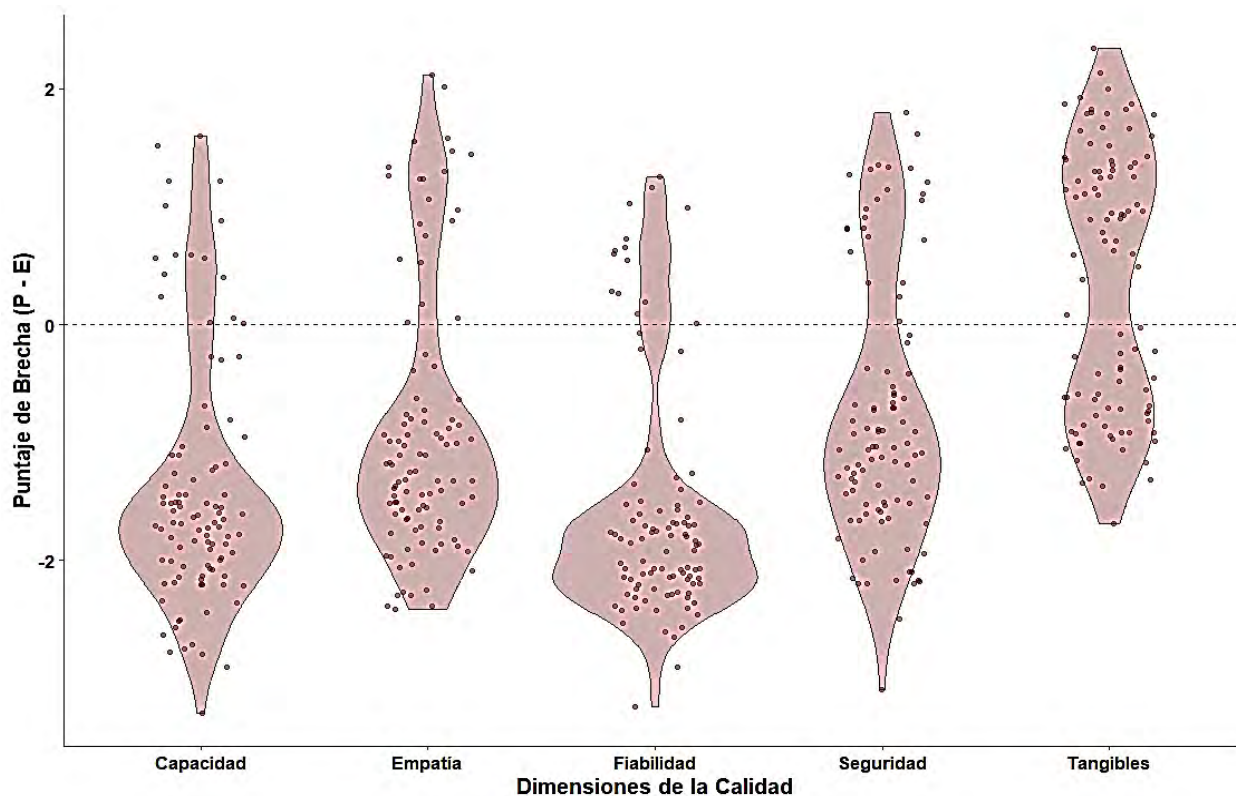
Nivel de calidad de servicio por dimensiones en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica

Dimensión	Bajo		Medio		Alto	
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
D1: Fiabilidad	82	82.0	4	4.0	14	14.0
D2: Capacidad de Respuesta	81	81.0	7	7.0	12	12.0
D3: Seguridad	75	75.0	9	9.0	16	16.0
D4: Empatía	78	78.0	5	5.0	17	17.0
D5: Aspectos Tangibles	44	44.0	11	11.0	45	45.0

Nota: Elaboración mediante RStudio

Figura 16

Nivel de calidad de servicio por dimensiones en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica



Nota. Elaboración mediante RStudio.

En la tabla 24 y gráfica 16 y, se muestra los resultados en relación a las percepciones y expectativas, en donde la dimensión de fiabilidad presenta el mayor número de insatisfacción con un 82% ($n = 82$), seguida capacidad de respuesta con un 81% ($n = 81$), empatía con un 78% ($n = 78$) y seguridad con un 75% ($n = 75$). Por el contrario, la dimensión de Aspectos tangibles indica una como una alta calidad con un 45% ($n = 45$). Estos hallazgos indican que, aunque en la dimensión de Aspectos Tangibles las percepciones y expectativas con más cercanas a diferencia de las demás dimensiones, aun presenta áreas de mejora.

5.2.2 Estadística descriptiva de la variable estrés percibido

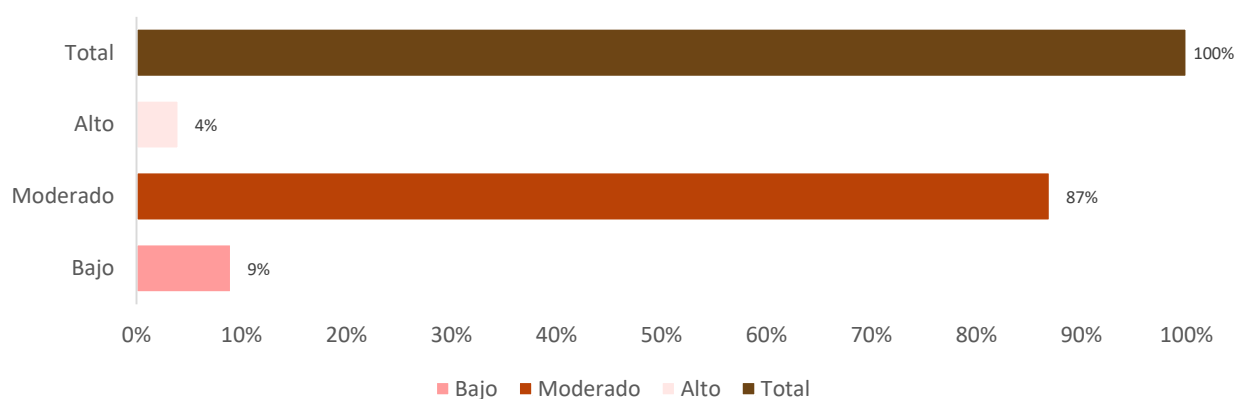
Tabla 25

Nivel de estrés percibido en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica

Nivel de Estrés	F	%
Bajo	9	9.0
Moderado	87	87.0
Alto	4	4.0
Total	100	100.0

Figura 17

Nivel de estrés percibido en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica



En la tabla 25 y en el gráfico 17, se muestra la prevalencia del estrés percibido en la muestra estudiada. Los resultados revelan que el 87% ($n = 87$), se sitúan en un nivel moderado. Por el contrario, el 9% ($n = 9$) presenta un nivel bajo y un 4% ($n = 4$) en un nivel alto. Estos resultados indican que un porcentaje significativo de la población, percibe un descontrol sobre las demandas de su entorno.

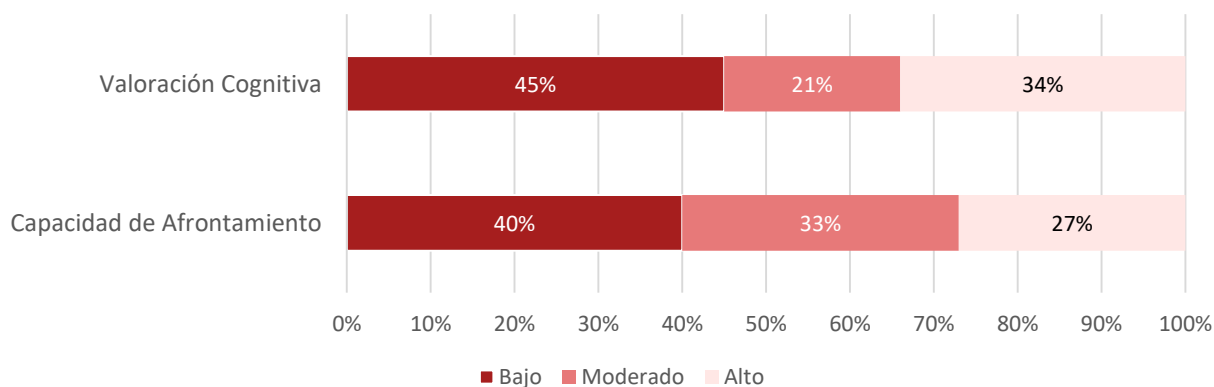
Tabla 26

Nivel de estrés percibido por dimensiones en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica

Dimensión	Bajo		Moderado		Alto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Capacidad de Afrontamiento	40	40.0	33	33.0	27	27.0
Valoración Cognitiva	45	45.0	21	21.0	34	34.0

Figura 18

Nivel de estrés percibido por dimensiones en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica



En la tabla 26 y la gráfica 18, se observa que en la dimensión Valoración Cognitiva, el 45% ($n = 45$) de la población percibe un nivel bajo, el 21% ($n = 21$) en nivel moderado y 34% ($n = 34$), nivel alto. Esto sugiere que un tercio de los pacientes valoran como amenazante su entorno, lo que exacerba la carga emocional de la enfermedad. Por otro lado, en la dimensión de capacidad de afrontamiento, el 40% ($n = 40$) de la muestra indica un nivel bajo, el 33% ($n = 33$) en un nivel moderado y el 27% en un nivel alto. Lo que sugiere que

menos de la mitad de los participantes, perciben una carencia de recursos personales para manejar las demandas.

5.2.3. Estadística descriptiva de la variable percepción de la enfermedad

Tabla 27

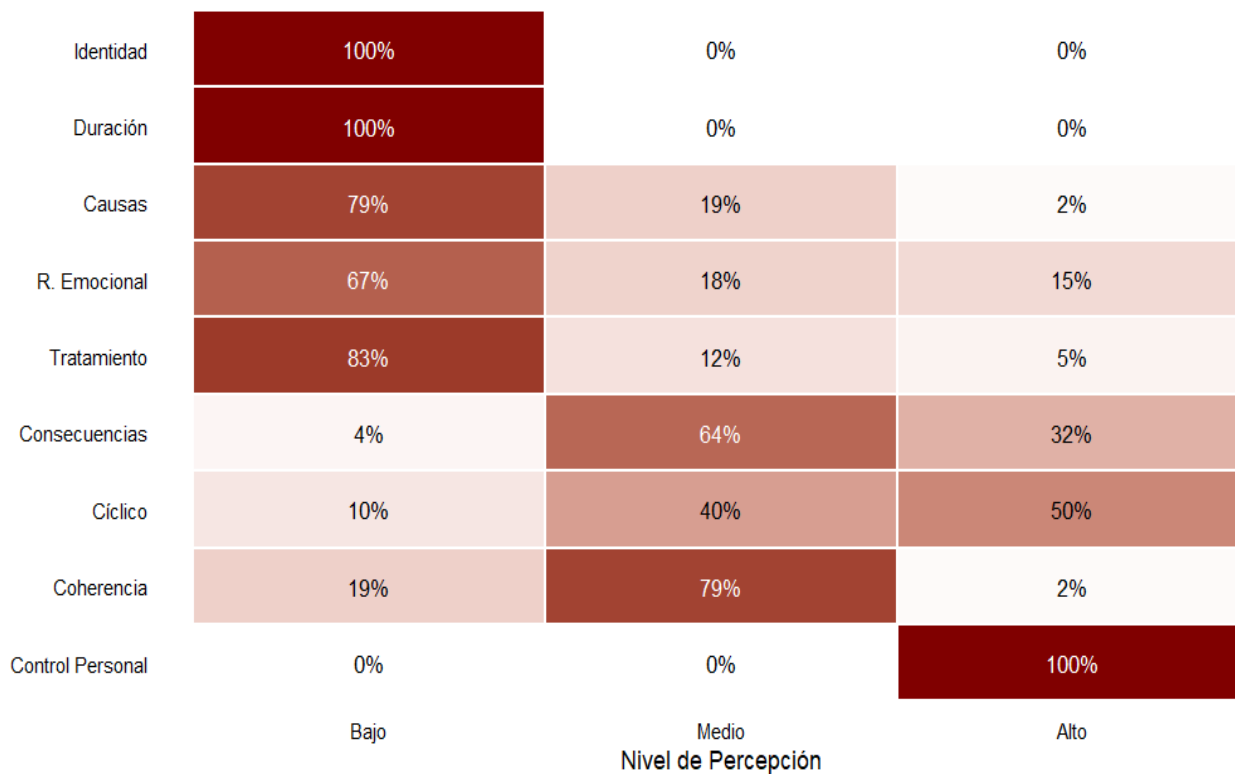
Nivel de percepción de la enfermedad por dimensión en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica

Dimensión	Bajo		Medio		Alto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
D1: Identidad	100	100.0	0	0.0	0	0.0
D2: Duración	100	100.0	0	0.0	0	0.0
D3: Consecuencias	4	4.0	64	64.0	32	32.0
D4: Control Personal	0	0.0	0	0.0	100	100.0
D5: Control del Tratamiento	83	83.0	12	12.0	5	5.0
D6: Coherencia de la enfermedad	19	19.0	79	79.0	2	2.0
D7: Cíclico	10	10.0	40	40.0	50	50.0
D8: Representación Emocional	67	67.0	18	18.0	15	15.0
D9: Causas	79	79.0	19	19.0	2	2.0

Nota. El cuestionario IPQ-R no proporciona un puntaje global, ya que evalúa representaciones cognitivas y emocionales. Por lo que, la dimensión Identidad se califica contando los síntomas que el paciente reconoce (Si / No), a diferencia de las demás dimensiones, que miden el grado de acuerdo del paciente mediante escala Likert.

Figura 19

Nivel de percepción de la enfermedad por dimensión en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica



Nota. Gráfico elaborado en el software RStudio. Los niveles de percepción se determinaron según los rangos de puntuación teórica del instrumento IPQ-R: Bajo (Puntaje < percentil 33), Medio (Percentil 33-66) y Alto (Percentil > 66). No se reporta un puntaje global debido a la independencia teórica de las dimensiones, conforme al Modelo de Autorregulación de Leventhal.

En la tabla 27 y la figura 19 muestran que dimensiones como identidad y duración se concentran completamente en niveles bajos 100% (n = 100), mientras que dimensiones como causas tienen una distribución mayoritariamente en niveles bajos 79% (n = 79), pero con una proporción en nivel medio (19%) y una menor en nivel alto (2%). Asimismo, respuesta emocional presenta un nivel bajo con un 67% (n = 67). En contraste, las dimensiones como, ciclos de la enfermedad presenta un nivel alto al 50% (n = 50), la dimensión de coherencia de

la enfermedad un nivel medio el 79% (n = 79) y control personal con un nivel alto al 100% (n = 100).

Estos hallazgos indican que la totalidad de la muestra percibe una escasa cantidad de síntomas asociados al diagnóstico al momento de la entrevista, esta se ve reforzada con la dimensión de causas, donde un porcentaje significativo de pacientes manifiestan dificultad o falta de interés por identificar el origen de su patología. Se identifica que, al no percibir síntomas alarmantes, el impacto emocional como el miedo, ansiedad o la tristeza se ven reducidos.

Por otro lado, se evidencia que, un porcentaje significativo de la muestra estudiada posee un conocimiento moderado sobre su tratamiento, aunque no una comprensión total de la enfermedad misma. El hallazgo más relevante reside en la dimensión de control percibido, donde la totalidad de los pacientes demuestra una firme confianza en su capacidad para gestionar su salud. Finalmente, el perfil de paciente se caracteriza por una alta tolerancia frente a la gravedad y duración de los síntomas, lo cual favorece un estado emocional y un sentido de autoeficacia máximo, dicho perfil evidencia un nivel de percepción de la enfermedad en los pacientes como favorable, por lo que no se manifiesta como una preocupación alarmante, por el contrario, con alta confianza en la recuperación y una comprensión moderada del tratamiento.

5.3. Estadística inferencial aplicada al estudio

5.3.1. Prueba de normalidad

Para obtener la prueba de normalidad, se procedió con la aplicación de la prueba de normalidad de Shapiro – Wilk a las tres variables de estudio, de esta manera verificar si se rigen o no a una distribución normal.

Tabla 28*Prueba de normalidad de Shapiro – Wilk*

	Estadístico (W)	Grados de libertad (gl)	Sig
Calidad de Servicio	0.881	100	.000
Estrés Percibido	0.824	100	.000
Percepción de la Enfermedad	0.972	100	.035

Nota: Datos obtenidos mediante el software estadístico RStudio v.4.4.1

En la tabla 28, se muestra que la prueba de normalidad evidencia los niveles de significancia de las tres variables. La percepción de la enfermedad dio como resultado un valor de .035 ($p = .035$) de significancia, por otro lado, el estrés percibido y la calidad de servicio presentan un valor de .000 ($p = .000$) de significancia, al presentar valores menores a 0.05. Por ende, al ser las variables no paramétricas, se utiliza el estadístico Rho de Spearman para el contraste de hipótesis.

5.3.2 Correlación entre la variable, calidad de servicio, estrés percibido con las dimensiones de percepción de la enfermedad.

En este apartado se detalla el procedimiento para demostrar la hipótesis:

- **Formulación de la hipótesis estadística:**

$$H_1: r_{xyz} \neq 0$$

$$H_0: r_{xyz} = 0$$

- **Regla de decisión:**

- Si $p \leq 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula y se acepta la Hipótesis Alternativa.
- Si $p > 0.05$, no se rechaza la Hipótesis Nula.

Tabla 29

Tabla de correlación entre la calidad de servicio, el estrés percibido y las dimensiones de la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica

VARIABLES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Calidad de Servicio	—										
2. Estrés Percibido	-.208*	—									
3. Identidad	-.048	-.192*	—								
4. Duración	-.091	.045	.155	—							
5. Consecuencias	-.241*	-.061	.117	.312**	—						
6. Control Personal	.286**	.011	.036	-.088	-.128	—					
7. Control Tratamiento	.264**	.025	-.065	.102	-.094	.452**	—				
8. Coherencia	-.100	.066	-.152	.044	.293**	-.031	.131	—			
9. Ciclicidad	-.055	.112	.201*	.411**	.188	-.092	.014	.156	—		
10. Repres. Emocional	-.249*	-.024	-.141	.221*	.124	-.424**	-.084	.114	.302**	—	
11. Causas	.012	-.088	.054	.011	-.045	.098	.112	-.076	.044	-.012	—

Nota: *. La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral). **. La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

En la tabla 29 se exponen las relaciones estadísticamente significativas entre las variables calidad de servicio, estrés percibido y las dimensiones de la percepción de la enfermedad.

Después de analizar los niveles de significancia en las dimensiones (**ver Anexo 15**).

Los resultados revelan relación directa positiva entre la calidad de servicio con las dimensiones de control personal ($r = .286, p = .004$) y control de tratamiento ($r = .264, p = .008$). Estos hallazgos indican que, a mayor calidad de servicio percibida, aumenta el sentido de autoeficacia del paciente y su confianza en la efectividad de los tratamientos e intervenciones clínicas para gestionar su salud. Asimismo, la calidad de servicio presenta una correlación inversa significativa con la dimensión de representación emocional ($r = -.249, p = .013$) y consecuencias ($r = -.241, p = .016$). Dichos resultados permiten inferir que un entorno con buena atención hospitalaria actúa como un factor protector, atenuando el impacto emocional negativo y minimizando la interpretación de gravedad sobre el impacto de la enfermedad en la vida cotidiana del paciente.

Respecto al estrés percibido, se observó una relación inversa con la calidad de servicio ($r = -.208, p = .038$), esto sugiere que la tensión psicológica se ve reducida por una atención adecuada. Sin embargo, presenta una relación inversa con la dimensión identidad ($r = -.192, p = .046$). Esta relación sugiere que, cuando el paciente experimenta menos estrés, presenta mayor atención a sus síntomas, lo que nos indica que el bienestar psicológico permite una mayor autoconciencia de la condición. Dado que la muestra estudiada está conformada por pacientes con enfermedades crónicas, se infiere que la percepción de la enfermedad constituye un constructo dinámico y sensible a la calidad de la interacción médico-paciente. Por el contrario, se sugiere que el estrés percibido es una variable que se ve influenciada por la cronicidad del diagnóstico y factores externos al entorno hospitalario. Se concluye que existe una red de interacciones funcionales entre las variables de estudio, esto permite rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis general.

5.3.3 Correlaciones entre las dimensiones de la calidad de servicio y las dimensiones de la percepción de la enfermedad

Tabla 30

Matriz de correlación entre las dimensiones de la calidad de servicio y las dimensiones de la percepción de la enfermedad

Dimensiones					
PE / CS	Calidad de servicio				
Percepción de la enfermedad	D1. Fiabilidad	D2. Cap. Respuesta	D3. Seguridad	D4. Empatía	D5. Tangibles
D1. Identidad	-.042	-.035	-.051	-.030	-.022
D2. Duración	-.080	-.071	-.095	-.088	-.102
D3. Consecuencias	-.235*	-.210*	-.255*	-.240*	-.188
D4. Control Personal	.272*	.255*	.294**	.280**	.210*
D5. Control Tratamiento	.250*	.212*	.275**	.268**	.195
D6. Coherencia	-.095	-.088	-.110	-.092	-.075
D7. Ciclicidad	-.050	-.042	-.060	-.055	-.035
D8. Repres. Emocional	-.238*	-.225*	-.261**	-.255**	-.201*
D9. Causas	.008	.015	.012	.010	.011

Nota: *. La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral). **. La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

En la tabla 30 se evidencia una correlación estadísticamente significativa, tras analizar los niveles de significancia en las dimensiones (**ver Anexo 16**). Se aprecia una relación entre

la dimensión de seguridad y el control personal ($r = .294^{**}$, $p = .003$), asimismo, se muestra una relación entre las dimensiones de empatía y control de tratamiento ($r = .268^{**}$, $p = .007$). De acuerdo a Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), ambas relaciones presentan una relación directa positiva baja. Estos hallazgos indican que, a medida que se incrementa la percepción de seguridad y confianza en la atención hospitalaria se aumenta la sensación de autoeficacia del paciente, además un trato más personal favorece que el paciente presente una mayor confianza en el tratamiento y procedimientos médicos recibidos.

