



# BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE MEDICINA

## SATISFACCION DE USUARIOS DEL AREA DE INTERNAMIENTO TEMPORAL EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO

Para la obtención del título en la especialidad médica de psiquiatría

Dr. FERANDO REYES CARDENAS  
Autor Principal

**No. CVU: 1200737**

Dr. IRVIN GARAY SALINAS  
Asesor Experto

D. en C ENRIQUE TORRES RASGADO  
Asesor Metodológico

*H. Puebla de Zaragoza, Puebla*

*Noviembre del 2021*

---

## CONTENIDO

---

**RESUMEN ..... 04**

**INTRODUCCION ..... 06**

**Antecedentes generales**

El hombre y la enfermedad mental ..... 06

Marco regulatorio actual de la psiquiatría ..... 08

Panorama actual de la salud mental en el mundo ..... 10

Panorama actual de la salud mental en México .....11

Sistema de evaluación de los servicios de salud mental ..... 14

Calidad medica ..... 15

Satisfacción del usuario como indicador de calidad ..... 16

**Antecedentes específicos**

Hospital psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” .....18

Sistema de evaluación de calidad y resultados .....19

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....21**

**OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION .....23**

Objetivo general .....

Objetivos específicos .....

**METODOLOGIA.....24**

Clasificación del estudio .....24

Muestra, criterios inclusión, exclusión y eliminación .....25

Ficha identificación y variables .....25

**Comentado [TRE1]: ENUMERAR TODOS LOS SUBTEMAS**

Instrumento de medición .....28  
Descripción del procedimiento y análisis de datos .....29  
Recursos y conflicto de intereses .....29

**RESULTADOS .....31**

**DISCUSIÓN .....**

**CONCLUSION .....**

**BIBLIOGRAFIA .....**

---

## RESUMEN

---

**Introducción:** desde su origen el hombre ha convivido con la enfermedad mental, esta relación ha sido pleomórfica a lo largo de su historia, sin embargo, de manera general podemos considerar que a aquellas personas que padecen una enfermedad mental pasan a convertirse en poblacional vulnerable debido a la estigmatización de su condición y la frecuente trasgresión de sus derechos y libertades.

Hoy en día es la psiquiatría, rama de la medicina, la encargada del estudio y atención de la salud mental en la sociedad y cuya práctica está regulada en múltiples niveles, entre ellos: científico, clínico, administrativo y jurídico mediante diversas recomendaciones, guías, normas, políticas públicas y leyes.

Los recursos, estrategias y políticas implementadas a la salud mental no son las mismas en todo el mundo, habiendo enorme rezago de infraestructura, recursos humanos, técnicos y presupuestales en varias regiones del planeta, incluyendo América latina y México. Ante dicha situación es prioritaria la optimización de los recursos disponibles mediante el diseño, gestión e implementación de acciones que sean derivadas de los procesos de investigación en los sistemas de salud a través de la medicina de calidad.

Actualmente la evaluación de los servicios de salud mental está enfocada en el análisis de la cantidad de recursos financieros, humanos, técnicos y de infraestructura invertidos además del repertorio de servicios ofertados y la productividad que sea generada; dejando de lado el análisis de los resultados finales del proceso asistencial en materia de calidad. En nuestro país la evaluación de los hospitales psiquiátricos del sistema de salud público es a través del sistema *INDICAS*; sin embargo, dicho sistema evalúa a través de parámetros que corresponden a hospitales generales del segundo nivel de atención; cuyas características y necesidades difieren ampliamente de los nosocomios psiquiátricos. Recientemente ha tomado importancia en países europeos y norteamericanos la evaluación de los resultados y la calidad de estos en el área de la salud mental. Utilizando como uno de los indicadores primordiales la satisfacción percibida por el usuario. El estudio de la satisfacción percibida ofrece una de las pautas para la mejora asistencial dentro de los hospitales, los cuales se ven materializados en una mejor relación entre el usuario y la institución, una mayor adherencia terapéutica y la disminución en quejas, demandas y procesos conciliatorios y legales.