En lo referente con la dimensión de capacidad de respuesta, esta se relaciona con el control del tratamiento ($r = .212^*$, $p = .032$), la cual indica que la prontitud del personal refuerza la seguridad del paciente frente a los procedimientos clínicos.

Por otro lado, se observa una relación significativa entre la seguridad y la representación emocional ($r = -.261^{**}$, $p = .009$), como en las dimensiones de fiabilidad y consecuencias ($r = -.235^*$, $p = .019$). De acuerdo a Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), dichas relaciones se evidencia una relación inversa negativa baja. Estos hallazgos indican que, a medida que la seguridad en el servicio hospitalario es mayor, disminuye la carga emocional negativa, así como un mayor cumplimiento de lo prometido por parte del hospital, reducen la percepción de las consecuencias de su enfermedad. De esta manera se acepta la hipótesis de estudio.

5.3.4. Correlaciones entre las dimensiones de Estrés percibido y las dimensiones de la Percepción de la enfermedad

Tabla 31

Matriz de correlación entre las dimensiones de Estrés Percibido y las dimensiones de la Percepción de la enfermedad

Dimensiones		Estrés Percibido	
		D1. Capacidad de Afrontamiento	D2. Valoración Cognitiva
Percepción de la enfermedad	D1. Identidad	.20*	-.26**
	D2. Duración	-.04	-.06
	D3. Consecuencias	.02	-.12
	D4. Control Personal	-.07	-.11
	D5. Control Tratamiento	-.04	.09
	D6. Coherencia	-.05	.14
	D7. Ciclos	-.12	.05
	D8. Repres. Emocional	.10	-.10
	D9. Causas	-.09	-.01

Nota. *. La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral). **. La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

En la tabla 31, se evidencia una correlación estadísticamente significativa, tras analizar los niveles de significancia en las dimensiones (ver Anexo 17). Se aprecia una relación entre la valoración cognitiva y la identidad ($r = -.26^{**}$, $p = .009$), demostrando que existe una relación inversa negativa baja. Este hallazgo indica que a medida que el paciente mejora su valoración sobre sus recursos cognitivos para manejar situaciones estresantes, disminuye la tendencia a identificar síntomas negativos de su enfermedad.

Por otro lado, se evidencia una relación significativa entre las dimensiones de capacidad de afrontamiento y la identidad ($r = .20^*$, $p = .046$), que representa una relación directa positiva muy baja. Este resultado sugiere que una mayor percepción de autoeficacia

para afrontar el estrés se vincula con una disposición del paciente para reconocer los síntomas propios de su diagnóstico crónico. En consecuencia, estos resultados permiten rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de estudio.

5.3.5. Comparación de grupos

Tabla 32

Comparación de las dimensiones de la Percepción de la enfermedad con respecto al género

Dimensiones de la PE	Hombres	Mujeres	U de Mann-Whitney (W)	Valor p
	Mediana (Me)			
D1. Identidad	3.00	3.00	633.00	.970
D2. Duración	15.00	15.00	637.50	1.000
D3. Consecuencias	20.62	20.00	671.50	.750
D4. Control Personal	40.27	40.00	588.50	.640
D5. Control Tratamiento	20.00	21.00	396.50	.020*
D6. Coherencia	11.00	10.00	747.50	.280
D7. Ciclicidad	14.00	16.00	532.00	.310
D8. Repres. Emocional	19.00	18.00	701.50	.540
D9. Causas	33.00	41.00	523.00	.270

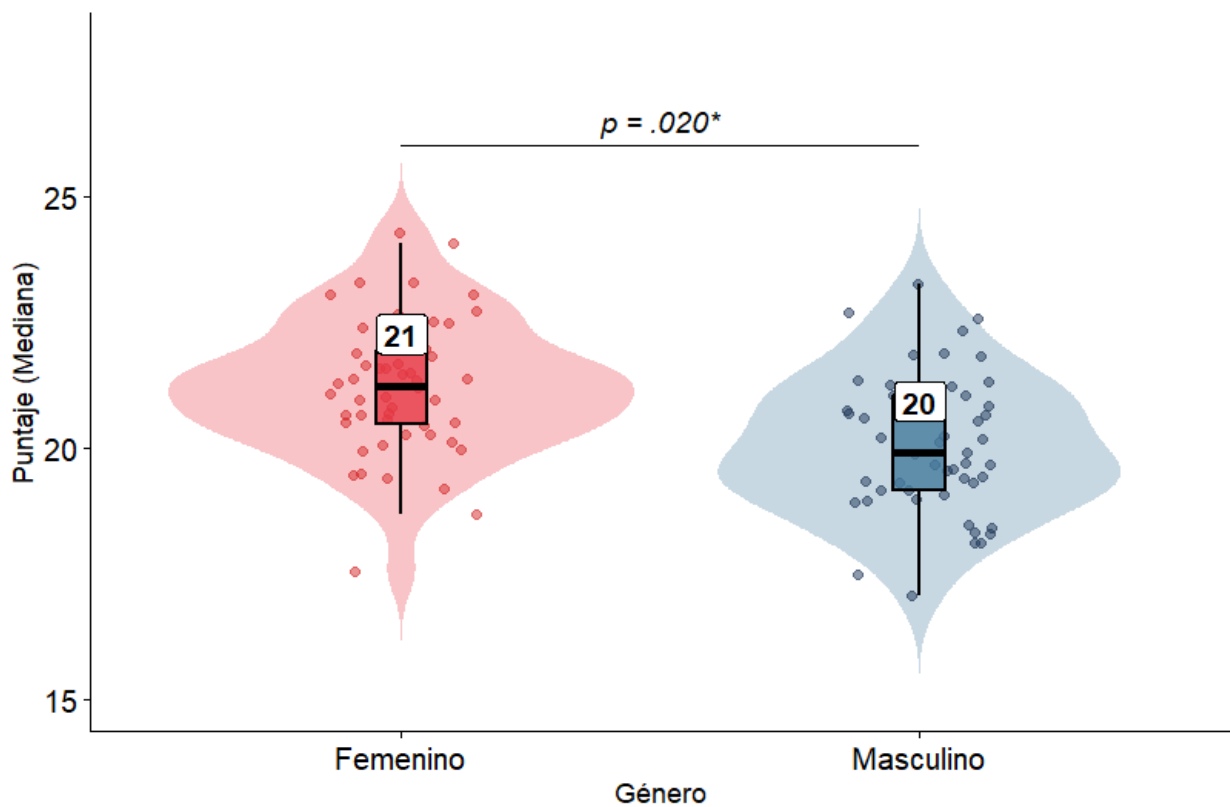
Nota. U= Mann-Whitney; p= Nivel de significancia. La Dimensión 5 (Control del Tratamiento) muestra una diferencia estadísticamente significativa ($p < .05$), donde el grupo femenino presenta una mediana superior (Me = 21) frente al masculino (Me = 20).

En la tabla 32 de acuerdo al análisis inferencial mediante la prueba de U de Mann-Whitney reveló que solo la dimensión de control de tratamiento presenta una diferencia significativa con respecto al género ($p = .020, < .05$). Se muestra un contraste relevante entre las mujeres (Me = 21) y hombres (Me = 20). Este hallazgo sugiere que pacientes de género femenino poseen una mayor convicción en las intervenciones terapéuticas para el manejo de

la enfermedad, conllevando a una mayor adherencia al tratamiento. Se acepta la hipótesis específica de investigación.

Figura 20

Análisis comparativo de la dimensión control del tratamiento con respecto al género



Nota. Se presenta de forma exclusiva la representación gráfica de la dimensión D5. Control del Tratamiento al ser la única que reportó una diferencia estadísticamente significativa ($p = .020$) Las dimensiones restantes, al no mostrar variaciones significativas, las cuales se detallan en la tabla 33.

Tabla 33

Comparación de las dimensiones de la percepción de la enfermedad con respecto a la edad

Dimensiones de la percepción de la enfermedad	18-25	26-44	45-60	> 60	Prueba χ^2	Sig. (p)
	años	años	años	años		
	Media (Me)					
D1. Identidad	11.00	12.00	11.00	12.00	2.15	.542
D2. Duración	19.00	18.00	19.00	19.00	4.60	.203
D3. Consecuencias	18.00	18.00	21.00	21.00	12.71	.005**
D4. Control Personal	22.00	22.00	21.00	22.00	3.50	.320
D5. Control Tratamiento	21.00	19.00	20.00	20.00	8.75	.030*
D6. Comprensión	12.00	10.00	11.00	11.00	8.28	.040*
D7. Ciclicidad	11.00	10.00	10.00	11.00	3.12	.373
D8. Rep. Emocional	18.00	17.50	18.00	18.00	1.89	.595

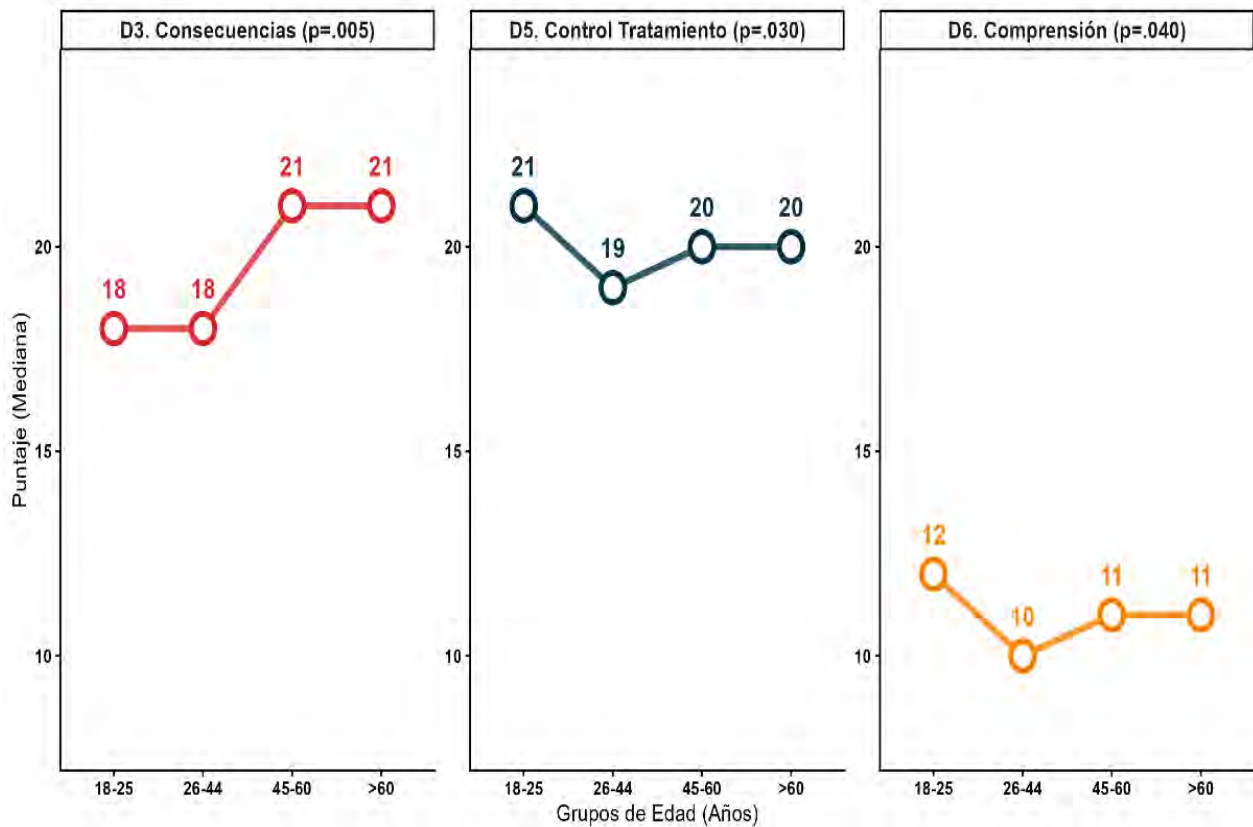
Nota. Me = Mediana; χ^2 = Estadístico Kruskal-Wallis. La diferencia es significativa al nivel: * $p < .05$; ** $p < .01$.

En la tabla 33, de acuerdo al análisis inferencial mediante la prueba de H de Kruskal-Wallis reveló diferencias estadísticamente significativas en tres dimensiones de la percepción de la enfermedad. La dimensión de consecuencias mostró una diferencia significativa más robusta entre 45 - 60 años y > 60 años ($p = .005 < .01$) **. La dimensión de control de tratamiento reflejó una relación significativa con las edades de 18 - 44 años ($p = .030 < .05$) * y la dimensión comprensión con edades de 18 -25 años ($p = .040 < .05$) *. Estos resultados señalan que lo pacientes de 45 a más de 60 años perciben una visión más crítica de las consecuencias en comparación con los demás grupos de edades, por otro lado, pacientes entre 18 a 44 años presentan una mayor creencia sobre la efectividad frente a la adherencia terapéutica. Por el contrario pacientes de 18 a 25 años presentan una mayor claridad cognitiva

sobre la enfermedad. Debido a la presencia de diferencias significativas, se acepta la hipótesis de investigación.

Figura 21

Comparación de las dimensiones de la percepción de la enfermedad con respecto a la edad



Nota. El gráfico representa exclusivamente las dimensiones que reportaron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$): D3. Consecuencias, D5. Control del Tratamiento y D6. Comprensión. Las líneas conectoras ilustran la trayectoria de las medianas a través de los grupos etarios.

Tabla 34

Comparación de las dimensiones de la percepción de la enfermedad con respecto al ingreso económico

Dimensiones de la Percepción de la enfermedad	< 1 mil soles	1-2 mil soles	2-4 mil soles	> 4 mil soles	Prueba χ^2	Sig. (p)
	Mediana (Me)					
D1. Identidad	3.00	3.00	3.00	5.00	9.59	.020*
D2. Duración	15.00	15.00	16.00	15.00	0.99	.800
D3. Consecuencias	19.17	20.00	22.27	21.14	8.87	.030*
D4. Control Personal	39.67	39.33	39.35	40.27	0.33	.950
D5. Control Tratamiento	21.00	21.00	18.00	18.00	10.33	.020*
D6. Comprensión	11.50	11.00	11.00	11.00	3.22	.360
D7. Ciclicidad	13.50	15.00	14.00	15.00	4.45	.220
D8. Rep. Emocional	16.50	19.00	18.00	22.00	5.42	.140
D9. Causas	40.00	35.00	35.00	32.50	1.92	.590

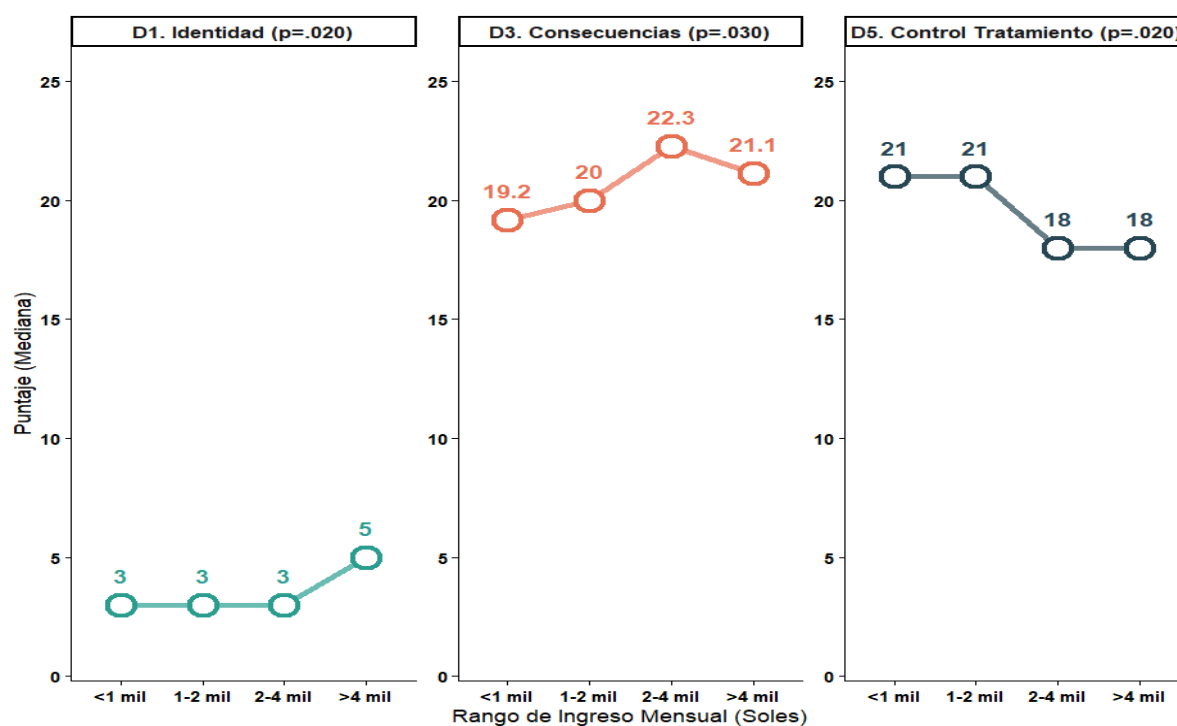
Nota. Me = Mediana; χ^2 = Estadístico de Kruskal-Wallis. La diferencia es significativa al nivel: $p < .05$.

En la tabla 34, la prueba de H de Kruskal-Wallis evidenció que el ingreso económico presenta una relación significativa con tres dimensiones de la percepción de la enfermedad. La identidad con los ingresos > 4 mil soles ($p = .020 < .05$) *. La dimensión de consecuencias con ingresos entre 2 – 4 mil soles ($p = .030 < .05$) * y el control de tratamiento con ingresos de < 2 mil soles ($p = .020 < .05$) *. Estos resultados señalan que los pacientes con ingresos

superior a 4 mil soles perciben una mayor identidad de la enfermedad en comparación con los otros grupos, asimismo, aquellos que poseen un ingreso entre 2 a 4 mil soles reportan una percepción más negativa a las consecuencias de su patología, por el contrario, los pacientes con ingresos que tiene menos de dos mil soles manifiestan una creencia más firme en la efectividad terapéutica, disminuyendo con los niveles económicos más elevados. Por consiguiente, se evidencia la existencia de diferencias significativas, se acepta la hipótesis de investigación.

Figura 22

Comparación de las dimensiones de la percepción de la enfermedad con respecto al ingreso económico



Nota. El gráfico representa exclusivamente las dimensiones que reportaron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$): D1. Identidad, D3. Consecuencias y D5. Control de tratamiento. Las variaciones visuales confirman que el nivel socioeconómico influye de manera diferenciada.

Capítulo VI

Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la calidad de servicio, el estrés percibido y la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central de Lima 2024. Los hallazgos revelan una interacción sistemática funcional, entre las variables de estudio, validando la hipótesis general mediante una red de correlaciones significativas ($p < .05$), las cuales se discuten a continuación.

Se observa que la Calidad de Servicio presenta relación estadísticamente significativa con dos dimensiones cognitivas de la Percepción de la enfermedad, específicamente con el control personal ($r = 0.286$, $p = .004$) y control de tratamiento ($r = .264$, $p = .008$). Por su parte, el Estrés Percibido evidencia una relación inversa con la dimensión identidad de la percepción de la enfermedad ($r = -.192$, $p = .046$) como con la calidad de servicio ($r = -.208$, $p = .038$), lo que indica que los pacientes experimentan una reducción en la carga de estrés ante una atención más personalizada y eficiente.

Estos hallazgos convergen con lo mencionado por Sadeghi et al (2019), quienes identificaron factores predictivos en pacientes con patologías crónicas, evidenciando que las dimensiones cognitivas de la percepción de la enfermedad, como el control personal y el control del tratamiento guardan una relación significativa con los niveles de estrés percibido. Esto demuestra que la manera en que el paciente interpreta su cronicidad actúa como un determinante emocional, donde una representación cognitiva con mayor soporte reduce la vulnerabilidad ante el estrés hospitalario. Como sostiene Donabedian, citado por Rodríguez - Salamanca (2022), la calidad no es un elemento aislado, por el contrario, es el resultado de la

interrelación que incluye la estructura, el proceso y el resultado. De esta manera, la eficacia en los procedimientos y una buena atención fortalecen la percepción de control paciente crónico, reduciendo significativamente sus niveles de estrés.