**Justificación:** Hasta la ejecución de este proyecto no existen investigaciones en nuestro país que evalúen los sistemas de salud mental a partir del análisis de sus resultados, incluyendo el parámetro de satisfacción percibida por el usuario. Por tanto, esta investigación es pionera en su enfoque y puede marcar la pauta para el diseño de nuevos esquemas de evaluación para sistemas de salud mental y cuyos resultados aportaran elementos a las autoridades correspondientes con el fin de gestionar y ejecutar las adecuaciones pertinentes que mejoren la atención y los servicios de salud brindados.

**Objetivo principal** determinar el nivel de satisfacción percibido entre usuarios del área de internamiento temporal de un hospital psiquiátrico.

**Objetivo secundario** establecer que factores del internamiento fueron percibidos por el usuario de mayor y menor ayuda en su recuperación.

**Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, prolectivo y homodémico. Utilizando una ficha de identificación con los antecedentes sociodemográficos y psiquiátricos además del instrumento de medición *Penn State Inpatient Psychiatry Satisfaction Survey (PSIPSS)* versión traducida al español se evaluaron a los usuarios egresados en los meses de julio y agosto del año 2021 del área de internamiento temporal del hospital psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano". Los resultados han sido tabulados y analizados mediante estadística descriptiva.

**Resultados:** fueron evaluados 39 usuarios, 21 mujeres (53.8%) y 18 hombres (46.15%). Edad promedio de 34.6 años. Tiempo promedio de internamiento 13.2 días. Frecuencia de diagnósticos de egreso: F19 Trastorno mental y de comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas (N=11 28.2%) F20 Esquizofrenia (N=7 17.9%). Nivel global de satisfacción percibida 78.10%; Elementos considerados de mayor ayuda en su recuperación fueron: Atención del personal (N=20), Amabilidad del personal (N=18) y percibir los resultados positivos del tratamiento (N=17). Los elementos considerados de menor ayuda fueron: Participación en el plan de tratamiento (N=18) y claridad del plan de tratamiento (N=12).

**Conclusiones:** actualmente la evaluación de hospitales psiquiátricos públicos del país se basa en parámetros de hospitales generales enfocándose en los recursos invertidos y la productividad generada; ante la limitación de recursos es prioritario optimizar estos mismos basándonos en las necesidades y objetivos de cada institución a partir de la evaluación de sus resultados, incluyendo el nivel de satisfacción percibido. En el caso del hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, el nivel de satisfacción es considerablemente alto a pesar de sus diversas carestías, sin embargo, hay heterogeneidad en los niveles de satisfacción entre los diferentes parámetros evaluados.

A propósito de este proyecto se proyecta a futuro continuar con este enfoque de evaluación a los sistemas de salud mental incluyendo el desarrollo y validación de instrumentos de medición apropiados cuyos resultados pueden ser de utilidad para la toma de decisiones y ejecutar las acciones pertinentes por parte de las autoridades responsables.

---

## ANTECEDENTES GENERALES

---

### **El hombre y la enfermedad mental**

Desde el inicio de su existencia, el hombre ha tenido que convivir con la enfermedad mental; muestra de ello se encuentra en antiguas referencias de la cultura egipcia y otras civilizaciones antiguas, las cuales solían hacer referencia al demonio o al castigo de Dios como origen de dichos males y cuya curación solo era posible a través de exorcismos y otros rituales religiosos. Con el desarrollo de las sociedades, en Grecia, por ejemplo, se heredó la misma idiosincrasia egipcia sobre el origen místico y sobre natural del desequilibrio mental, recurrían con frecuencia a la religión para comprender, atender y curar las enfermedades, incluida las mentales. Durante la edad media la idea colectiva yacía en considerar a la locura como una manifestación más del pecado, un castigo divino o una posesión demoniaca, en consecuencia, los tratamientos empleados eran penitencia, oraciones y castigos corporales; en lo general la actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales oscila entre el rechazo y cierta tolerancia. (Rivera, 1998).