A nivel descriptivo, los hallazgos muestran una situación que requiere una atención prioritaria, atendiendo así al primer objetivo específico del estudio relacionado a la calidad de servicio (CS). Se identificó una predominancia de insatisfacción del 83% en la calidad de servicio global. lo que, según el modelo de Parasuraman et al. (1988), evidencia una brecha significativa donde las expectativas del paciente con enfermedad crónica superan ampliamente la experiencia recibida en el Hospital Militar Central. No obstante, destaca que la dimensión de aspectos tangibles fue la mejor valorada con un 45%, lo cual sugiere que, si bien la infraestructura es percibida positivamente, existe una necesidad de alinear la gestión asistencial con las expectativas de los pacientes, especialmente en áreas críticas como Seguridad y Capacidad de Respuesta (Garza-Carranza et al., 2024). Estos resultados adquieren una relevancia al contrastarlos con la investigación de Shie et al. (2022), quienes sostienen que un servicio hospitalario de calidad es el principal predictor de confianza ($\beta = 0.62$), y la lealtad ($\beta = 0.54$) del paciente crónico. De esta manera, la elevada insatisfacción hallada en el contexto militar no solo representa una deficiencia administrativa, también un riesgo para la fidelización y la generación de un vínculo terapéutico.

En cuanto a los hallazgos del segundo objetivo específico, en relación con la variable de estrés percibido (EP), la mayoría de los pacientes (87%) reportan niveles moderados, mientras que, en la dimensión de Capacidad de Afrontamiento, un 40% se situó en niveles bajos. Este resultado refuerza la importancia de fortalecer las estrategias de afrontamiento para optimizar el bienestar psicológico, como ya se ha demostrado en investigaciones previas

(Salazar et al., 2019; Taylor & Stanton, 2020). Además, en Valoración Cognitiva, el 45% de los participantes perciben sus experiencias como negativas, lo cual podría influir negativamente en el cumplimiento del tratamiento y en los resultados terapéuticos (Smith et al. 2018). Estos hallazgos tienen fundamento en el Modelo Transaccional del Estrés de Lazarus y Folkman (1984). Bajo esta óptica, el estrés se interpreta como un fenómeno psicológico activo, donde el paciente realiza una evaluación constante entre las demandas de su entorno y la relación con sus recursos personales que posee para hacerles frente a dichas demandas. En el contexto de los pacientes crónicos evaluados, las demandas son percibidas como exigentes pero manejables, el estrés se manifiesta en niveles intermedios. No obstante, el riesgo de un incremento es el estrés persiste cuando la percepción en las exigencias atencionales supera el umbral de los recursos disponibles.

En base a los resultados del tercer objetivo específico, los hallazgos sobre la Percepción de la Enfermedad (PE) revelan que, en la dimensión de Causas, los pacientes del HMC poseen un conocimiento limitado sobre el origen de su patología, como se ha señalado en investigaciones previas sobre percepción de causalidad y su impacto en el manejo de enfermedades crónicas (Lugo-González et al., 2022). En relación con la dimensión de la duración, se muestra que la totalidad de los pacientes percibe una duración breve de su enfermedad, a pesar de su condición actual, esto refleja que los pacientes presentan una expectativa de su trascurso, como lo señalan Moss - Morris et al. (2022) la duración es la creencia del paciente sobre la resolución de la enfermedad y su naturaleza. Esta discrepancia sugiere que, en el contexto militar resalta la resiliencia en los usuarios. Por el contrario, la dimensión de Control Personal mostró valoraciones positivas, las cuales actúan como un facilitador de la adherencia terapéutica, reforzando la investigación de Salazar et al. (2019) acerca de la importancia de la autoeficacia percibida en la recuperación de enfermedades de

larga duración. Asimismo, la Respuesta Emocional, con una mediana de 19 ($Me = 19$), evidenció una carga moderada, confirmando el impacto psicológico persistente en el paciente del HMC. Estos hallazgos se relacionan con el estudio de Al-Zaru y Al-Dwairi (2023), quienes determinaron que una percepción negativa de la enfermedad disminuye significativamente en la calidad de la atención, así mismo en su modelo predictivo señalan que, el 64% de la varianza en la satisfacción del paciente, lo que demuestra que la forma en que el usuario interpreta su condición de salud es un indicador para evaluar el servicio percibido.

En cuanto al cuarto objetivo específico, se muestra que existe una conexión significativa entre la Calidad de Servicio (CS) y la Percepción de la Enfermedad (PE), se destaca el vínculo significativo entre control personal con dimensiones de seguridad ($r = .294$, $p = .003$) y empatía ($r = .280$, $p = .005$). Esta relación positiva sugiere que la seguridad y la empatía que percibe el paciente incrementa cuanto más control posee en relación a sus acciones y decisiones. Estos hallazgos guardan coherencia con lo reportado por Minjie et al., (2024), en donde señalan que una opinión favorable hacia un servicio, se asocia de manera significativa con mejor autoeficacia por parte del paciente. Por otro lado, se encontró una correlación inversa entre la dimensión seguridad y representación emocional ($r = -.261$, $p < .05$), este resultado muestra que, a mayor calidad percibida, menor es la carga emocional asociada a la enfermedad. Este punto se ve fuertemente respaldado por la evidencia nacional de Chávez Sosa et al. (2022), quien en un estudio con la población peruana demostró que las deficiencias en el acceso al sistema sanitario incrementan significativamente la probabilidad de desarrollar una visión negativa y pesimista de la enfermedad ($OR=1.76$).

Por el contrario, contar con un soporte institucional adecuado actúa como un factor protector (OR = 0.63), lo que refuerza lo hallado en el HMC. Tal como lo sugiere García-Martínez et al. (2021), cuando el paciente expresa seguridad en la capacidad de respuesta y la seguridad del personal sanitario, genera que los niveles de ansiedad se vean disminuidos y que el bienestar emocional mejore significativamente (García-Martínez et al., 2021). Asimismo, se encontró una relación directa con el control del tratamiento y la fiabilidad ($r = .250, p < .05$), lo que implica que paciente confía en el tratamiento, a medida que percibe que se cumple con todo lo establecido por el hospital. Como lo señala Fátima et al. (2018); Woo y Choi (2021) al tener una prestación de servicios de salud comprometido con el bienestar de la población, permite un mayor soporte y alianza con todo el equipo profesional.

Los resultados encontrados se contrastan con el Modelo SERVQUAL elaborado por Parasuraman et al. (1985), los cuales conciben que la calidad del servicio tiene como pilar la discrepancia entre las expectativas y las apreciaciones reales tras recibir el servicio. En consideración a lo anterior, no solo influye en la satisfacción del usuario, sino también en la forma en que este interpreta su experiencia de atención y evalúa los resultados relacionados a su proceso de salud.

En lo referente al quinto objetivo específico, se determinó que las dimensiones del estrés percibido (EP) interactúan de manera diferencial con una dimensión específica de la Percepción de la enfermedad, la identidad. Se halló que los pacientes con una valoración cognitiva más positiva de sus recursos frente al estrés, tienden a identificar menos síntomas ($r = -.26$) y pacientes con una mayor capacidad de afrontamiento percibida lo asocian con una mayor identificación activa de síntomas ($r = .20$). Esto sugiere que los pacientes reconocen un

mayor número de síntomas en consecuencia de un adecuado manejo de estrategias frente a la enfermedad.

Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Pankowski et al. (2024), quienes sostienen que los individuos con mayores capacidades de afrontamiento presentan una mayor conciencia corporal, lo que se traduce en una atención más precisa del estado de salud. Este fenómeno se inclina a un rol proactivo que fortalece el seguimiento de síntomas. Esta complejidad esta reforzado por Miceli et al. (2019), quienes hallaron que las dimensiones de la Percepción de la Enfermedad poseen una capacidad predictiva sobre el estrés, expresados con un valor de 36.1% de la varianza, demostrando que una interpretación negativa de la cronicidad eleva la carga emocional del paciente.

Asimismo, estos resultados se asocian con el Modelo de Ecuaciones Estructurales de Tian et al. (2022), cuyo modelo revela que el estrés percibido ejerce una influencia directa y positiva sobre la percepción negativa de la enfermedad. Según esta perspectiva, el estrés funciona como un mecanismo que distorsiona la evaluación cognitiva del paciente, llevándolo a percibir su condición como más severa y con menores posibilidades de control. Al igual que en la presente investigación, se evidencia que el bienestar psicológico no depende únicamente del diagnóstico clínico, sino de la capacidad de respuesta emocional ante los estresores hospitalarios. Por otro lado, la correlación negativa entre la evaluación cognitiva y la identidad de la enfermedad indica que los individuos con evaluaciones cognitivas más positivas de sus capacidades tienden a identificar menos síntomas relacionados con su enfermedad. Esto sugiere que una perspectiva cognitiva positiva puede amortiguar la identificación excesiva de síntomas, posiblemente reduciendo la ansiedad relacionada con la salud. Por ejemplo, la investigación de Minshall et al. (2021) sobre el

impacto de la Percepción de la Enfermedad y las tácticas de afrontamiento en la Calidad de Vida en pacientes después de un accidente cerebrovascular encontró que las evaluaciones cognitivas positivas se asociaron con una menor notificación de síntomas y una menor angustia psicológica.

La ausencia de correlaciones significativas en ciertas dimensiones, puede atribuirse a la naturaleza que posee la presente investigación, debido a la realización dentro de un entorno hospitalario militar. En este contexto, los participantes poseen características específicas condicionados por un entrenamiento previo en gestión del estrés y una exposición continua a situaciones de alto riesgo, dichos factores podrían modular selectivamente algunas dimensiones de percepción de la enfermedad. Por ejemplo, en la población militar, percibir el control personal suele asociarse como un atributo derivado de la disciplina y la formación jerárquica, más que como una variable dependiente del estrés percibido (Harms et al., 2013; Moore et al., 2023).

Estos hallazgos se articulan con el Modelo Biopsicosocial de Engel (1977), el cual postula que la salud y la enfermedad son producto de la interacción recíproca entre factores biológicos, psicológicos y sociales, es decir, que las personas que poseen una mayor recursos de afrontamiento logran modular sus percepciones sintomáticas y su respuesta emocional ante una enfermedad, además, los factores psicológicos y sociales influyen en cómo experimentan y manejan su condición de salud, destacando la importancia de abordar al paciente de manera integral.

De acuerdo a los resultados del sexto objetivo específico, los análisis comparativos revelaron discrepancias significativas en las Percepción de la Enfermedad, según el perfil sociodemográfico, como el género, edad e ingresos económicos. En la dimensión de Control

de Tratamiento, las mujeres mostraron una mediana significativamente más alta (21.00) que los hombres (20.00; $W = 396.50$, $p = 0.02$). Este hallazgo es consistente con estudios previos que proponen que la población femenina tiende a reportar mayor preocupación y sensibilidad hacia el manejo de su enfermedad, esto se debe a que poseen diferentes estrategias de afrontamiento y actitudes hacia el tratamiento médico (Salazar, 2022). Además, investigaciones en género y percepción de la salud han señalado que las mujeres suelen involucrarse más activamente en la información sobre su condición y tienen expectativas más altas sobre la calidad de las intervenciones médicas recibidas (Colombo et al., 2019; Lee et al., 2020; Smith et al., 2018).

En relación con el factor etario, los grupos más jóvenes (18-25 años) alcanzaron medianas significativamente más altas en la dimensión de Control de Tratamiento ($Me = 21.00$) en comparación con adultos de 26 a 44 años ($Me = 19.00$) y los mayores de 45 años ($Me = 20$; $\chi^2 = 8.75$, $p = .030$). Esta particularidad puede atribuirse a una mayor participación en su cuidado de la salud y acceso a una información médica actualizada. Asimismo, los participantes de 18-25 años destacaron en la dimensión de Comprensión con medianas más altas ($Me = 12.00$), superando a los rangos de mayor edad, lo que sugiere una ventaja asociada a una formación académica reciente, la cual facilita la asimilación de conceptos sobre la enfermedad (Zhang et al., 2024).

Esta particular sensibilidad en los pacientes jóvenes coincide con lo reportado por Miceli et al. (2019), quien halló que los pacientes con dicha característica manifiestan niveles significativamente más altos de estrés percibido en comparación con los mayores, esto podría deberse a que la juventud, sumada a factores como la falta de apoyo emocional o estabilidad en el estado civil, intensifica la percepción negativa de la enfermedad. Lo anterior refuerza el

hallazgo de esta investigación, donde la edad se establece como un factor determinante en la interpretación del diagnóstico y la valoración de tratamiento.

Respecto al ingreso económico, los participantes con ingresos superiores a 4000 soles mostraron una mediana significativamente más alta en la dimensión de Identidad (Me = 5.00) frente a quienes perciben menos de 1000 soles (Me = 3.00; $\chi^2 = 9.59$, $p = 0.02$). Esto sugiere que un mayor nivel adquisitivo se asocia con un acceso optimizado a recursos educativos. Por el contrario, en la dimensión de Tratamiento, los pacientes con ingresos bajos (≤ 1000 soles) reportaron medianas más altas (Me = 21.00) que el grupo de mayores ingresos (> 4000 soles, Me = 18.00; $\chi^2 = 10.33$, $p = 0.02$), lo que indica una mayor valoración del tratamiento recibido, posiblemente a una mayor dependencia de los servicios públicos de salud (Atinga et al., 2018).

Por último, los resultados encontrados se pueden contrastar con la Teoría de la Expectativa-Valor de Rotter (1966), esta teoría postula que el comportamiento de salud se ajusta según las expectativas sobre los resultados de éxito y el valor otorgado al resultado; así mismo, sujetos con mayor conocimiento sobre su enfermedad, mayores recursos, educación o información tienden a valorar más ciertas decisiones de su salud y muestran mayor participación en su manejo terapéutico. Factores sociodemográficos como el género, edad o nivel económico modulan la relevancia percibida del tratamiento, modulando sus actitudes y comportamientos hacia la enfermedad. Por ello, la presente investigación subraya la necesidad de implementar modelos de atención integral que contemplen las dimensiones emocionales y físicas, optimizando tanto la satisfacción del usuario como los resultados clínicos.

La presente investigación no solo destaca las complejas interacciones entre la Calidad de Servicio, el Estrés Percibido y la Percepción de la Enfermedad, sino que también enfatiza la urgencia de adoptar modelos de atención médica integrales. Dichos enfoques deben trascender el modelo biomédico tradicional para considerar las dimensiones emocionales y psicosociales del usuario. Integrar estos hallazgos en la gestión hospitalarias no solo optimizaría los niveles de satisfacción, sino que potenciaría los resultados clínicos y el bienestar del paciente a largo plazo.

No obstante, la investigación presenta delimitaciones metodológicas que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, el contexto militar en el que se desarrolló restringe la generalización de los resultados a otros entornos de atención médica, dado que los pacientes militares pueden contar con características específicas en la gestión de afrontamiento en situaciones adversas y el acceso a recursos institucionales particulares, que no están presentes ni son replicadas en poblaciones civiles. Así mismo, la estructura jerárquica y la formación castrense podrían haber influido en las percepciones relacionadas con el control personal y la representación de la enfermedad.

El diseño transversal del estudio también constituye una limitación intrínseca, ya que frena establecer conexiones causales entre las variables analizadas, limitándose a identificar correlaciones. Estudios futuros con diseños longitudinales serían necesarios para determinar si la CS percibida influye directamente en dimensiones como la PE y el EP, o si estas relaciones son mediadas por otras variables contextuales.

Otra limitación importante es el uso de instrumentos basados en auto-reporte, los cuales pueden estar sujetos a sesgos de deseabilidad social y depender de la comprensión de los participantes. La falta de un puntaje global en el IPQ-R puede haber limitado la capacidad

de analizar de manera integral la percepción de la enfermedad, mientras que las brechas en la calidad del servicio podrían haber sido interpretadas de manera diferente dependiendo de las expectativas individuales. Se trabajó con una muestra restringida ya que, al acceso a los servicios del hospital, lo cual podría influir en la capacidad para detectar relaciones estadísticamente significativas.

Futuros estudios deberían considerar estas limitaciones, ampliando la población de estudio a contextos civiles, incorporando diseños longitudinales para evaluar cambios en el tiempo y controlando factores contextuales clave que podrían influir en las conexiones entre las variables de utilidad.

Conclusiones

1. Se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la Calidad de Servicio (CS), el Estrés Percibido (EP) y las dimensiones de la Percepción de la Enfermedad (PE) en pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas en el Hospital Militar Central 2024. Los hallazgos demuestran que la CS opera como un factor protector, ya que se asocia de forma directa con un mayor control personal ($r = .286, p = .004$) y control del tratamiento ($r = .264, p = .008$); asimismo, presenta una asociación inversa significativa con la carga emocional ($r = -.249, p = .013$) y la percepción de las consecuencias de la enfermedad ($r = -.241, p = .016$). Por otra parte, se halló que el EP se reduce en relación a una mejor CS ($r = -.208, p = .038$) y presenta una relación inversa con la dimensión de identidad ($r = -.192, p = .046$), resaltando una interacción de las tres variables, lo que ratifica que una gestión asistencial de calidad no solo optimiza la satisfacción administrativa, sino que disminuye la tensión psicológica al mostrar un mayor control personal y mitigar la interpretación negativa de padecimiento crónico.
2. Existe una brecha en la Calidad de Servicio percibida por los pacientes con enfermedades crónicas del Hospital Militar Central, en donde se caracteriza por un índice de insatisfacción predominante del 83%, lo que evidencia una brecha significativa entre las expectativas del paciente crónico y la atención recibida. Esta condición se define principalmente por una percepción deficiente en la capacidad de respuesta (81%) y seguridad (75%), dimensiones que resultan determinantes para la consolidación de la confianza del usuario. En contraste, el aspecto tangible, actúa como único factor de soporte relativo, alcanzando un 45% de satisfacción. Lo

anterior permite concluir que, aunque el entorno físico es aceptable, el proceso asistencial actual presenta limitaciones para satisfacer las demandas en cuanto a la rapidez, precisión y fiabilidad que requiere el paciente hospitalizado con enfermedad crónica.

3. En relación a los niveles de estrés percibido en pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas en el HMC 2024, se sitúa predominantemente en un nivel moderado (87%), lo que revela un estado de tensión psicológica constante y un descontrol percibido sobre las demandas del entorno hospitalario. Esta caracterización se expresa al observar que, en las dimensiones de Valoración Cognitiva, un 45% de los pacientes presenta niveles bajos, lo que indica una tendencia a percibir su situación de salud como una amenaza. Asimismo, en cuanto a la capacidad de afrontamiento, el 40% manifiesta un nivel bajo, evidenciando una carencia de recursos personales y estrategias psicológicas.

4. En cuanto a la percepción de la enfermedad en los pacientes del Hospital Militar Central, se encuentran mayormente en niveles bajos (67%), demostrando la escasa identificación de los síntomas y una percepción limitada de la cronicidad de la enfermedad. En contraste, destaca un nivel alto de Control personal (100%), evidenciando confianza de los pacientes en su capacidad para gestionar su salud. Asimismo, se observa una Representación emocional mayoritariamente baja (67%), lo que sugiere que, al no percibir síntomas agudos, el impacto afectivo como la ansiedad o el miedo se mantiene reducido. Por lo que el perfil que predomina es el de un paciente con un conocimiento moderado de su diagnóstico, además de una percepción favorable frente a la recuperación y el control del tratamiento.

5. Se evidencia que la Calidad de Servicio ejerce una influencia significativa y positiva sobre las dimensiones cognitivas de la Percepción de la enfermedad. Los resultados confirman una relación directa con el Control personal ($r=.286$, $p = .004$) y el control del tratamiento ($r = .264$, $p = .008$), lo que permite establecer que una atención hospitalaria de excelencia fortalece la autoeficacia del paciente y su confianza en los procedimientos clínicos. Asimismo, se determinó una relación inversa con la Representación emocional ($r = -.249$, $p = .013$) y las consecuencias ($r = -.241$, $p = .016$). Estos hallazgos concluyen que la percepción de una alta calidad asistencial actúa como un mecanismo regulador que minimiza el impacto emocional negativo y la interpretación de gravedad de la enfermedad crónica.
6. Se determinó que las dimensiones del estrés percibido presentan una relación significativa con la percepción de la enfermedad, específicamente con la dimensión de identidad. Los resultados evidencian una relación inversa entre la valoración cognitiva y la identidad ($r= -.26$, $p= .009$), lo que permite establecer una percepción optimista sobre los recursos personales para gestionar el estrés actúa como un factor que reduce la focalización y el reporte de síntomas físicos. Por el contrario, se halló una relación directa entre la capacidad de afrontamiento y la identidad ($r=.20$, $p=.046$), demostrando que una mayor autoeficacia percibida se vincula con una identificación activa de la sintomatología propia del diagnóstico crónico. Se concluye que la percepción del estrés percibido condiciona la manera en que el paciente identifica y da seguimiento a su estado de salud.
7. Se identificaron desigualdades significativas en la percepción de la enfermedad al comparar grupos por género, edad y nivel económico. En relación al género, las

mujeres reportan una mayor valoración del tratamiento recibido a diferencia de los hombres, lo que sugiere una actitud de mayor vigilancia y sensibilidad hacia el cuidado médico. Respecto a la edad, los pacientes más jóvenes (18-44 años) demostraron una mayor comprensión de su diagnóstico en comparación con los adultos mayores, lo que atribuye a una mayor facilidad en el acceso a la información médica. Por otro lado, se identificó que el nivel económico bajo se vincula con una mayor valoración del tratamiento recibido y una mayor identificación de síntomas, lo que refleja una dependencia de los servicios públicos de salud y una interpretación de la enfermedad mediada por la disponibilidad de recursos. Estos hallazgos permiten concluir que el perfil sociodemográfico del paciente militar condiciona su actitud y entendimiento frente a la cronicidad.

Recomendaciones

A partir de los hallazgos y las conclusiones derivadas de la presente investigación se proponen las siguientes recomendaciones dirigidas al servicio de Psicología como a las instancias asistenciales del Hospital Militar Central:

1. A la dirección del Hospital Militar Central, establecer protocolos de atención integral para el paciente con patologías crónicas, que generen la colaboración entre las áreas asistenciales y el servicio de psicología, los cuales garanticen un soporte emocional como eje transversal.
2. A la oficina de gestión de Calidad del Hospital Militar Central, diseñar una reestructuración de los procesos de atención dirigidos al paciente crónico para reducir las brechas entre sus expectativas y el servicio recibido. Esta acción debe centrarse en optimizar la capacidad de respuesta mediante la reducción de tiempos de espera en trámites y atención directa.
3. Al servicio de Psicología del Hospital Militar Central, implementar y diseñar un programa de entrenamiento en estrategias de afrontamiento y recursos de adaptación dirigida a pacientes hospitalizados con diagnóstico crónico. Dicha intervención deberá enfocarse en fortalecer al paciente de herramientas psicológicas y recursos personales, que permitan recuperar el control percibido, sobre las demandas identificadas disminuyendo el estrés durante su estancia hospitalaria.
4. Al servicio de Psicología del Hospital Militar Central, en coordinación con el personal asistencial desarrollar programas de psicoeducación personalizada que acompañen al paciente con enfermedad crónica. Estas intervenciones deberán de

realizarse desde el ingreso y durante todo el proceso terapéutico, orientados a la clarificación ante el diagnóstico y la cronicidad, favoreciendo una representación mental de la enfermedad más precisa y menos amenazante.

5. A las jefaturas de servicio y personal asistencial, estandarizar modelos de interacción que prioricen la comunicación asertiva y el trato digno en cada procedimiento clínico, de esta manera aumentar la confianza y seguridad del paciente en el tratamiento y fortalecer su percepción de control personal sobre su proceso de salud.
6. Al servicio de Psicología y al personal de enfermería, integrar en el seguimiento diario del paciente crónico la evaluación y manejo del estrés percibido como herramienta para la precisión en el reporte de síntomas, facilitando un seguimiento más exacto y eficiente de su estado de salud.
7. A la jefatura de Hospitalización y consulta externa, implementar estrategias de atención diferenciada y personalizada según el perfil sociodemográfico, de esta manera reducir brechas de comprensión en los adultos mayores mediante el uso de materiales informativos adaptándose a las necesidades de los pacientes. Asimismo, asegurar el acompañamiento y soporte a pacientes de estratos económico bajos. Estas acciones garantizarán una atención equitativa, optimizando el entendimiento de la enfermedad en toda la población.

Referencias

- Ahmad, M. (2024). Patients' perceptions of quality in healthcare: A review. *Journal of Z H Sikder Women's Medical College*, 6(1), 35-40.
<https://doi.org/10.47648/zhswwmcj.2024.v0601.07>
- Alotiby A. (2024). Immunology of Stress: A Review Article. *Journal of clinical medicine*, 13(21), 6394. <https://doi.org/10.3390/jcm13216394>
- Álvarez, J. (2024). Análisis a la calidad y eficiencia de los servicios de salud: revisión sistemática. *Revista Científica Res Non Verba*, 14(2), 1-21.
<https://doi.org/10.21855/resnonverba.v14i2.936>
- Al-Zaru, I. M., y Al-Dwairi, H. R. (2023). Relationship between illness perception and perceived social support and satisfaction with nursing care quality among patients with coronary heart disease in Jordan. *The Open Nursing Journal*, 17.
<https://doi.org/10.2174/0118744346269665231110063210>
- Angulo, L. y Bellido, A. (2024). *Relación del estrés percibido y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. Hospital Goyeneche III. 2024* [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio de la Universidad Católica de Santa María. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/d2412fea-5f2c-4771-83b8-a6d9ee29905c/content>
- Atinga, R. A., Yarney, L., Gavu, N.M. (2018) Factors influencing long-term medication non-adherence among diabetes and hypertensive patients in Ghana: A qualitative investigation. *PLoS ONE* 13(3): e0193995.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193995>

- Balcerowska, M., & Kwasnik, P. (2025). El impacto multifacético del estrés en la función inmunológica. *Molecular Biology Reports*, 52(1), 1-12.
<https://doi.org/10.1007/s11033-025-11134-6>
- Beléndez, M., Bermejo, R. M. y García, D. (2005). Estructura factorial de la versión española del Revised Illness Perception Questionnaire en una muestra de hipertensos. *Psicothema*, 17(2), 318-324. www.psicothema.com/pdf/3106.pdf
- Benítez, J., Venceslá, J., López, Á., Rodríguez, A., Gómez, V., Martínez, R., Romero, R., & Vázquez, A. (2021). Calidad asistencial de la psicología clínica en el servicio Andaluz de salud evaluada por los facultativos. *Apuntes de Psicología*, 39(3), 143-158.
<https://doi.org/10.55414/ap.v39i3.910>
- Berdazco, D., Hernández, A., & González, J. (2024). Relación de estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sintomatología depresiva en pacientes con hipertensión arterial en México. *Políticas Sociales Sectoriales*, 2(2), 537-374.
<https://politicassociales.uanl.mx/index.php/pss/article/view/98>
- Braimah, J., Edike, N., Correa, F. (2025). Patient Satisfaction and Adherence to Treatment: The Role of Healthcare Provider Attitudes and Waiting Times in Edo North, Edo State Nigeria. *Nigerian Journal of Medicine*, 34(1), 66-75.
https://doi.org/10.4103/NJM.NJM_15_25
- Burga, Y., y Burga, A. (2023). Modelo de Gestión de Calidad Total para Mejorar los Procesos de Dirección y Control, I.E. N° 16651 “Petronila Abad Carrión”, Victoria, Bagua Grande, Año 2022 [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. Repositorio Institucional UNPRG. <https://hdl.handle.net/20.500.12893/12153>

- Cabello, E., y Chirinos, J. L. (2012). Validación de un cuestionario para medir la satisfacción del usuario de la consulta externa de un hospital público. *Revista Médica Herediana*, 23(2), 88-95. <https://doi.org/10.20453/rmh.v23i2.1037>
- Calistus, E., Agbomola, J., Ipede, O. y Karakitie, L. (2024). Factores psicosociales en el manejo de enfermedades crónicas: implicaciones para la psicología de la salud. *Revista Internacional de Ciencia e Investigación*, 12(2), 117-128. <https://doi.org/10.30574/ijra.2024.12.2.1219>
- Canaza, S. L. (2023). *Percepción de la enfermedad en pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Puno, 2023* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/121515>
- Carbajal, M. W., Podestá, L. E., Carcelén-Reluz, C., & Ruiz-Arias, R. A. (2023). Calidad de servicio y satisfacción de pacientes geriátricos tratados con el método Feldenkrais en fisioterapia. *Polo del Conocimiento*, 8(1), 1539-1551. <https://doi.org/10.23857/pc.v8i1>
- Carrasco, V. S. (2023). Calidad de servicio percibida por los asegurados de una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud Pública según el modelo Servqual, Chiclayo – 2020 [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. Repositorio Institucional UNPRG. https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/12000/Carrasco_Ruiz_Viviana_Silene.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Chang, CS., Chen, SY. & Lan, YT. Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters. *BMC Health Serv Res* 13, 22 (2013). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-22>

- Chávez, J., Guerra, H., & Huancahuairé, S. (2022). Association Between Perceived Access to Healthcare and the Perception of Illness Among Peruvian Adults with Chronic Diseases During COVID-19 Pandemic. *Inquiry*, 59, 1-8.
<https://doi.org/10.1177/00469580221112832>
- Cheng, D., Tang, Y., & Shao, X. (2025). Growth of the service sector and economic fluctuations: A production network perspective. *China Finance and Economic Review*, 14(1), 23-49. <https://doi.org/10.1515/cfer-2025-0002>
- Chu, B., Marwaha, K., Sanvictores, T., y Ayers, D. (2024). *Physiology, stress reaction*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541120/>
- Clínica Universidad de Navarra. (2025). *Atención médica. Introducción a la medicina interna: Médico-paciente*. <https://mawil.us/wp-content/uploads/2020/11/introduccion-a-la-medicina-interna-medico-paciente.pdf>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396.
<https://doi.org/10.2307/2136404>
- Colombo, D., Zagni, E., Ferri, F. *et al.* Gender differences in asthma perception and its impact on quality of life: a post hoc analysis of the PROXIMA (Patient Reported Outcomes and Xolair® In the Management of Asthma) study. *Allergy Asthma Clin Immunol* 15, 65 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13223-019-0380-z>
- Condori, E. (2023). *Estrategias de afrontamiento y su relación con la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica del Hospital de Tacna, Tacna 2023* [Tesis de pregrado, Universidad Norbert Wiener]. Repositorio de la Universidad Norbert Wiener. <https://hdl.handle.net/20.500.13053/10994>

- Contreras-Mendoza, I., Olivas-Ugarte, L. O., & De La Cruz-Valdiviano, C. (2021). Escalas abreviadas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): validez, fiabilidad y equidad en adolescentes peruanos. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 8(1), 24–30. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2021.08.1.3>
- Cornejo D. A., Tejada (2025). Diagnóstico de demandas, control, apoyo social y agotamiento laboral en colaboradores de una empresa peruana de investigación de mercados [Tesis de Licenciatura, Universidad ESAN. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales]. Repositorio Institucional Universidad ESAN. <https://hdl.handle.net/20.500.12640/4477>
- Cruzado, E. (2020). *Percepción sobre la enfermedad en pacientes con insuficiencia renal crónica del servicio de nefrología de un hospital nacional de Lima* [Tesis de pregrado, Universidad Norbert Wiener]. Repositorio de la Universidad Norbert Wiener. <https://hdl.handle.net/20.500.13053/4336>
- Danh, N., & Ngoc, L. (2025). Customer Satisfaction in Shopping on Social Media Platforms: The Impact of the Quality of Express Mail Service in Vietnam’s Digital Economy. *Journal of Information Systems Engineering and Management*, 10(49), 1-13. <https://www.jisem-journal.com/index.php/journal>
- Darzi, M.A., Islam, S.B., Khursheed, S.O. and Bhat, S.A. (2023), "Service quality in the healthcare sector: a systematic review and meta-analysis", *LBS Journal of Management & Research*, Vol. 21 No. 1, pp. 13-29. <https://doi.org/10.1108/LBSJMR-06-2022-0025>
- Dávila Vigil, D. F., & Chirinos Ríos, C. A. (2022). Quality of care in the EsSalud emergency service, northern Region, Peru. *Journal of Medicine and Life*, 15(12), 1563. <https://doi.org/10.25122/JML-2021-0254>

- De la Torre, L. (2025). *Calidad de servicio y satisfacción percibida por los usuarios en el consultorio externo de cardiología, Hospital Regional de Ica, 2024* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional San Luis Gonzaga]. Repositorio de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga.
<https://repositorio.unica.edu.pe/server/api/core/bitstreams/ba33171f-4e3f-406f-9da1-cd369f2253f9/content>
- Dekker, J. (2024). Psychological adjustment to disease and treatment: A general model. *Stress and Health*, 40(5), Artículo e3467. <https://doi.org/10.1002/smi.3467>
- Demateis, M., Castañeiras, C., y Llull, D. (2024). Evaluación de un modelo de intervención psicooncológica en el peridiagnóstico de pacientes adultos. *Psicooncología*, 21(2), 245-260. <https://doi.org/10.5209/psic.98169>
- Deming, W.E. (1986). *Out of the crisis*. Cambridge, Mass.: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study.
- Díaz, Y. E. (2023). *Calidad de atención y satisfacción de pacientes con cáncer que reciben tratamiento oncológico en un hospital nivel III, Cusco, 2022* [Tesis de Posgrado, Universidad Cesar Vallejo]. In *Repositorio Institucional - UCV*.
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/109027>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/JAMA.260.12.1743>
- Dueñas, F. X., Hidrovo Burgos, S. M., y Loor, I. (2023). Entre el análisis de brechas y el análisis importancia – valoración: una aplicación del modelo SERVQUAL. *Revista San Gregorio*, 1(55), 78-91. <https://doi.org/10.36097/rsan.v1i55.2388>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

- Enriquez, F. M. (2023). Calidad de atención de los servicios en salud en Latinoamérica y el Caribe. *Revista de Ciencias Libres*, 23, 167-186.
<https://doi.org/10.59427/rcli/2023/v23cs.167-186>
- Escobar, J., & Cuervo, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6(1), 27-36.
https://www.researchgate.net/publication/302438451_Validez_de_contenido_y_juicio_de_expertos_Una_aproximacion_a_su_utilizacion
- Escuela Superior de Guerra del Ejercito. (2023). *Revista Armas y Servicios - Sanidad 2023-1*.
<https://esge.edu.pe/revista-armas-y-servicios/revista-armas-y-servicios-sanidad-2023-1/>
- Fatima, T., Malik, S.A. and Shabbir, A. (2018), "Hospital healthcare service quality, patient satisfaction and loyalty: An investigation in context of private healthcare systems", *International Journal of Quality & Reliability Management*, Vol. 35 No. 6, pp. 1195-1214. <https://doi.org/10.1108/IJQRM-02-2017-0031>
- Fernández, M. de los Á. F., Urteaga, P. C., & Verona, A. B. (2021). *Guía de Investigación en Derecho*. Pontificia Universidad Católica del Perú.
<http://www.pucp.edu.pe/investigacion/>
- Folkman, S. (2013). Stress: Appraisal and Coping. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*, 1913–1915. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215
- Fontes de Gracia, S. (2001). *Diseños de investigación en psicología*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Ford, D., Budworth, L., Lawton, R., Teale, E., & Connor, D. (2023). In-hospital stress and patient outcomes: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 18(3), 1-17.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282789>

- García, P., Ballester, R., Gandhi, K., Castro, J., Gea, V., Juárez, R., Saus, C., Montejano, R., Sosa-, E. M., Gómez, M. d. R., & Collado, E. (2021). Perceived Stress in Relation to Quality of Life and Resilience in Patients with Advanced Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 536. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020536>
- García, Y. (2022). Intervención psicoeducativa sobre la autoexploración mamaria y creencias en salud en estudiantes universitarias [Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León]. Repositorio Institucional UANL. <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/23051>
- Garza-Carranza, M. T., Calderón-Pérez, A., Reyes-Berlanga, M. L., y García-Torres, M. A. (2024). Calidad en el servicio mediante la metodología Servqual y satisfacción en pacientes hospitalizados. *Horizonte Sanitario*, 23(1), 73-81. <https://doi.org/10.19136/hs.a23n1.5714>
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4.^a ed.). Allyn & Bacon.
- Gerges, S., Hallit, R., & Hallit, A. (2023). Factores estresantes en pacientes hospitalizados y sus asociaciones con resultados de salud mental: evaluación del apoyo social percibido y el bienestar espiritual como moderadores. *Psiquiatría BMC*, 23(1), 1-17. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37161403/>
- Gómez, N., & Vinueza, A. (2025). Calidad de servicio en la atención y satisfacción del paciente de medicina interna del Hospital del IESS -Riobamba. *Religación*, 10(46), 1-18. <https://doi.org/10.46652/rgn.v10i46.1454>
- Gonzalez, R., Rissman, S., & Prestridge, P. (2025). General concepts of disease. *Medical Research Archives*, 13(8). <https://doi.org/10.18103/mra.v13i8.6912>

- Gosak, L., & Stiglic, G. (2024). Cognitive and emotional perceptions of illness in patients diagnosed with type 2 diabetes mellitus. *Healthcare*, 12(2), 199.
<https://doi.org/10.3390/healthcare12020199>
- Gronroos, C. (1984). A Service Quality Model and its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*, 18(4), 36–44.
<https://doi.org/10.1108/EUM0000000004784/FULL/XML>
- Gutiérrez, S., Peixoto, S., Subotic, N., Wilson, J., & Nick, N. (2025). Chronic Stress and Autoimmunity: The Role of HPA Axis and Cortisol Dysregulation. *International Journal of Molecular Sciences*, 26, 1-19. <https://www.mdpi.com/1422-0067/26/20/9994>
- Guzmán, M., Machado, R., & Torres, J. (2022). *Atención centrada en el paciente hospitalizado para la mejora de la calidad de atención. Revista de Información Científica para la Dirección en Salud*, 37, 1-10.
<https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/1157>
- Harms, Peter D.; Krasikova, Dina V.; Vanhove, Adam J.; Herian, Mitchel Norman; and Lester, Paul B., "Stress and Emotional Well-Being in Military Organizations" (2013). *Publications of Affiliated Faculty: Nebraska Public Policy Center*. 31.
<https://digitalcommons.unl.edu/publicpolicyfacpub/31>
- Harvey, G., Carter, C., El Hussein, M., & Berlinguette, K. (2024). Coping with clinical related stress experienced by undergraduate nursing students: A scoping review. *Teaching and Learning in Nursing*, 19(4), 372-384.
<https://doi.org/10.1016/j.teln.2024.06.012>

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-Hill Education.

<https://doi.org/10.22201/fesc.20072236e.2019.10.18.6>

Hernández, A. (2025). *Calidad de servicio de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital regional de Ica en el 2023* [Tesis de posgrado, Universidad Nacional San Luis Gonzaga]. Repositorio de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga.

<https://repositorio.unica.edu.pe/server/api/core/bitstreams/c67ef260-5c9d-4ca6-bbb3-ea6bec625f12/content>

Inácio, M. C. (2025). Entorno de práctica de enfermería en las fuerzas armadas: revisión del alcance. *Informes de enfermería*, 15(11), 394. Obtenido de

<https://doi.org/10.3390/nursrep15110394>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2024). *Perú: Enfermedades No*

Transmisibles y Transmisibles, 2024. <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/6813669-peru-enfermedades-no-transmisibles-y-transmisibles-2024>

Instituto Nacional de Salud Mental. (2025, 27 de agosto). *Buen trato y calidad en salud mental mejoran bienestar y reducen ansiedad, según estudios del INSM*. Plataforma digital única del Estado Peruano.

<https://www.gob.pe/institucion/inism/noticias/1225575-buen-trato-y-calidad-en-salud-mental-mejoran-bienestar-y-reducen-ansiedad-segun-estudios-del-inism>

Jane, M., Norfazilah, A. y Noor, A. (2023). Percepción del riesgo de enfermedades no transmisibles: una revisión sistemática sobre su evaluación y factores asociados. *Plo S One*, 18(6), 1-29. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37262079/>

- Jiménez, J. (2022). La intervención en crisis para los enfermos agudos y crónicos ante determinadas enfermedades y su cuidado. El apoyo a los grupos de ayuda formados por personas con diagnósticos médicos específicos (diabetes, insuficiencia renal, AVC u otros). *Revista de Derecho de la Seguridad Social*, 4, 1-24.
<https://revista.laborum.es/index.php/revsegsoc/article/download/640/734>
- Jiménez-Hernández. M. (2025). *Guía práctica de validez y confiabilidad en instrumentos de evaluación para la investigación en salud*. Universidad del Desarrollo, Chile.
Obtenido de <https://medicina.udd.cl/innovatm/files/2025/09/validez-y-confiabilidad.pdf>
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308.
- Karasek, R. A. y Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books.
- Larach, V., Cruz, C., López-Mateo, P., & Varela, L. (2017). *Validación de la Encuesta de Percepción de Enfermedad Revisada (Illness Perception Questionnaire) entre pacientes con patologías crónicas médicas y psiquiátricas*. 168–178.
<https://www.researchgate.net/publication/321197505>
- Lazarus, R. (1999). *Stress and Emotion: A New Synthesis* (S. Folkman, Ed.; Springer). Springer.
https://books.google.com.pe/books?id=mATTP46QIp4C&printsec=copyright&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* /. Springer Pub. Co.,
https://books.google.com/books/about/Stress_Appraisal_and_Coping.html?hl=es&id=FFBq

- Lee, D., Kim, K.K. Assessing healthcare service quality: a comparative study of patient treatment types. *Int J Qual Innov* 3, 1 (2017). <https://doi.org/10.1186/s40887-016-0010-5>
- Legido-Quigley, H., Mateos-García, J. T., Campos, V. R., Gea-Sánchez, M., Muntaner, C., & McKee, M. (2020). The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *The Lancet. Public health*, 5(5), e251–e252. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30060-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30060-8)
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). *The common sense representation of illness danger*.
- Lugo-González, Isaías Vicente, Vega-Valero, Cynthia Zaira, González-Betanzos, Fabiola, Robles-Montijo, Susana, & Fernández-Vega, Margarita. (2022). Relación entre percepción de enfermedad, tratamiento, adherencia y control del asma: un análisis de mediación. *Neumología y cirugía de tórax*, 81(3), 157-164. Epub 08 de diciembre de 2023. <https://doi.org/10.35366/111085>
- Mahumud, R., Sultana, M., Kundu, S., Rahman, M., Mistry, S., Kamara, J., Kamal, M., Ali, M. A., Hossain, M., Brooks, C., Khan, A., Alam, K., & Renzaho, A. (2022). The burden of chronic diseases and patients' preference for healthcare services among adult patients suffering from chronic diseases in Bangladesh. *Health Expectations*, 25(6), 3259-3273. <https://doi.org/10.1111/hex.13634>
- Martínez, E. (2022). Modelos de estrés laboral: funcionamiento e implicaciones para el bienestar psicosocial en las organizaciones. *Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza-UNAM*, 12(24), 16-30. https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/2022/Publicaciones/revistas/Rev_Elec_Psico/Vol12_No_24/REP12%2824%29-art2.pdf

- McEwen, B. S., & Wingfield, J. C. (2003). The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Hormones and Behavior*, 43(1), 2-15. [https://doi.org/10.1016/s0018-506x\(02\)00024-7](https://doi.org/10.1016/s0018-506x(02)00024-7)
- Miceli, J., Geller, D., Tsung, A., Hecht, C. L., Wang, Y., Pathak, R., Cheng, H., Marsh, W., Antoni, M., Penedo, F., Burke, L., Ell, K., Shen, S., & Steel, J. (2019). Illness perceptions and perceived stress in patients with advanced gastrointestinal cancer. *Psycho-Oncology*, 28(7), 1513–1519. <https://doi.org/10.1002/PON.5108>
- Mills, S. D., Azizoddin, D., Racaza, G. Z., Wallace, D. J., Weisman, M. H., & Nicassio, P. M. (2017). The psychometric properties of the Perceived Stress Scale-10 among patients with systemic lupus erythematosus. <http://dx.doi.org/10.1177/0961203317701844> 26(11), 1218–1223. <https://doi.org/10.1177/0961203317701844>
- Mini, M., Olickal, J., Stanley, A., Anish, T., & Chellappan, V. (2025). Perceived healthcare quality as the predictor of patient satisfaction: Findings from a public sector tertiary care hospital in Kerala, South India. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 35, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2025.102163>
- Minjie, Z., Zhijuan, X., Xinxin, S., & Shan, Q. (2024). Mediating effect of coping strategy and psychological status between illness perception and quality of life among patients with atrial fibrillation: a cross-sectional study. *BMC Cardiovasc Disord* 24, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12872-024-04176-4>
- Minshall, C., Ski, C.F., Apputhurai, P. et al. Exploring the Impact of Illness Perceptions, Self-efficacy, Coping Strategies, and Psychological Distress on Quality of Life in a Post-stroke Cohort. *J Clin Psychol Med Settings* 28, 174–180 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10880-020-09700-0>

- Moawiah, I., & Rayid, H. (2023). Relationship between Illness Perception and Perceived Social Support and Satisfaction with Nursing Care Quality among Patients with Coronary Heart Disease in Jordan. *The Open Nursing Journal*, 17, 1-11.
<http://dx.doi.org/10.2174/0118744346269665231110063210>
- Moore, M. J., Shawler, E., Jordan, C. H., & Jackson, C. A. (2023). Veteran and Military Mental Health Issues. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- O'Connor, D., Thayer, J., & Vedhara, K. (2021). Stress and health: A review of psychobiological processes. *Annual Review of Psychology*, 72, 663-688.
<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-062520-122331>
- Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2025). *Quality of care*.
https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1
- Owusu, K., Lumor, R., & Acheampong, F. O. (2017). Service quality in public and private hospitals: A comparative study on patient satisfaction. *International Journal of Healthcare Management*, 12(4), 251–258.
<https://doi.org/10.1080/20479700.2017.1390183>
- Pacheco-Huergo, V., Viladrich, C., Pujol-Ribera, E., Cabezas-Peña, C., Núñez, M., Roura-Olmeda, P., Amado-Guirado, E., Núñez, E., & Del Val, J. L. (2012). Percepción en enfermedades crónicas: validación lingüística del Illness Perception Questionnaire Revised y del Brief Illness Perception Questionnaire para la población española. *Atención Primaria*, 44(5), 280–287. <https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2010.11.022>
- PAHO. (2022). *Servicios de salud de calidad: guía de planificación*. PAN AMERICAN HEALTH ORG. <https://doi.org/10.37774/9789275325957>
- Pankowski, D., Wytrychiewicz-Pankowska, K., Pisula, E. et al. The role of cognitive appraisals and illness-related beliefs in adaptation to life with rheumatoid arthritis:

variable- and person-centered approach. *Curr Psychol* 43, 3416–3425 (2024).

<https://doi.org/10.1007/s12144-023-04604-2>

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41.

<https://doi.org/10.2307/1251430>

Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41-50.

<https://doi.org/10.2307/1251430>

Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*.

Pereira, I., & Umeoka, E. (2024). Stress: Influences and determinants of psychopathology.

Encyclopedia, 4(2), 1026-1043. <https://doi.org/10.3390/encyclopedia4020066>

Petrie, K. J., Jago, L. A., & Devcich, D. A. (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(2), 163–167.

<https://doi.org/10.1097/YCO.0B013E328014A871>

Pérez Briones, N. G., Rivera Morales, M. T., Gómez Melasio, D. A., & Zapata Salazar, J.

(2024). Factores predictores de estrés percibido en estudiantes de enfermería durante la pandemia por COVID–19. Implicaciones para la salud mental. *Revista de Psicología y Ciencias de la Salud*, 13(39), 88-115.

<https://revistapsicologia.uaemex.mx/article/view/25043>

Plataforma de Organizaciones de Pacientes. (2024). *Satisfacción y calidad de la atención sanitaria percibida por las personas con enfermedad crónica*.

<https://plataformadepacientes.org/wp-content/uploads/2024/11/VII-BAROMETRO-ESCRONICOS-FINAL-website.pdf>

Prior, A., Vestergaard, M., Larsen, K. K., y Fenger-Grøn, M. (2018). Association between perceived stress, multimorbidity and primary care health services: A Danish population-based cohort study. *BMJ Open*, 8(2), Artículo e018323.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018323>

Pruteanu, M., Moroşanu, A., Zegan, G., Mihăilă, C., & Cărauşu, E. (2025). Highlighting global inequities in health services quality research: A systematic review and quantitative evidence (2014–2023). *Health Research Policy and Systems*, 23(105), 1-

17. <https://doi.org/10.1186/s12961-025-01376-y>

Quiceno, J. M., y Vinaccia, S. (2010). Percepción de enfermedad: Una aproximación a partir del Illness Perception Questionnaire. *Psicología desde el Caribe*, (25), 56-83.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21315106004>

Quinquin, C. (2023). *Calidad de atención y satisfacción del paciente que se atiende en el servicio de medicina del hospital de vitarte, 2023* [Tesis de pregrado, Universidad Norbert Wiener]. <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/76b349db-1bc1-439a-9277-b9e89310e9fa>

Rao, X., Luo, L., Xiang, J., & Wang, X. (2025). The impact of perceived value, Customer expectations, and patient experience on the satisfaction of contracted patients in hospitals. *BMC Health Services Research*, 25(7), 1-16.

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12913-024-12118-1.pdf>

Rappaport, M. E., Pinnow, E., Fernandez, L., Olsen, B., Riley, E., y Abel, H. (2020). The relationships between stress, coping, illness perception, and life satisfaction among patients with chronic illness. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 20(1), 101-

122. <https://doi.org/10.24193/jebp.2020.1.7>

- Redondo-Mejía, Y. B., y Solano-Fabrega, D. M. (2023). *Percepción de la enfermedad en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en el Hospital San Agustín de Fonseca* [Tesis de licenciatura, Universidad de Santander]. Repositorio Institucional UDES. <https://repositorio.udes.edu.co/handle/001/12097>
- Regehr, C., & Bober, T. (2005). *In the Line of Fire: Trauma in the Emergency Services*. https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=gQTiBwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR7&dq=Regehr+%26+Bober,+2005&ots=Nr8sGoGeu6&sig=ah7CNmqO-wAIzhJVfHT1s9SBPzw&redir_esc=y#v=onepage&q=Regehr%20%26%20Bober%20C%202005&f=false
- Rivas Chavez, K. G. (2022). Cuidado de enfermería y calidad de vida de los usuarios sometidos a hemodiálisis del Hospital Regional del Cusco – 2021. *Repositorio Institucional - UCV*. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/86626>
- Rodríguez-Salamanca, I., Alonso-Fernández, S., Planas-Campmany, C., Benito-Aracil, L., Romero-García, M., y Martínez-Momblan, M. A. (2022). Modelos de evaluación de la calidad de la atención de enfermería en el ámbito hospitalario: Revisión de la literatura. *Revista ROL de Enfermería*, 45(9), 497-508. <https://doi.org/10.55298/ROL2022.4510>
- Rojas, K., y Guevara, E. (2025). *Calidad de servicio y satisfacción de los usuarios de una clínica en Lima Metropolitana, Perú 2025* [Tesis de pregrado, Universidad Tecnológica del Perú]. Repositorio de la Universidad Tecnológica del Perú. <https://repositorio.utp.edu.pe/handle/20.500.12867/9876>
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1-28. <https://doi.org/10.1037/h0092976>

- Sadeghi, M., Alavi, M., Mohammadi, M., Roohafza, H., Mahmoodi, A., Visentin, D., Lopez, V., & Cleary, M. (2019). Perceptions of illness as predictive factors for perceived stress in patients participating in a cardiac rehabilitation program. *Nursing & Health Sciences*, 21(4), 508–514. <https://doi.org/10.1111/NHS.12635>
- Salah, H., Ibrahim, S., Said, A., AlAhmad, M., Shaaban, H., Khalil, M., Hussein, R., & Khodary, A. (2023). COVID-19's Psychological Impact on Chronic Disease Patients Seeking Medical Care. *Healthcare*, 11(6), 1-12. <https://doi.org/10.3390/healthcare11060888>
- Salas, N. D. (2025). *Título de la Tesis sobre Diabetes en el HMC*. [Tesis de Maestría o Licenciatura]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/26373>
- Sánchez, H., & Reyes, C. (2015). Metodología y diseños en la investigación científica. In *Business Support Aneth*.
- Sánchez Carlessi, H., y Reyes Meza, C. (2017). *Metodología y diseños en la investigación científica* (5.ª ed.). Editorial Business Support Aneth.
- Saputra, B., Tjokro, S., Kristiani, R., y Erindia, F. (2025). The relationship between service quality and patient satisfaction in internal medicine outpatient care: A cross-sectional study. *Lentera Perawat*, 6(4), 1-9. <https://doi.org/10.52235/lp.v6i4.599>
- Saravanan, R. y Rao, K. S. (2007). Measurement of service quality from the customer's perspective: An empirical study. *Total Quality Management Journal*, 19(3), 197-205.
- Serra, M. (2020). Las enfermedades crónicas no transmisibles y la pandemia por COVID-19. *Revista Finlay*, 10. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342020000200078

- Siavichay, E., Cárdenas, M., Vega, L., Damariz, C. y Barragán, L. (2023). Percepción de los clientes sobre la calidad del servicio: un estudio empírico. *Maskana*, 14(1), 9-21. <https://doi.org/10.18537/mskn.14.01.01>
- Singh, A., y Rejeb, A. (2024). Illness perception: A bibliometric study. *Heliyon*, 10(11), Artículo e31805. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e31805>
- Soria-Reyes, L. M., Cerezo, M. V., Alarcón, R., & Blanca, M. J. (2023a). Psychometric properties of the perceived stress scale (pss-10) with breast cancer patients. *Stress and Health*, 39(1), 115–124. <https://doi.org/10.1002/SMI.3170>
- Sosa, C., Beltran, E., Asencio, M. y Suarez, A. (2025). Estrés crónico y la carga mental para reducir el impacto de los riesgos silenciosos. *Revista Científica Internacional*, 12(2), 1-21. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/10344184.pdf>
- Sottec Roque, V. (2023). *Calidad del servicio de diálisis y calidad de vida de los pacientes del hospital de EsSalud, Cusco 2022* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/108728>
- Swathi, M., Manjusha, S., Vadakkiniath, I. J., y Gururaj, A. (2023). Prevalence and correlates of stress, anxiety, and depression in patients with chronic diseases: A cross-sectional study. *Middle East Current Psychiatry*, 30(66), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00340-2>
- Szabo, S., Yoshida, M., Filakovszky, J., y Juhasz, G. (2017). "Stress" is 80 years old: From Hans Selye original paper in 1936 to recent advances in GI ulceration. *Current Pharmaceutical Design*, 23(27), 4029–4041. <https://doi.org/10.2174/1381612823666170622110046>
- Tárraga-López, P. (2021). Los enfermos crónicos, la pandemia pendiente. *JONNPR*, 1-6. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3949>

- Thórisson, K., Wang, P., Chella, A., Ruff, B., y Pall, H. (2024). Editorial: Cognitive perception: Cognition-dependent perception, perception-dependent cognition. *Frontiers in Psychology, 15*, Artículo 1371091. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1371091>
- Tian, X., Tang, L., Yi, L. J., Qin, X. P., Chen, G. H., & Jiménez-Herrera, M. F. (2022). Mindfulness Affects the Level of Psychological Distress in Patients With Lung Cancer via Illness Perception and Perceived Stress: A Cross-Sectional Survey Study. *Frontiers in Psychology, 13*, 857659. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2022.857659/BIBTEX>
- Tinco Mamani, M. C. K. (2023). Calidad de servicio y satisfacción de los usuarios de telemedicina de una Microred de la Convención - Cusco durante la pandemia COVID19. *Repositorio Institucional - UCV*. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/118014>
- Tucker, J., y Loyal, A. (2021). Service user satisfaction with the neuropsychological assessment process in a memory assessment service. *FPOP Bulletin: Psychology of Older People, 1*(153), 46-52. <https://doi.org/10.53841/bpsfpop.2021.1.153.46>
- Valentine, T. R., Presley, C. J., Carbone, D. P., Shields, P. G., & Andersen, B. L. (2022). Illness Perception Profiles and Psychological and Physical Symptoms in Newly Diagnosed Advanced Non-Small Cell Lung Cancer. *Health Psychology, 41*(6), 379–388. <https://doi.org/10.1037/HEA0001192>
- Vien, N. K. (2021). Modelling The Relationship of Perceived Quality, Destination Image, and Tourist Satisfaction at The Destination Level. *International Journal for Applied Information Management, 1*(4), 165–172. <https://doi.org/10.47738/IJAIM.V1I4.18>

- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health, 11*(3), 431–445. <https://doi.org/10.1080/08870449608400270>
- Westbrook, K. W., Babakus, E., y Grant, C. C. (2014). Measuring patient-perceived hospital service quality: Validity and managerial usefulness of HCAHPS scales. *Health Marketing Quarterly, 31*(2), 97–114. <https://doi.org/10.1080/07359683.2014.907114>
- Woo, S., y Choi, M. (2021). Medical service quality, patient satisfaction and intent to revisit: Case study of public hub hospitals in the Republic of Korea. *PLoS ONE, 16*(6), Artículo e0252241. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252241>
- Word, K. R., Austin, S. H., y Wingfield, J. C. (2022). Allostasis revisited: A perception, variation, and risk framework. *Frontiers in Ecology and Evolution, 10*, Artículo 954708. <https://doi.org/10.3389/fevo.2022.954708>
- Xin, M., Chan, Y., Kong, S., Lau, F., Cameron, D., Mak, S., & Mo, H. (2023). Using the common-sense model to explicate the role of illness representation in self-care behaviours and anxiety symptoms among patients with Type 2 diabetes. *Patient education and counseling, 107*, 107581. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.107581>
- Xin, R., Li, L., Jie, X., y Xing, Y. (2025). The impact of perceived value, customer expectations, and patient experience on the satisfaction of contracted patients in hospitals. *BMC Health Services Research, 25*(7), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-12118-1>
- Yu, J. (2025). Key factors influencing outpatient satisfaction in chronic disease care: Insights from the 2023 Korea HSES. *Healthcare, 13*(6), 1-18. <https://doi.org/10.3390/healthcare13060655>

- Zambrano, E., & Serpa, C. (2025). Calidad de Atención y Satisfacción del paciente en un Hospital del Ecuador, 2025. *ASCE MAGAZINE*, 4(2), 849–867.
<https://doi.org/10.70577/ASCE/849.867/2025>
- Zhang, M., Nie, S., Hai, Z., Du, Y., Jiang, M., y Cai, C. (2024). Effects of illness perception and coping style on self-management in peritoneal dialysis patients: A cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management*, 17, 3381-3393.
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S474427>
- Zhang, G., Cui, J., Zhang, X., Chair, S., Liu, W., Liu, Y., Cheng, Y., Liu, Q., Yang, B., & Zou, H. (2024). Relationships between disease severity, psychological stress, and health-related quality of life among patients with acute coronary syndrome: Mediation of illness perception. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(6), 652-660.
<https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvae030>
- Zheng, X., Li, Y., Wang, J., y Zhang, L. (2025). The relationship between illness perception and quality of life among Chinese rural elderly patients with hypertension: the mediating role of medication experience. *BMC geriatrics*, 25(1), 523.
<https://doi.org/10.1186/s12889-025-00523-x>
- Zou, H., Liu, J., Jiang, D., Hou, L., Wang, W., & Zhang, L. (2024). The Effect of Health Literacy on Disease Management Self-Efficacy in Chronic Disease Patients: The Mediating Effects of Social Support and the Moderating Effects of Illness Perception. *Patient preference and adherence*, 18, 657–666.
<https://doi.org/10.2147/PPA.S447320>

Anexos

Anexo 1. Operacionalización de Variables

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>General PG: ¿Cómo se relacionan la calidad de servicio, el estrés percibido y la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024?</p>	<p>General OG: Evaluar las relaciones entre la calidad de servicio, el estrés percibido y la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024.</p>	<p>General Hi: Existe relación entre la calidad de servicio, el estrés percibido y la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024. H1: $r_{xyz} \neq 0$ H0: No existe relación entre la calidad de servicio, el estrés percibido y la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024. H0: $r_{xyz} = 0$ Específico</p>	<p>Variable 1: Calidad de servicio</p> <p>Variable 2: Estrés percibido</p> <p>Variable 3: Percepción de la enfermedad</p>	<p>TIPO: Descriptivo, correlacional.</p> <p>DISEÑO: No experimental, transversal.</p> <p>POBLACIÓN: Pacientes del Hospital Militar Central, 2024 (140)</p> <p>MUESTREO: Se determinó por muestreo probabilístico.</p> <p>MUESTRA: 100 pacientes del Hospital Militar Central</p>
<p>Específico PE1: ¿Cuáles son los niveles de calidad de servicio en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024? PE2: ¿Cuáles son los niveles de estrés percibido en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024? PE3: ¿Cuáles son los niveles de percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024?</p>	<p>Específico OE1: Describir los niveles de calidad de servicio en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024. OE2: Describir los niveles de estrés percibido en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024. OE3: Describir los niveles de percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024.</p>			

PE4: ¿Cuál es la relación de las dimensiones de la calidad de servicio (elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y comprensión empática) con las dimensiones de la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024?

OE4: Determinar la relación de las dimensiones de la calidad de servicio (elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y comprensión empática) con las dimensiones de la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024.

H4: Existe relación de las dimensiones de la calidad de servicio (elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y comprensión empática) con las dimensiones de la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024.

H1: $r_{x1x2x3x4x5z} \neq 0$

H0: No existen relación de las dimensiones de la calidad de servicio (elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y comprensión empática) con las dimensiones de la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024.

H0: $r_{x1x2x3x4x5z} = 0$

PE5: ¿Cuál es la relación de las dimensiones del estrés percibido (capacidad de afrontamiento y valoración cognitiva) con las dimensiones de la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024?

OE5: Determinar la relación de las dimensiones del estrés percibido (capacidad de afrontamiento y valoración cognitiva) con las dimensiones de la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024.

H5: Existe relación de las dimensiones del estrés percibido (capacidad de afrontamiento y valoración cognitiva) con las dimensiones de la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024.

H2: $r_{y1y2z} \neq 0$

H0: No existen relación de las dimensiones del estrés percibido (capacidad de afrontamiento y valoración cognitiva) con las dimensiones de la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024.

H0: $r_{y1y2z} = 0$

PE6: ¿Cuáles son las diferencias en los grupos de género, edad y nivel económico respecto a la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024?

OE6: Identificar las diferencias en los grupos de género, edad y nivel económico respecto a la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024.

H6: Existen diferencias en los grupos de género, edad y nivel económico respecto a la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024.

H3: $\mu_{Z,i} \neq \mu_{Z,j}$

H0: No existen diferencias en los grupos de género, edad y nivel económico respecto a la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima 2024.

H0: $\mu_{Z,i} = \mu_{Z,j}$

Anexo 2. Matriz de Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA DE RESPUESTA
Calidad de servicio	Grado de discrepancia entre las expectativas de los usuarios y sus percepciones del servicio recibido. Se basa en el modelo multidimensional que evalúa aspectos tangibles y procesos de entrega del servicio (Parasuraman et al., 1988; Carrasco, 2023).	Nivel de satisfacción del usuario respecto a la atención recibida. Este se calcula mediante la diferencia entre las puntuaciones de percepción y expectativa	Elementos Tangibles Fiabilidad Capacidad de Respuesta Seguridad Empatía	Apariencia de las instalaciones físicas Equipos y materiales modernos Cumplimiento de promesas a tiempo Disposición de ayuda rápida Comunicación del tiempo de servicio Amabilidad y conocimientos del personal. Atención individualizada	1,2,3,4,5 6,7,8,9 10,11,12,13,14 15.16.17.18 19.20.21.22	Escala Likert: 1 = Totalmente en desacuerdo 2 = En desacuerdo 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4 = De acuerdo 5 = Totalmente de acuerdo Insatisfacción (Nivel Bajo): (Q < 0) Satisfacción (Nivel Medio): (Q = 0) Calidad Superior (Nivel Alto): (Q > 0)
Estrés percibido	Resultado de la interacción entre las demandas del entorno y los recursos de afrontamiento (Cohen et al., 1983; Cornejo & Tejada, 2025).	Nivel de estrés que experimenta un individuo. Se obtiene mediante la sumatoria de la escala compuesta por 10 ítems.	Capacidad de afrontamiento Valoración cognitiva	Irritabilidad Descontrol Sobrecarga Autoeficacia Resolución de problemas Control de emociones	1,2,3,6,9 y 10 4*,5*,7* y 8*	Escala Likert: 0=nunca, 1=raramente, 2=a veces, 3=frecuentemente, 4=muy a menudo. Estrés bajo: 0– 13 Estrés medio: 14-26 Estrés alto: 27-40

Percepción de la Enfermedad	Proceso cognitivo y afectivo mediante el cual el paciente construye un esquema a su patología (Leventhal et al., 1980; Demateis et al., 2024).	Grado de representación cognitiva y emocional que el paciente construye a través de las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario mediante 9 dimensiones	Identidad	Síntomas asociados a la enfermedad	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13	Nominal: SI-NO Escala Likert: 1 = Totalmente en desacuerdo 2 = En desacuerdo 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4 = De acuerdo 5 = Totalmente de acuerdo Bajo (Puntaje < percentil 33), Medio (Percentil 33-66) y Alto (Percentil > 66).
			Duración	Permanencia en el tiempo	1,2,3,4,5,18	
			Consecuencias	Impacto en la autonomía personal	6,7,8,9,10,11	
			Control personal	Creencia en la capacidad de automanejo	12,13,14,15,16,17	
			Control del tratamiento	Confianza en la eficacia de la atención médica	19,20,21,22,23	
			Coherencia de la enfermedad	Claridad cognitiva sobre la patología	24,25,26,27,28	
			Ciclos de la enfermedad	síntomas son impredecibles	29,30,31,32	
			Representación emocional	Presencia de carga afectiva negativa	33,34,35,36,37,38	
			Causas	Atribución de la enfermedad a factores específicos	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18	

Anexo 3. Cuestionario de Calidad de servicio SERVQUAL

TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	INDECISO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
1	2	3	4	5

N	DIMENSION: Aspectos Tangibles	EXPECTATIVAS					PERCEPCIONES				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	El hospital cuenta con instalaciones seguras.										
2	El hospital cuenta con un diseño de espacio libre de barreras.										
3	El hospital cuenta con un ambiente limpio y confortable.										
4	El hospital cuenta con modernas instalaciones médicas.										
5	El personal médico del hospital está vestido profesionalmente.										
DIMENSION: Fiabilidad		EXPECTATIVAS					PERCEPCIONES				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6	Los médicos y enfermeras de este hospital pueden brindar servicios calificados y profesionales.										
7	Los médicos de este hospital pueden brindar información detallada sobre la condición y el tratamiento del paciente.										
8	El personal médico y de enfermería del hospital puede brindar servicios rápidos a los pacientes.										
9	El personal médico de este hospital tiene una actitud seria y genuina hacia su servicio laboral.										
DIMENSION: Capacidad de respuesta		EXPECTATIVAS					PERCEPCIONES				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10	El personal médico del hospital puede abordar los problemas de los pacientes de manera oportuna y rápida.										
11	El hospital puede informar claramente a los pacientes sobre el proceso de consulta y tratamiento.										
12	Los médicos y enfermeras del hospital no permiten que sus apretadas agendas retrasen la satisfacción de las necesidades del paciente.										
13	El personal médico de este hospital puede brindar asesoramiento médico de manera oportuna y adecuada.										
14	El personal médico de este hospital siempre es de gran ayuda para los pacientes.										
DIMENSION: Seguridad		EXPECTATIVAS					PERCEPCIONES				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15	El personal médico del hospital hace que los pacientes se sientan seguros durante sus visitas.										
16	El desempeño profesional del personal médico de este hospital hace que los pacientes se sientan seguros.										
17	Los médicos y enfermeras de este hospital tienen suficiente experiencia para responder las preguntas de los pacientes.										
18	El personal médico y de enfermería de este hospital generalmente tiene una buena actitud de servicio y cortesía.										
DIMENSION: Empatía		EXPECTATIVAS					PERCEPCIONES				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19	El personal médico de este hospital priorizará los mejores intereses del paciente.										
20	El personal médico de este hospital es sensible a la privacidad de la visita del paciente.										
21	El horario de atención médica del hospital es conveniente para el paciente promedio.										
22	El personal médico del hospital puede satisfacer las necesidades médicas especiales de los pacientes.										

Anexo 4. Cuestionario de Estrés percibido PSS-10

N	Dimensión: Causas	NUNCA	RARAMENTE	A VECES	FRECUENTEMENTE	MUY A MENUDO
		0	1	2	3	4
1	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido molesto por algo que sucedió inesperadamente?					
2	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía controlar las cosas importantes de su vida?					
3	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso y estresado?					
4	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido seguro de su capacidad para manejar sus problemas personales?					
5	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas iban como quería?					
6	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha dado cuenta de que no podía hacer frente a todas las cosas que tenía que hacer?					
7	En el último mes, ¿con qué frecuencia has podido controlar las irritaciones en tu vida?					
8	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que estaba en control de todo?					
9	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha enojado por cosas que sucedieron y que estaban fuera de su control?					
10	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulaban tanto que no podía superarlas?					

Anexo 5. Cuestionario de Percepción de la enfermedad IPQ-R

N	DIMENSION: Identidad	He tenido este síntoma desde que estoy enfermo		Este síntoma se relaciona con mi enfermedad	
		NO	SI	NO	SI
1	Dolor				
2	Dolor De Garganta				
3	Náusea				
4	Falta De Aire				
5	Baja De Peso				
6	Cansancio				
7	Rigidez Articular				
8	Ardor en Ojos				
9	Somnolencia				
10	Malestar de Estómago				
11	Alteración del Sueño				
12	Mareos				
13	Pérdida de Fuerza Física				

N	DIMENSION: Duración	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
		1	2	3	4	5
1	Mi enfermedad durará poco tiempo					
2	Es más probable que mi enfermedad sea permanente que temporal					
3	Mi enfermedad durará mucho tiempo					
4	Esta enfermedad pasará rápido					
5	Creo que esta enfermedad me acompañará el resto de mi vida					
18	Mi enfermedad se irá mejorando con el tiempo					

N	DIMENSION: Consecuencias	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
6	IP6 Mi enfermedad es una condición grave					
7	IP7 Mi enfermedad tiene importantes consecuencias en mi vida					
8	IP8 Mi enfermedad no repercute mucho en mi vida					
9	IP9 Mi enfermedad influye mucho en cómo me ven las otras personas					

10	IP10 Mi enfermedad afecta mucho mi presupuesto					
11	IP11 Mi enfermedad le trae problemas a mis cercanos					
N DIMENSION: Control Personal						
		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
12	Es mucho lo que yo puedo hacer para controlar los síntomas					
13	Lo que yo hago puede definir si mi enfermedad mejora o empeora					
14	El curso de mi enfermedad depende de mi					
15	Nada de lo que hago puede afectar mi enfermedad					
16	Tengo la capacidad de influir sobre mi enfermedad					
17	Mis acciones no afectarán el resultado de mi enfermedad					
N DIMENSION: Control del Tratamiento						
		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
19	Es poco lo que se puede hacer para mejorar mi enfermedad					
20	Mi tratamiento será efectivo en la cura de mi enfermedad					
21	Todo lo malo de mi enfermedad se puede prevenir o evitar por medio de mi tratamiento					
22	Mi tratamiento puede controlar mi enfermedad					
23	No hay nada que pueda ayudarme en mi condición					
N DIMENSION: Coherencia de la Enfermedad						
		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
24	No comprendo los síntomas de mi enfermedad					
25	Mi enfermedad es un misterio para mí					
26	No comprendo mi enfermedad					
27	Mi enfermedad no tiene sentido					
28	Entiendo perfectamente de qué se trata mi enfermedad					
N DIMENSION: Ciclos de la Enfermedad						
		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
29	Los síntomas de mi enfermedad cambian mucho de un día para otro					
30	Mis síntomas van y vienen cíclicamente					

31	Mi enfermedad es muy impredecible					
32	Pasó por periodos en los que mi enfermedad mejora y otros en los que empeora					
N DIMENSION: Representaciones emocionales						
		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
33	Me deprime el pensar sobre mi enfermedad					
34	Me molesto cuando pienso sobre mi enfermedad					
35	Me enoja el pensar sobre mi enfermedad					
36	Mi enfermedad no me preocupa					
37	Tener esta enfermedad me hace sentir ansiedad					
38	Mi enfermedad me hace sentir temor					

N Dimensión: Causas						
		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Estrés o preocupación					
2	Herencia - esta enfermedad es parte de mi familia					
3	Gérmenes o virus					
4	Dieta o hábitos de alimentación					
5	Casualidad o mala suerte					
6	Mal control médico en el pasado					
7	Contaminación ambiental					
8	Mis conductas en el pasado					
9	Mis actitudes mentales (p. ej. pensamientos negativos sobre la vida)					
10	Problemas familiares o preocupaciones son las causas de mi enfermedad					
11	Exceso de trabajo					
12	Mi estado emocional (P. ej. sentimiento de soledad, vacío, ansiedad)					
13	Envejecimiento					
14	Consumo de alcohol					
15	Consumo de tabaco					
16	Un accidente o una lesión					
17	Mi personalidad					
18	Una alteración en mi sistema inmune					

Anexo 6. Consentimiento firmado por un participante

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la Bachiller de Psicología Analy Torres Mejía, de la universidad San Antonio Abad del Cusco. La meta de este estudio es **evaluar las relaciones entre la calidad de servicio, el estrés percibido y la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas del Hospital Militar Central, 2024.**

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los cassettes con las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

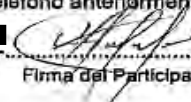
Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Analy Torres Mejía. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es **evaluar las relaciones entre la calidad de servicio, el estrés percibido y la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas del Hospital Militar Central, 2024.**

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Analy Torres Mejía al teléfono 978277342.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto puedo contactar a Analy Torres Mejía, al teléfono anteriormente mencionado.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

28-10-2024

Nombre del Participante (en letras de Imprenta) Firma del Participante Fecha

Anexo 7. Solicitud para la aplicación de investigación al comité de ética.

MODELO DE SOLICITUD

PARA LA REALIZACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

**SOLICITA: AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL HMC**

SEÑOR GENERAL DE BRIGADA DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

(DADCI)

S.G.
TORRES MEJIÁ ANALY, con DNI 73630518, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, ante Ud. con el debido respeto y por conducto regular me presento y expongo:

Que siendo indispensable para optar el grado académico Académico de Licenciatura en Psicología, la ejecución de un trabajo de investigación, solicito a Ud. Sr General, tenga a bien autorizar la realización de mi proyecto de tesis titulada: **"CALIDAD DE SERVICIO, ESTRÉS PERCIBIDO Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL EN LIMA 2024."**, la cual se desarrollará en los servicios de Hospitalización a partir de 21/10/2024 hasta 22/11/2024, financiada por mi persona.

POR LO EXPUESTO:

Solicito a Ud. Sr. Gral Brig, indicar a quien corresponda se me autorice la ejecución del trabajo de investigación antes mencionado.

Jesús María; 11 de Octubre de 2024

CON CONOCIMIENTO DE:

FIRMA (JEFE DEL DPTO O SERVICIO)

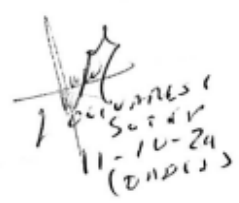
SELLO

FECHA

Firma:
Post firma: Analy...Torres.Meja..
DNI...73630518.....
CEL...978.277.342.....

ADJUNTO:

- Trabajo de investigación
- Documento aprobatorio del trabajo de investigación otorgado por la Universidad
- CD con el trabajo de investigación
- Copia de DNI



 1. TORRES MEJIA ANALY
 11-10-24
 (DADCI)

Anexo 8. Ficha Sociodemográfica

Variables sociodemográficas		
Género	F	
	M	
	Otro	
Edad	18-25	
	26-44	
	45-60	
	>60	
Nivel educativo	Primaria completa	
	Secundaria incompleta	
	Secundaria completa	
	Técnico incompleta	
	Técnico completa	
	Superior	
Estado civil	Soltero	
	Conviviente	
	Casado	
	Viudo	
	Divorciado	
Rango militar	Personal de tropa	
	Suboficiales	
	Oficiales	
	Ninguno	
Ingreso económico	Menos de mil soles	
	1-2 mil soles	

	2-4 mil	
	Más de 4 mil	
Duración de la enfermedad	Menos de un mes	
	De 1 a 3 meses	
	De 3 a 6 meses	
	De 6 meses a 5 años	
	Más de 5 años	
Diagnostico	Hipertensión arterial	
	Enfermedad renal crónica	
	Diabetes	
	Enfermedad mental	
	Enfermedad respiratoria	
	Ninguno	
	Otros	
	Id :	
Apoyo social	Mantiene contacto con familiares durante la estancia hospitalaria	No
		Si
Lugar de residencia	Lima – callao	
	Provincia	
	Extranjero	

Anexo 9 Cuestionario sobre la Calidad de Servicio (SERVQUAL), completada por un paciente.

Instrumentos

VARIABLE 01: CALIDAD DE SERVICIO

Cuestionario sobre la Calidad de Servicio (SERVQUAL)

TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	INDECISO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
1	2	3	4	5

N	DIMENSIÓN: Aspectos Tangibles	EXPECTATIVAS					PERCEPCIONES				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	El hospital cuenta con instalaciones seguras.			X							X
2	El hospital cuenta con un diseño de espacio libre de barreras.				X						X
3	El hospital cuenta con un ambiente limpio y confortable.	X							X		
4	El hospital cuenta con modernas instalaciones médicas.			X					X		
5	El personal médico del hospital está vestido profesionalmente.				X						X
DIMENSIÓN: Fiabilidad		EXPECTATIVAS					PERCEPCIONES				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6	Los médicos y enfermeras de este hospital pueden brindar servicios calificados y profesionales.				X						X
7	Los médicos de este hospital pueden brindar información detallada sobre la condición y el tratamiento del paciente.				X						X
8	El personal médico y de enfermería del hospital puede brindar servicios rápidos a los pacientes.		X						X		
9	El personal médico de este hospital tiene una actitud seria y genuina hacia su servicio laboral.		X						X		
DIMENSIÓN: Capacidad de respuesta		EXPECTATIVAS					PERCEPCIONES				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10	El personal médico del hospital puede abordar los problemas de los pacientes de manera oportuna y rápida.		X						X		
11	El hospital puede informar claramente a los pacientes sobre el proceso de consulta y tratamiento.		X							X	
12	Los médicos y enfermeras del hospital no permiten que sus apretadas agendas retrasen la satisfacción de las necesidades del paciente.			X						X	
13	El personal médico de este hospital puede brindar asesoramiento médico de manera oportuna y adecuada.			X						X	
14	El personal médico de este hospital siempre es de gran ayuda para los pacientes.				X					X	
DIMENSIÓN: Seguridad		EXPECTATIVAS					PERCEPCIONES				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15	El personal médico del hospital hace que los pacientes se sientan seguros durante sus visitas.			X							X

16	El desempeño profesional del personal médico de este hospital hace que los pacientes se sientan seguros.			X					X		
17	Los médicos y enfermeras de este hospital tienen suficiente experiencia para responder las preguntas de los pacientes.			X					X		
18	El personal médico y de enfermería de este hospital generalmente tiene una buena actitud de servicio y cortesía.			X					X		
DIMENSIÓN: Empatía		EXPECTATIVAS					PERCEPCIONES				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19	El personal médico de este hospital priorizará los mejores intereses del paciente.			X					X		
20	El personal médico de este hospital es sensible a la privacidad de la visita del paciente.			X					X		
21	El horario de atención médica del hospital es conveniente para el paciente promedio.		X						X		
22	El personal médico del hospital puede satisfacer las necesidades médicas especiales de los pacientes.		X						X		

Anexo 10. Escala de Estrés percibido (PSS-10), completada por un paciente.

ESCALA DEL ESTRÉS PERCIBIDO (PSS-10)

N	Dimensión: Causas	NUNCA	RARAMENTE	A VECES	FRECUEMENTE	MUY A MENUDO
		1	2	3	4	5
1	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido molesto por algo que sucedió inesperadamente?			X		
2	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía controlar las cosas importantes de su vida?			X		
3	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso y estresado?			X		
4	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido seguro de su capacidad para manejar sus problemas personales?	X				
5	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas iban como quería?				X	
6	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha dado cuenta de que no podía hacer frente a todas las cosas que tenía que hacer?	X				
7	En el último mes, ¿con qué frecuencia has podido controlar las irritaciones en tu vida?			X		
8	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que estaba en control de todo?			X		
9	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha enojado por cosas que sucedieron y que estaban fuera de su control?	X				
10	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulaban tanto que no podía superarlas?			X		

Anexo 11. Cuestionario de la Percepción de la enfermedad Cuestionario de Percepción de la enfermedad – Revisado (IPQ-R), completada por un paciente.

Cuestionario de percepción de la enfermedad (IPQ-R)

N	DIMENSIÓN: Identidad	He tenido este síntoma desde que estoy enfermo		Este síntoma se relaciona con mi enfermedad	
		NO	SI	NO	SI
1	Dolor		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
2	Dolor De Garganta	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
3	Náusea		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
4	Falta De Aire	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
5	Baja De Peso		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
6	Cansancio	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
7	Rigidez Articular	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
8	Ardor en Ojos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
9	Somnolencia		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
10	Malestar de Estómago		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
11	Alteración del Sueño		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
12	Mareos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
13	Pérdida de Fuerza Física		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>

N	DIMENSIÓN: Duración	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
---	---------------------	--------------------------	---------------	-------------------------------	------------	-----------------------

	1	2	3	4	5
1	Mi enfermedad durará poco tiempo			<input checked="" type="checkbox"/>	
2	Es más probable que mi enfermedad sea permanente que temporal		<input checked="" type="checkbox"/>		
3	Mi enfermedad durará mucho tiempo			<input checked="" type="checkbox"/>	
4	Esta enfermedad pasará rápido			<input checked="" type="checkbox"/>	
5	Creo que esta enfermedad me acompañará el resto de mi vida		<input checked="" type="checkbox"/>		
13	Mi enfermedad se irá mejorando con el tiempo			<input checked="" type="checkbox"/>	

N	DIMENSIÓN: Consecuencias	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
6	IP6 Mi enfermedad es una condición grave			<input checked="" type="checkbox"/>		
7	IP7 Mi enfermedad tiene importantes consecuencias en mi vida		<input checked="" type="checkbox"/>			
8	IP8 Mi enfermedad no repercute mucho en mi vida				<input checked="" type="checkbox"/>	
9	IP9 Mi enfermedad influye mucho en cómo me ven las otras personas				<input checked="" type="checkbox"/>	
10	IP10 Mi enfermedad afecta mucho mi presupuesto		<input checked="" type="checkbox"/>			
11	IP11 Mi enfermedad le trae problemas a mis cercanos				<input checked="" type="checkbox"/>	

N	DIMENSIÓN: Control Personal	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
12	Es mucho lo que yo puedo hacer para controlar los síntomas				<input checked="" type="checkbox"/>	
13	Lo que yo hago puede definir si mi enfermedad mejora o empeora		<input checked="" type="checkbox"/>			
14	El curso de mi enfermedad depende de mí			<input checked="" type="checkbox"/>		
15	Mucho de lo que hago puede afectar mi enfermedad			<input checked="" type="checkbox"/>		
16	Tengo la capacidad de influir sobre mi enfermedad			<input checked="" type="checkbox"/>		
17	Mis acciones no afectan el resultado de mi enfermedad				<input checked="" type="checkbox"/>	

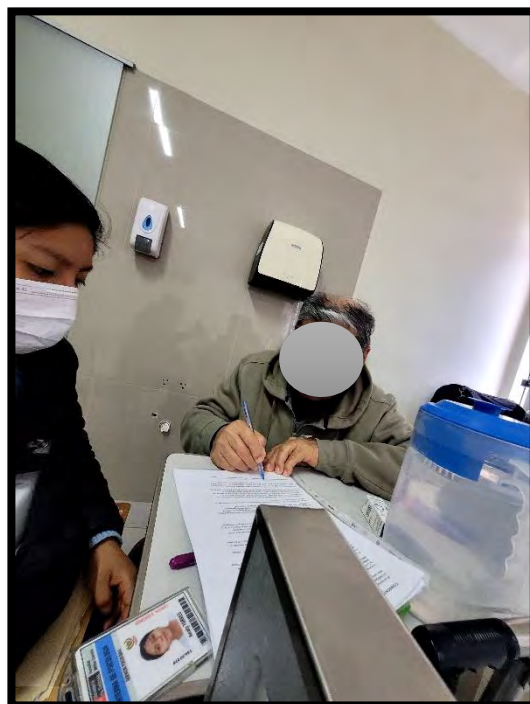
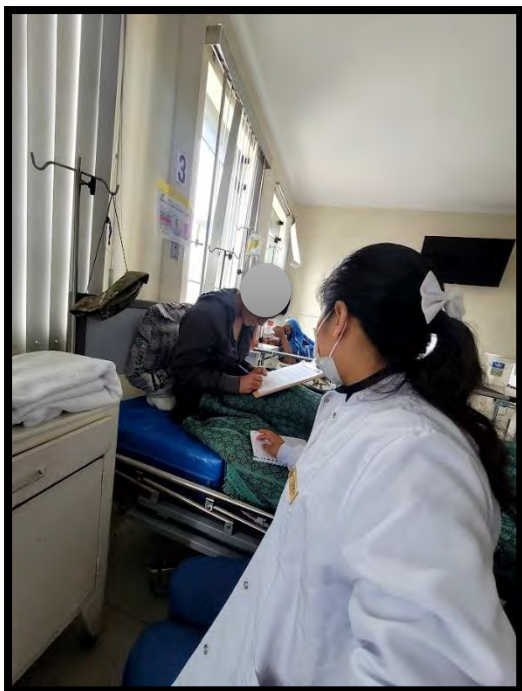
N	DIMENSIÓN: Control del Tratamiento	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
---	------------------------------------	--------------------------	---------------	-------------------------------	------------	-----------------------

19	Es poco lo que se puede hacer para mejorar mi enfermedad				X	
20	Mi tratamiento será efectivo en la cura de mi enfermedad				X	
21	Todo lo malo de mi enfermedad se puede prevenir o evitar por medio de mi tratamiento				X	
22	Mi tratamiento puede controlar mi enfermedad				X	
23	No hay nada que pueda ayudarme en mi condición		X			
N DIMENSIÓN: Coherencia de la Enfermedad						
		TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
24	No comprendo los síntomas de mi enfermedad			X		
25	Mi enfermedad es un misterio para mí			X		
26	No comprendo mi enfermedad		X			
27	Mi enfermedad no tiene sentido		X			
28	Entiendo perfectamente de qué se trata mi enfermedad				X	
N DIMENSIÓN: Ciclos de la Enfermedad						
		TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
29	Los síntomas de mi enfermedad cambian mucho de un día para otro			X		
30	Mis síntomas van y vienen ciclicamente				X	
31	Mi enfermedad es muy impredecible			X		
32	Pasó por periodos en los que mi enfermedad mejora y otros en los que empeora				X	
N DIMENSIÓN: Representaciones emocionales						
		TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
33	Me deprime el pensar sobre mi enfermedad				X	
34	Me molesto cuando pienso sobre mi enfermedad				X	
35	Me enoja el pensar sobre mi enfermedad				X	
36	Mi enfermedad no me preocupa		X			
37	Tener esta enfermedad me hace sentir ansiedad				X	

38	Mi enfermedad me hace sentir temor				
----	------------------------------------	--	--	--	--

N Dimensión: Causas		TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
1	Estrés o preocupación		X			
2	Herencia - esta enfermedad es parte de mi familia			X		
3	Gérmenes o virus				X	
4	Dieta o hábitos de alimentación			X		
5	Casualidad o mala suerte			X		
6	Mal control médico en el pasado			X		
7	Contaminación ambiental			X		
8	Mis conductas en el pasado				X	
9	Mis actitudes mentales (p. ej. pensamientos negativos sobre la vida)			X		
10	Problemas familiares o preocupaciones son las causas de mi enfermedad			X		
11	Exceso de trabajo			X		
12	Mi estado emocional (P. ej. sentimiento de soledad, vacío, ansiedad)			X		
13	Envejecimiento			X		
14	Consumo de alcohol				X	
15	Consumo de tabaco				X	
16	Un accidente o una lesión				X	
17	Mi personalidad				X	
18	Una alteración en mi sistema inmune			X		

Anexo 12. Aplicación de instrumentos



Anexo 13. Google Form de la encuesta

CALIDAD DE SERVICIO, ESTRÉS PERCIBIDO Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL EN LIMA 2024

La presente investigación tiene como finalidad, evaluar las relaciones entre la calidad de servicio, el estrés percibido y la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas del Hospital Militar Central, 2024.

patologatormejia@gmail.com [Link de acceso](#)

No compartido

* Indica que la pregunta es obligatoria

Institución: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

Investigadora: Torres Mejía, Analy

Título: Calidad de Servicio, estrés percibido y percepción de la enfermedad crónica en el Hospital Militar Central en Lima, 2024.

Propósito del Estudio: Evaluar las relaciones entre la calidad de servicio, el estrés percibido y la percepción de la enfermedad en pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas del Hospital Militar Central, 2024.

Procedimientos:

Si Usted decide participar en este estudio se le realizará lo siguiente:

- Se le explicará detalladamente el propósito de esta investigación y en que consiste los cuestionario utilizados para dicho fin.
- Se le brindará un "consentimiento informado" donde describe el los objetivos de la investigación, los riesgos, beneficios, toda información necesaria para que pueda decidir si participar o no en el estudio.
- La aplicación de la encuesta tiene una duración aproximada de 20 a 30 minutos, donde se le realizará 3 cuestionarios que evaluarán la percepción que usted tiene frente a la calidad de servicio, el estrés y su propia enfermedad.

Toda información proporcionada por usted, serán solamente de conocimiento de la investigadora y su asesora, quienes garantizan la confidencialidad y respeto a la privacidad, en el informe final de la investigación no serán mencionados los nombres de los participantes.

Riesgos: Existe un riesgo mínimo de angustia psicológica al momento de realizar las entrevistas ya que algunas preguntas pueden resultar incómodas para algunos participantes. Solo debe responder lo que considere adecuado, puede detener la entrevista y su participación en el estudio en cualquier momento.

Beneficios: El beneficio que obtendrá tras la participación de la encuesta se verá reflejado en las propuestas que serán elaboradas tras la finalización de la investigación, de acuerdo a los resultados obtenidos el cual nos permitirá ver de manera mas amplia la percepción que poseen los pacientes frente a la institución, el estrés durante la estancia y su propia enfermedad, siendo base a futuros proyectos.

Costos e Incentivos: Usted no deberá pagar nada por la participación. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico, ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad: se guardará la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de Usted. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del paciente: Si usted se siente incómodo durante el llenado de las encuestas, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud y/o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con 1711-43@unsaac.edu.pe

CONSENTIMIENTO:

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas pueden pasar si participo en el proyecto, también entiendo que estoy brindando mis datos personales así como datos de mi enfermedad, el curso y otros datos correspondientes al estudio. Puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Si estoy de acuerdo en participar.

No estoy de acuerdo en participar.

ID

Tu respuesta

Siguiente Página 1 de 5 Borrar formulario

Nunca envíe contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google - [Contactar con el propietario del formulario](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

¿Parece sospechoso este formulario? [Reportar](#)

Anexo 14. Validación por juicio de expertos

Juez 1: Mg. Evelyn Miluska Huarancca Hilares

JUICIO DE EXPERTOS DEL CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE SERVICIO (SERVOQUAL)

1 = Deficiente	2 = Mala	3 = Regular	4 = Buena	5= Muy buena
----------------	----------	-------------	-----------	--------------

DIMENSIÓN	ITEM	CRITERIO				OBSERVACIÓN	
		SUFICIENCIA	CLARIDAD	CONSERVENCIA	RELEVANCIA		
Aspectos Tangibles	Aspectos Tangibles						
	1	El hospital cuenta con instalaciones seguras.	4	4	4	4	
	2	El hospital cuenta con un diseño de espacio libre de barreras.	4	4	4	4	
	3	El hospital cuenta con un ambiente limpio y confortable.	4	4	4	4	
	4	El hospital cuenta con modernas instalaciones médicas.	4	4	4	4	
	5	El personal médico del hospital está vestido profesionalmente.	3	3	3	3	
Fiabilidad	Fiabilidad						
	6	Los médicos y enfermeras de este hospital pueden brindar servicios calificados y profesionales.	4	4	4	4	
	7	Los médicos de este hospital pueden brindar información detallada sobre la condición y el tratamiento del paciente.	4	4	4	4	
	8	El personal médico y de enfermería del hospital puede brindar servicios rápidos a los pacientes.	4	4	4	4	
	9	El personal médico de este hospital tiene una actitud seria y genuina hacia su servicio laboral.	4	4	4	4	
Capacidad de respuesta	Capacidad de respuesta						
	10	El personal médico del hospital puede abordar los problemas de los pacientes de manera oportuna y rápida.	4	4	4	4	
	11	El hospital puede informar claramente a los pacientes sobre el proceso de consulta y tratamiento.	4	4	4	4	

	12	Los médicos y enfermeras del hospital no permiten que sus apretadas agendas retrasen la satisfacción de las necesidades del paciente.	4	4	4	4	
	13	El personal médico de este hospital puede brindar asesoramiento médico de manera oportuna y adecuada.	4	4	4	4	

	14	El personal médico de este hospital siempre es de gran ayuda para los pacientes.	4	4	4	4	Se podría incluir personal no médico
Seguridad	Seguridad						
	15	El personal médico del hospital hace que los pacientes se sientan seguros durante sus visitas.	4	4	4	4	
	16	El desempeño profesional del personal médico de este hospital hace que los pacientes se sientan seguros.	4	4	4	4	
	17	Los médicos y enfermeras de este hospital tienen suficiente experiencia para responder las preguntas de los pacientes.	4	4	4	4	
	18	El personal médico y de enfermería de este hospital generalmente tiene una buena actitud de servicio y cortesía.	4	4	4	4	
Empatía	Empatía						
	19	El personal médico de este hospital priorizará los mejores intereses del paciente.	4	4	4	4	
	20	El personal médico de este hospital es sensible a la privacidad de la visita del paciente.	4	4	4	4	
	21	El horario de atención médica del hospital es conveniente para el paciente promedio.	4	4	4	4	
	22	El personal médico del hospital puede satisfacer las necesidades médicas especiales de los pacientes.	4	4	4	4	

Aspectos generales	SI	NO	Observaciones
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario	<input checked="" type="checkbox"/>		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.	<input checked="" type="checkbox"/>		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativo su respuesta, sugiera los ítems a añadir.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Validez: Válido (x) No Válido ()			
Aplicable (x) No aplicable ()			
Validado por: Psicólogo			
Firma y sello			
 <p>  Universidad de La Habana Facultad de Psicología C. N. P. 1974 </p>			

JUICIO DE EXPERTOS CUESTIONARIO DE CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (IPO-R)

1 = Deficiente	2 = Mala	3 = Regular	4 = Buena	5 = Muy buena
----------------	----------	-------------	-----------	---------------

DIMENSIÓN	ITEM		CRITERIO				OBSERVACION
			SUFICIENCIA	CLARIDAD	CONSERVENCIA	RELEVANCIA	
Ideutidad	Ideutidad						
	1	Dolor	3	3	3	3	
	2	Dolor De Garganta	4	4	4	4	
	3	Náusea	4	4	4	4	
	4	Falta De Aire	4	4	4	4	
	5	Bajo De Peso	4	4	4	4	
	6	Cansancio	4	4	4	4	
	7	Rigidez Articular	4	4	4	4	
	8	Ardor en Ojos	4	4	4	4	
	9	Somnolencia	4	4	4	4	
	10	Malestar de Estómago	4	4	4	4	
	11	Alteración del Sacofo	4	4	4	4	
	12	Marcos	4	4	4	4	
13	Pérdida de Fuerza Física	4	4	4	4		
Duración	Duración						
	1	Mi enfermedad durará poco tiempo	4	4	4	4	
	2	Es más probable que mi enfermedad sea permanente que temporal	4	4	3	4	
	3	Mi enfermedad durará mucho tiempo	4	4	4	4	

	4	Esta enfermedad pasará rápido	4	4	3	4	
	5	Creo que esta enfermedad me acompañará el resto de mi vida	4	4	4	4	
	18	Mi enfermedad se irá mejorando con el tiempo	4	4	3	4	
Consecuencias	Consecuencias						
	6	IP6 Mi enfermedad es una condición grave	4	4	4	4	
	7	IP7 Mi enfermedad tiene importantes consecuencias en mi vida	4	4	4	4	
	8	IP8 Mi enfermedad no repercute mucho en mi vida	4	4	4	4	
	9	IP9 Mi enfermedad influye mucho en cómo me ven las otras personas	4	4	4	4	
	10	IP10 Mi enfermedad afecta mucho mi presupuesto	4	4	4	4	
	11	IP11 Mi enfermedad le trae problemas a mis cercanos	4	4	4	4	
Control Personal	Control Personal						
	12	Es mucho lo que yo puedo hacer para controlar los síntomas	4	4	4	4	
	13	Lo que yo hago puede definir si mi enfermedad mejora o empeora	4	4	4	4	
	14	El curso de mi enfermedad depende de mí	4	4	4	4	
	15	Nada de lo que hago puede afectar mi enfermedad	4	4	4	4	
	16	Tengo la capacidad de influir sobre mi enfermedad	4	4	4	4	
	17	Mis acciones no afectarán el resultado de mi enfermedad	4	4	4	4	
Control del Tratamiento	Control del Tratamiento						
	19	Es poco lo que se puede hacer para mejorar mi enfermedad	4	4	4	4	
	20	Mi tratamiento será efectivo en la cura de mi enfermedad	4	4	4	4	
	21	Todo lo malo de mi enfermedad se puede prevenir o evitar por medio de mi tratamiento	4	4	4	4	
	22	Mi tratamiento puede controlar mi enfermedad	4	4	4	4	
	23	No hay nada que pueda ayudarme en mi condición	4	4	4	4	
Coherencia de la Enfermedad	Coherencia de la Enfermedad						
	24	No comprendo los síntomas de mi enfermedad	5	5	5	5	
	25	Mi enfermedad es un misterio para mí	5	5	5	5	
	26	No comprendo mi enfermedad	5	5	5	5	
	27	Mi enfermedad no tiene sentido	4	4	5	4	
	28	Entiendo perfectamente de qué se trata mi enfermedad	4	4	4	4	
Ciclos de la Enfermedad	Ciclos de la Enfermedad						
	29	Los síntomas de mi enfermedad cambian mucho de un día para otro	5	5	4	4	
	30	Mis síntomas van y vienen cíclicamente	4	4	5	4	
	31	Mi enfermedad es muy impredecible	4	4	4	4	
	32	Pasó por periodos en los que mi enfermedad mejora y otros en los que empeora	5	5	4	4	
Representaciones emocionales	Representaciones emocionales						
	33	Me deprime el pensar sobre mi enfermedad	4	4	5	5	
	34	Me molesto cuando pienso sobre mi enfermedad	4	4	4	4	Incluir una diferencia entre molestia y enojo puede ser confuso para el evaluado
	35	Me enoja el pensar sobre mi enfermedad	4	4	4	4	Incluir una diferencia entre molestia y enojo puede ser confuso para el evaluado
	36	Mi enfermedad no me preocupa	4	4	5	4	

	37	Tener esta enfermedad me hace sentir ansiedad	*	*	*	*	
	38	Mi enfermedad me hace sentir temor	*	*	*	*	
Causas	Causas						
	1	Estrés o preocupación	+	+	+	+	
	2	Herencia - esta enfermedad es parte de mi familia	+	+	+	+	
	3	Gérmes o virus	+	+	+	+	
	4	Dieta o hábitos de alimentación	+	+	+	+	
	5	Casualidad o mala suerte	+	+	+	+	
	6	Mal control médico en el pasado	+	+	+	+	
	7	Contaminación ambiental	+	+	+	+	
	8	Mis conductas en el pasado	+	+	+	+	
	9	Mis actitudes mentales (p. ej. pensamientos negativos sobre la vida)	+	+	+	+	
	10	Problemas familiares o preocupaciones son las causas de mi enfermedad	+	+	+	+	
	11	Exceso de trabajo	+	+	+	+	
	12	Mi estado emocional (P. ej. sentimiento de soledad, vacío, ansiedad)	+	+	+	+	
13	Envejecimiento	+	+	+	+		
	14	Consumo de alcohol	+	+	+	+	
	15	Consumo de tabaco	+	+	+	+	
	16	Un accidente o una lesión	+	+	+	+	
	17	Mi personalidad	+	+	+	+	

Aspectos generales	SI	NO	Observaciones
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Validez: Válido (x) No Válido ()			
Aplicable (x) No aplicable ()			
Validado por Psicólogo			
Firma y sello			
 <p>Evelyn Milena Barrantes Elveles PSICÓLOGA C. P. 2 14524</p>			

JUICIO DE EXPERTOS DE LA ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO (PSS-10)

1 = Deficiente	2 = Mala	3 = Regular	4 = Buena	5 = Muy buena
----------------	----------	-------------	-----------	---------------

DIMENSIÓN	ITEM	CRITERIO				OBSERVACIÓN	
		SUFICIENCIA	CLARIDAD	CONSERVENCIA	RELEVANCIA		
Capacidad de Afrontamiento	Capacidad de Afrontamiento						
	1	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido molesto por algo que sucedió inesperadamente?	4	4	5	5	
	2	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía controlar las cosas importantes de su vida?	4	4	4	4	
	3	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso y estresado?	5	5	5	5	
	6	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha dado cuenta de que no podía hacer frente a todas las cosas que tenía que hacer?	5	5	5		
	9	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha enojado por cosas que sucedieron y que estaban fuera de su control?	4	5	4	4	
	10	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulaban tanto que no podía superarlas?	4	4	4	4	
Valoración cognitiva	Valoración cognitiva						
	4	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido seguro de su capacidad para manejar sus problemas personales?	4	4	4	5	
	5	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas iban como quería?	4	4	4	4	
	7	En el último mes, ¿con qué frecuencia has podido controlar las irritaciones en tu vida?	5	5	5	5	
	8	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que estaba en control de todo?	4	4	4	5	

Aspectos generales	SI	NO	Observaciones
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Los items permiten el logro del objetivo de la investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Los items están distribuidos en forma lógica y secuencial.	<input checked="" type="checkbox"/>		
El número de items es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los items a añadir.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Válidos: Válido (x) No Válido ()			
Aplicable (x) No aplicable ()			
Validado por: Psicólogo			
Firma y sello:			
  Enrique Wilson Baamonde Flores PSICOLOGIA C. N. P. 19574			

Juez 2: Mg. Katherine Monchy Corrales Alvarez


JUICIO DE EXPERTOS DEL CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE SERVICIO (SERVQUAL)

1 = Deficiente	2 = Mala	3 = Regular	4 = Buena	5= Muy buena
----------------	----------	-------------	-----------	--------------

DIMENSION	ITEM	CRITERIO				OBSERVACIÓN	
		SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA		
Aspectos Tangibles	Aspectos Tangibles						
	1	El hospital cuenta con instalaciones seguras.	5	4	5	5	
	2	El hospital cuenta con un diseño de espacio libre de barreras.	5	4	5	5	
	3	El hospital cuenta con un ambiente limpio y confortable.	5	5	5	5	
	4	El hospital cuenta con modernas instalaciones médicas.	5	5	5	5	
	5	El personal médico del hospital está vestido profesionalmente.	5	4	5	5	
Fiabilidad	Fiabilidad						
	6	Los médicos y enfermeras de este hospital pueden brindar servicios calificados y profesionales.	5	5	5	5	
	7	Los médicos de este hospital pueden brindar información detallada sobre la condición y el tratamiento del paciente.	5	5	5	5	
	8	El personal médico y de enfermería del hospital puede brindar servicios rápidos a los pacientes.	5	4	5	5	
	9	El personal médico de este hospital tiene una actitud seria y genuina hacia su servicio laboral.	5	3	5	5	
Capacidad de respuesta	Capacidad de respuesta						
	10	El personal médico del hospital puede abordar los problemas de los pacientes de manera oportuna y rápida.	5	5	5	5	
	11	El hospital puede informar claramente a los pacientes sobre el proceso de consulta y tratamiento.	5	4	5	5	

	12	Los médicos y enfermeras del hospital no permiten que sus apretadas agendas retrasen la satisfacción de las necesidades del paciente.	5	3	5	5	
	13	El personal médico de este hospital puede brindar asesoramiento médico de manera oportuna y adecuada.	5	4	5	5	
	14	El personal médico de este hospital siempre es de gran ayuda para los pacientes.	5	4	5	5	

Seguridad	Seguridad						
	15	El personal médico del hospital hace que los pacientes se sientan seguros durante sus visitas.	5	4	5	5	
	16	El desempeño profesional del personal médico de este hospital hace que los pacientes se sientan seguros.	5	5	5	5	
	17	Los médicos y enfermeras de este hospital tienen suficiente experiencia para responder las preguntas de los pacientes.	5	5	5	5	
	18	El personal médico y de enfermería de este hospital generalmente tiene una buena actitud de servicio y cortésia.	5	5	5	5	
Empatía	Empatía						
	19	El personal médico de este hospital priorizará los mejores intereses del paciente.	5	3	5	5	
	20	El personal médico de este hospital es sensible a la privacidad de la visita del paciente.	5	3	5	5	
	21	El horario de atención médica del hospital es conveniente para el paciente promedio.	5	4	5	5	
	22	El personal médico del hospital puede satisfacer las necesidades médicas especiales de los pacientes.	5	4	5	5	

Aspectos generales	SI	NO	Observaciones
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario.	X		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación	X		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.	X		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir.	X		
Validez: Válido (x) No Válido ()			
Aplicable (x) No aplicable ()			
Validado por: Lic. Enf. Katherine Monchy Corrales Alvarez			
Firma y sello: <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  <p data-bbox="564 1272 849 1361"> Katherine Monchy Corrales Alvarez LIC. EN ENFERMERIA C.E.P. 9874 </p> </div>			

JUICIO DE EXPERTOS CUESTIONARIO DE CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (IPO-R)

1 = Deficiente	2 = Mala	3 = Regular	4 = Buena	5= Muy buena
----------------	----------	-------------	-----------	--------------

DIMENSIÓN	ITEM	CRITERIO				OBSERVACIÓN	
		SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA		
Identidad	Identidad						
	1	Dolor	5	3	5	5	
	2	Dolor De Garganta	5	4	5	5	
	3	Náusea	5	4	5	5	
	4	Falta De Aire	5	4	5	5	
	5	Baja De Peso	5	4	5	5	
	6	Cansancio	5	4	5	5	
	7	Rigidez Articular	5	4	5	5	
	8	Ardor en Ojos	5	4	5	5	
	9	Somnolencia	5	4	5	5	
	10	Malestar de Estómago	5	4	5	5	
	11	Alteración del Sueño	5	4	5	5	
	12	Mareos	5	4	5	5	
13	Pérdida de Fuerza Física	5	4	5	5		
Duración	Duración						
	1	Mi enfermedad durará poco tiempo	5	5	5	5	
	2	Es más probable que mi enfermedad sea permanente que temporal	5	3	5	5	
	3	Mi enfermedad durará mucho tiempo	5	5	5	5	

	4	Esta enfermedad pasará rápido	5	4	5	5	
	5	Creo que esta enfermedad me acompañará el resto de mi vida	5	4	5	5	
	18	Mi enfermedad se irá mejorando con el tiempo	5	4	5	5	
Consecuencias	Consecuencias						

	6	IP6 Mi enfermedad es una condición grave	5	4	5	5	
	7	IP7 Mi enfermedad tiene importantes consecuencias en mi vida	5	4	5	5	
	8	IP8 Mi enfermedad no repercute mucho en mi vida	5	4	5	5	
	9	IP9 Mi enfermedad influye mucho en cómo me ven las otras personas	5	4	5	5	
	10	IP10 Mi enfermedad afecta mucho mi presupuesto	5	4	5	5	
	11	IP11 Mi enfermedad le trae problemas a mis cercanos	5	4	5	5	
Control Personal	Control Personal						
	12	Es mucho lo que yo puedo hacer para controlar los síntomas	5	4	5	5	
	13	Lo que yo hago puede definir si mi enfermedad mejora o empeora	5	4	5	5	
	14	El curso de mi enfermedad depende de mi	5	4	5	5	
	15	Nada de lo que hago puede afectar mi enfermedad	5	4	5	5	
	16	Tengo la capacidad de influir sobre mi enfermedad	5	4	5	5	
17	Mis acciones no afectarán el resultado de mi enfermedad	5	4	5	5		
Control del Tratamiento	Control del Tratamiento						
	19	Es poco lo que se puede hacer para mejorar mi enfermedad	5	4	5	5	
	20	Mi tratamiento será efectivo en la cura de mi enfermedad	5	4	5	5	
	21	Todo lo malo de mi enfermedad se puede prevenir o evitar por medio de mi tratamiento	5	4	5	5	

	22	Mi tratamiento puede controlar mi enfermedad	5	4	5	5	
	23	No hay nada que pueda ayudarme en mi condición	5	4	5	5	
Coherencia de la Enfermedad	Coherencia de la Enfermedad						
	24	No comprendo los síntomas de mi enfermedad	5	4	5	5	
	25	Mi enfermedad es un misterio para mí	5	4	5	5	
	26	No comprendo mi enfermedad	5	4	5	5	
	27	Mi enfermedad no tiene sentido	5	4	5	5	
	28	Entiendo perfectamente de qué se trata mi enfermedad	5	4	5	5	
Ciclos de la Enfermedad	Ciclos de la Enfermedad						
	29	Los síntomas de mi enfermedad cambian mucho de un día para otro	5	4	5	5	
	30	Mis síntomas van y vienen cíclicamente	5	4	5	5	

	31	Mi enfermedad es muy impredecible	5	5	5	5	
	32	Pasó por periodos en los que mi enfermedad mejora y otros en los que empeora	5	4	5	5	
Representaciones emocionales	Representaciones emocionales						
	33	Me deprime el pensar sobre mi enfermedad	5	4	5	5	
	34	Me molesto cuando pienso sobre mi enfermedad	5	4	5	5	
	35	Me enoja el pensar sobre mi enfermedad	5	4	5	5	
	36	Mi enfermedad no me preocupa	5	4	5	5	
	37	Tener esta enfermedad me hace sentir ansiedad	5	4	5	5	
	38	Mi enfermedad me hace sentir temor	5	4	5	5	


Causas	Causas						
	1	Estrés o preocupación	5	4	5	5	
	2	Herencia - esta enfermedad es parte de mi familia	5	4	5	5	
	3	Gérmenes o virus	5	4	5	5	
	4	Dieta o hábitos de alimentación	5	4	5	5	
	5	Casualidad o mala suerte	5	4	5	5	
	6	Mal control médico en el pasado	5	4	5	5	
	7	Contaminación ambiental	5	4	5	5	
	8	Mis conductas en el pasado	5	4	5	5	
	9	Mis actitudes mentales (p. ej. pensamientos negativos sobre la vida)	5	4	5	5	
	10	Problemas familiares o preocupaciones son las causas de mi enfermedad	5	4	5	5	
	11	Exceso de trabajo	5	4	5	5	
	12	Mi estado emocional (P. ej. sentimiento de soledad, vacío, ansiedad)	5	4	5	5	
	13	Envejecimiento	5	4	5	5	
	14	Consumo de alcohol	5	4	5	5	
	15	Consumo de tabaco	5	4	5	5	
	16	Un accidente o una lesión	5	4	5	5	
	17	Mi personalidad	5	4	5	5	
	18	Una alteración en mi sistema inmune	5	4	5	5	

Aspectos generales	SI	NO	Observaciones
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario.	X		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación	X		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.	X		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir.	X		
Validez: Válido (x) No Válido ()			
Aplicable (x) No aplicable ()			
Validado por: Lic. Enf. Katherine Monchy Corrales Alvarez			
Firma y selló: 			

JUICIO DE EXPERTOS DE LA ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO (PSS-10)

1 = Deficiente	2 = Mala	3 = Regular	4 = Buena	5= Muy buena
----------------	----------	-------------	-----------	--------------

DIMENSIÓN	ITEM	CRITERIO				OBSERVACIÓN	
Capacidad de Afrontamiento	Capacidad de Afrontamiento		SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIÓN
	1	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido molesto por algo que sucedió inesperadamente?	5	4	4	5	
	2	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía controlar las cosas importantes de su vida?	5	5	4	5	
	3	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso y estresado?	5	5	4	5	
	6	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha dado cuenta de que no podía hacer frente a todas las cosas que tenía que hacer?	5	5	4	5	
	9	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha enojado por cosas que sucedieron y que estaban fuera de su control?	5	5	4	5	
	10	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulaban tanto que no podía superarlas?	5	5	4	5	
Valoración cognitiva	Valoración cognitiva						
	4	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido seguro de su capacidad para manejar sus problemas personales?	5	5	4	5	
	5	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas iban como quería?	5	4	4	5	
	7	En el último mes, ¿con qué frecuencia has podido controlar las irritaciones en tu vida?	5	4	4	5	
	8	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que estaba en control de todo?	5	5	4	5	

Aspectos generales	SI	NO	Observaciones
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario.	X		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación	X		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.	X		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir.	X		
Validez: Válido (x) No Válido ()			
Aplicable (x) No aplicable ()			
Validado por: Lic. Enf. Katherine Monchy Corrales Álvarez			
Firma y sello: <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  <p data-bbox="574 1433 877 1512"> Katherine Monchy Corrales Álvarez LIC EN ENFERMERÍA C.E.P. 58371 </p> </div>			

Juez 3: Mg. Cristian André Cervantes Cartagena

JUICIO DE EXPERTOS DEL CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE SERVICIO (SERVQUAL)

1 = Deficiente	2 = Mala	3 = Regular	4 = Buena	5 = Muy buena
----------------	----------	-------------	-----------	---------------

DIMENSIÓN	ITEM	CRITERIO				OBSERVACIÓN	
		SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA		
Aspectos Tangibles	Aspectos Tangibles						
	1	El hospital cuenta con instalaciones seguras.	4	4	4	4	
	2	El hospital cuenta con un diseño de espacio libre de barreras.	4	4	4	4	Y de fácil acceso a las diferentes áreas
	3	El hospital cuenta con un ambiente limpio y confortable.	4	4	4	4	
	4	El hospital cuenta con modernas instalaciones médicas.	4	4	4	4	
Fiabilidad	Fiabilidad						
	5	El personal médico del hospital está vestido profesionalmente.	3	3	3	3	
	6	Los médicos y enfermeras de este hospital pueden brindar servicios calificados y profesionales.	4	4	4	4	
	7	Los médicos de este hospital pueden brindar información detallada sobre la condición y el tratamiento del paciente.	4	4	4	4	
Capacidad de respuesta	Capacidad de respuesta						
	8	El personal médico y de enfermería del hospital puede brindar servicios rápidos a los pacientes.	4	4	4	4	
	9	El personal médico de este hospital tiene una actitud seria y genuina hacia su servicio laboral.	4	4	4	4	
10	El personal médico del hospital puede abordar los problemas de los pacientes de manera oportuna y rápida.	4	4	4	4		

	11	El hospital puede informar claramente a los pacientes sobre el proceso de consulta y tratamiento.	4	4	5	4	
	12	Los médicos y enfermeras del hospital no permiten que sus apretadas agendas retrasen la satisfacción de las necesidades del paciente.	4	4	4	4	... no permiten que sus múltiples actividades asistenciales retrasen la ...
	13	El personal médico de este hospital puede brindar asesoramiento médico de manera oportuna y adecuada.	4	4	4	4	

Seguridad	14	El personal médico de este hospital siempre es de gran ayuda para los pacientes.	4	4	4	4	
	Seguridad						
	15	El personal médico del hospital hace que los pacientes se sientan seguros durante sus visitas.	4	4	4	5	
	16	El desempeño profesional del personal médico de este hospital hace que los pacientes se sientan seguros.	4	4	4	4	
	17	Los médicos y enfermeras de este hospital tienen suficiente experiencia para responder las preguntas de los pacientes.	4	4	5	5	
Empatía	18	El personal médico y de enfermería de este hospital generalmente tiene una buena actitud de servicio y cortesía.	4	4	4	4	
	Empatía						
	19	El personal médico de este hospital priorizará los mejores intereses del paciente.	4	4	4	4	
	20	El personal médico de este hospital es sensible a la privacidad de la visita del paciente.	4	4	4	4	
	21	El horario de atención médica del hospital es conveniente para el paciente promedio.	4	4	4	4	
22	El personal médico del hospital puede satisfacer las necesidades médicas especiales de los pacientes.	3	3	3	3		

Aspectos generales	SI	NO	Observaciones
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario	x		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación	x		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.	x		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir.	x		
Validez: Válido (x) No Válido ()			
Aplicable (x) No aplicable ()			
Validado por: Psicólogo Cristian André Cervantes Cartagena			
Firma y sello: <div style="text-align: center; margin-top: 100px;">  <p data-bbox="533 1339 896 1384">Ps. Cervantes, Cartagena Cristian André C. Ps. 1. 27851</p> </div>			

JUICIO DE EXPERTOS CUESTIONARIO DE CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (IPQ-R)

1 = Deficiente	2 = Mala	3 = Regular	4 = Buena	5= Muy buena
----------------	----------	-------------	-----------	--------------

DIMENSIÓN	ITEM		CRITERIO				OBSERVACIÓN
			SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	
Identidad	Identidad						
	1	Dolor	3	3	3	3	Detallar la zona o la intensidad
	2	Dolor De Garganta	4	4	4	4	
	3	Náusea	4	4	4	4	
	4	Falta De Aire	4	4	4	4	
	5	Baja De Peso	4	4	4	4	
	6	Cansancio	4	4	4	4	
	7	Rigidez Articular	4	4	4	4	
	8	Ardor en Ojos	4	4	4	4	
	9	Somnolencia	4	4	4	4	
	10	Malestar de Estómago	4	4	4	4	
	11	Alteración del Sueño	4	4	4	4	
	12	Mareos	4	4	4	4	
	13	Pérdida de Fuerza Física	4	4	4	4	
Duración	Duración						
	1	Mi enfermedad durará poco tiempo	4	4	4	4	
	2	Es más probable que mi enfermedad sea permanente que temporal	4	4	4	4	
	3	Mi enfermedad durará mucho tiempo	4	4	4	4	

	22	Mi tratamiento puede controlar mi enfermedad	4	4	4	4	
	23	No hay nada que pueda ayudarme en mi condición	4	4	4	4	
Coherencia de la Enfermedad	Coherencia de la Enfermedad						
	24	No comprendo los síntomas de mi enfermedad	5	5	5	5	
	25	Mi enfermedad es un misterio para mí	5	5	5	5	
	26	No comprendo mi enfermedad	5	5	5	5	
	27	Mi enfermedad no tiene sentido	4	4	4	4	
	28	Entiendo perfectamente de qué se trata mi enfermedad	4	4	4	4	
Ciclos de la Enfermedad	Ciclos de la Enfermedad						
	29	Los síntomas de mi enfermedad cambian mucho de un día para otro	5	5	4	4	
	30	Mis síntomas van y vienen cíclicamente	4	4	4	4	

	31	Mi enfermedad es muy impredecible	4	4	4	4	
	32	Pasó por periodos en los que mi enfermedad mejora y otros en los que empeora	5	5	4	4	
Representaciones emocionales	Representaciones emocionales						
	33	Me deprime el pensar sobre mi enfermedad	4	4	5	5	
	34	Me molesto cuando pienso sobre mi enfermedad	4	4	4	4	Especificar y detallar la diferencia entre emoción y sentimiento
	35	Me enoja el pensar sobre mi enfermedad	4	4	4	4	
	36	Mi enfermedad no me preocupa	4	4	5	4	

	4	Esta enfermedad pasará rápido	4	4	4	4	
	5	Creo que esta enfermedad me acompañará el resto de mi vida	4	4	4	4	
	18	Mi enfermedad se irá mejorando con el tiempo	4	4	4	4	
Consecuencias	Consecuencias						

	6	IP6 Mi enfermedad es una condición grave	4	4	4	4	
	7	IP7 Mi enfermedad tiene importantes consecuencias en mi vida	4	4	4	4	
	8	IP8 Mi enfermedad no repercute mucho en mi vida	4	4	4	4	
	9	IP9 Mi enfermedad influye mucho en cómo me ven las otras personas	4	4	4	4	
	10	IP10 Mi enfermedad afecta mucho mi presupuesto	4	4	4	4	
	11	IP11 Mi enfermedad le trae problemas a mis cercanos	4	4	4	4	
Control Personal	Control Personal						
	12	Es mucho lo que yo puedo hacer para controlar los síntomas	4	4	4	4	
	13	Lo que yo hago puede definir si mi enfermedad mejora o empeora	4	4	4	4	
	14	El curso de mi enfermedad depende de mí	4	4	4	4	
	15	Nada de lo que hago puede afectar mi enfermedad	4	4	4	4	
	16	Tengo la capacidad de influir sobre mi enfermedad	4	4	4	4	
	17	Mis acciones no afectarán el resultado de mi enfermedad	4	4	4	4	
Control del Tratamiento	Control del Tratamiento						
	19	Es poco lo que se puede hacer para mejorar mi enfermedad	4	4	4	4	
	20	Mi tratamiento será efectivo en la cura de mi enfermedad	4	4	4	4	
	21	Todo lo malo de mi enfermedad se puede prevenir o evitar por medio de mi tratamiento	4	4	4	4	

	18	Una alteración en mi sistema inmune	4	4	4	4	
--	----	-------------------------------------	---	---	---	---	--

	37	Tener esta enfermedad me hace sentir ansiedad	5	5	5	5	
	38	Mi enfermedad me hace sentir temor	5	4	4	5	
Causas	Causas						
	1	Estrés o preocupación	4	4	4	4	
	2	Herencia - esta enfermedad es parte de mi familia	4	5	4	4	
	3	Gérmenes o virus	4	4	4	4	
	4	Dieta o hábitos de alimentación	4	4	4	4	
	5	Casualidad o mala suerte	4	5	4	4	
	6	Mal control médico en el pasado	4	4	4	4	
	7	Contaminación ambiental	4	4	4	4	
	8	Mis conductas en el pasado	4	4	4	4	
	9	Mis actitudes mentales (p. ej. pensamientos negativos sobre la vida)	4	4	5	4	
	10	Problemas familiares o preocupaciones son las causas de mi enfermedad	4	5	4	4	
	11	Exceso de trabajo	4	4	4	4	
	12	Mi estado emocional (P. ej. sentimiento de soledad, vacío, ansiedad)	4	4	4	4	
13	Envejecimiento	4	4	4	4		

	14	Consumo de alcohol	4	4	4	4	
	15	Consumo de tabaco	4	5	4	4	
	16	Un accidente o una lesión	4	4	5	4	
	17	Mi personalidad	4	4	4	4	

JUICIO DE EXPERTOS DE LA ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO (PSS-10)

1 = Deficiente	2 = Mala	3 = Regular	4 = Buena	5 = Muy buena
----------------	----------	-------------	-----------	---------------

DIMENSIÓN	ITEM	CRITERIO				OBSERVACIÓN	
		SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA		
Capacidad de Afrontamiento	Capacidad de Afrontamiento						
	1	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido molesto por algo que sucedió inesperadamente?	4	4	5	5	
	2	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía controlar las cosas importantes de su vida?	4	4	4	4	
	3	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso y estresado?	5	5	5	5	
	6	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha dado cuenta de que no podía hacer frente a todas las cosas que tenía que hacer?	5	5	5	4	
	9	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha enojado por cosas que sucedieron y que estaban fuera de su control?	4	5	4	4	
	10	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulaban tanto que no podía superarlas?	4	4	4	4	
Valoración cognitiva	Valoración cognitiva						
	4	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido seguro de su capacidad para manejar sus problemas personales?	4	4	4	5	
	5	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas iban como quería?	4	4	4	4	
	7	En el último mes, ¿con qué frecuencia has podido controlar las irritaciones en tu vida?	5	5	5	5	
	8	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que estaba en control de todo?	4	4	4	5	

Aspectos generales	SI	NO	Observaciones
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario.	x		
Los items permiten el logro del objetivo de la investigación	x		
Los items están distribuidos en forma lógica y secuencial.	x		
El número de items es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los items a añadir.	x		
Validez: Valido (x) No Valido ()			
Aplicable (x) No aplicable ()			
Validado por: Psicólogo Cristian André Cervantes Cartagena			
Firma y sello:			
 Ps. Cervantes Cartagena Cristian André C. Ps. 27851			

Anexo 15.

Resumen de niveles de significancia (p) en las dimensiones con mayor impacto estadístico entre las variables de estudio: calidad de servicio, estrés percibido y percepción de la enfermedad.

Variables e Indicadores	Coefficiente (rs)	Sig. (p)
Calidad de Servicio — Estrés Percibido	-.208*	.038
Calidad de Servicio — Percepción Enfermedad		
Control Personal	.286**	.004
Control de Tratamiento	.264**	.008
Representación Emocional	-.249*	.013
Consecuencias	-.241*	.016
Estrés Percibido — Percepción Enfermedad		
Dimensión Identidad	-.192*	.046

Nota. Los valores representan el nivel de significancia (p) obtenido mediante el estadístico Rho de Spearman. Los coeficientes con un asterisco (*) indican una relación significativa al nivel .05, mientras que los marcados con dos asteriscos (**) indican una relación altamente significativa al nivel .01.

Anexo 16.**Resumen de niveles de significancia (p) en las dimensiones de Calidad de Servicio y Percepción de la Enfermedad con mayor impacto estadístico.**

		Calidad de servicio			
		Seguridad	Empatía	Capacidad de respuesta	Fiabilidad
Percepción de la enfermedad	Control Personal	.003	.005	.011	.006
	Control	.006	.007	.032	.012
	Tratamiento				
	Representación Emocional	.009	.011	.024	.017
	Consecuencias	.011	.016	.038	.019

Nota. Los valores en negrita indican una relación estadísticamente significativa ($p < .05$ y $p < .01$). El valor p representa la probabilidad de error al rechazar la hipótesis nula. Se observa una predominancia de valores altamente significativos ($p < .01$) en las dimensiones de seguridad y empatía.

Anexo 17.

**Resumen de niveles de significancia (p) en las dimensiones de Estrés percibido y
Percepción de la Enfermedad con mayor impacto estadístico.**

Dimensiones de Percepción	Dimensiones de Estrés Percibido
	D1. Capacidad de Afrontamiento
D1. Identidad	.046*
D2. Duración	.692
D3. Consecuencias	.842
D4. Control Personal	.489
D5. Control Tratamiento	.692
D6. Coherencia	.621
D7. Ciclicidad	.234
D8. Repres. Emocional	.320
D9. Causas	.372

Nota: Los valores en negrita indican una relación estadísticamente significativa ($p < .05$ y $p < .01$). El valor p representa la probabilidad de error al rechazar la hipótesis nula.