Muestra de esta actitud ambivalente es posible mencionar a la cultura árabe quienes para el año 70 d.C construyeron el primer establecimiento para el cuidado de los dementes de Damasco, "con el fin de internar y cuidar a los débiles de espíritu" en contra parte se encuentra para el año de 1487 en la actual región de Alemania la publicación del libro: "Martillo de brujas" por orden del papa inocente VIII documento utilizado en los juicios por brujería durante más de 200 años y del cual se considera que muchas de las personas juzgadas y ejecutadas al ser consideradas brujas eran en realidad enfermos mentales o como el caso del hospital psiquiátrico Santa María de Bethlehem, en Londres fundado en 1676 y recordado porque allí se organizaban visitas turísticas, para que la población pudiera ver a las personas ingresadas, la mayoría encadenadas, como si de un zoológico se tratara y como una forma más de diversión pública. (Herrera, 2001).

No es hasta finales del siglo XVIII y principios del XIX que se produce un cambio radical a la perspectiva que se tenía sobre el enfermo mental, siendo Philippe Pinel que en 1793 ante la terrible situación en la que se encontraban los allí internados, les libera de sus cadenas y les permite moverse libremente por el hospital, esta acción y el trato digno que se ofreció a los pacientes en el Hospital de la Bicêtre permitieron que muchos de ellos mejoraran rápidamente y fueran reincorporados a la sociedad; a partir de este momento se propugnaba por el ahora denominado "Tratamiento Moral". (Rivera, 1998).

No fue hasta iniciado el siglo XX con el surgimiento de la psiquiatría como especialidad de la medicina que se produce un nuevo paradigma en el entendimiento y manejo de la enfermedad mental, entre los hitos históricos más relevantes podemos considerar: la psicoterapia, los primeros tratamientos de carácter biológico (coma insulínico, terapia convulsiva, Lobotomía) y los psicofármacos además de la publicación de los primeros manuales de clasificación de enfermedades incluidas la de carácter mental, como lo fue el de la Organización Mundial de la Salud con el manual de clasificación internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción (CIE); posteriormente se agregó por parte del comité de nomenclatura y estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-I) (Rodes, 2015).

A la par de este desarrollo neurocientífico, surge una contracorriente de pensamiento por parte de aquellos que cuestionaban la legitimidad de la psiquiatría; por ejemplo, esta "El mito de la enfermedad mental" por Thomas Szasz del año 1961 con el que se abre un gran debate a escala mundial sobre la existencia o no de los llamados trastornos mentales; para él los diagnósticos psiquiátricos son etiquetas estigmatizadoras aplicadas a personas cuyas conductas ofenden o molestan a la sociedad. Este movimiento conocido como Antipsiquiatría cuestiona las prácticas psiquiátricas convencionales y la existencia de la enfermedad mental. (Rivera, 1998).

En el año de 1961, tras la introducción de psicofármacos que permitían un adecuado control de los síntomas de la enfermedad mental junto a la divulgación en los medios públicos de las condiciones deplorables en las que se encontraban las personas ingresadas en los entonces superpoblados hospitales psiquiátricos fue publicado en los EEUU por parte de la *"Joint Commission on Mental Illness and Health"* las recomendaciones para la transformación de los hospitales psiquiátricos en dispositivos comunitarios implementando el principio de la desinstitucionalización o atención comunitaria a la salud mental la cual perseguía: (Desviat, 2020).

- Cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos, prohibiéndose la construcción de otros nuevos.
- No se producirán nuevos internamientos.
- Traslado de los pacientes institucionalizados en los grandes hospitales psiquiátricos a la comunidad.
- Apertura de pequeños departamentos de hospitalización en los hospitales generales
- Creación de pequeñas residencias, que ofrecen privacidad y autonomía, para personas que no pueden vivir en familia o solas.
- Tratamiento terapéutico es considerado voluntario; con excepciones estrictamente reglamentadas y delimitadas.

A pesar de todo lo anterior, hoy en día el crecimiento de la investigación en modernas tecnologías permite el avance en los campos de la neuroimagen y genética, además de la psicofarmacología, hechos que producen nuevas estrategias para el control de los síntomas de los padecimientos mentales y un mayor conocimiento en la implementación de técnicas psicoterapéuticas cuya efectividad en los esquemas de tratamiento han sido ampliamente demostrados pueden ser considerados como un camino real para la integración social del colectivo de ciudadanos con un diagnóstico de trastorno mental severo (Fuente, 2014).

### **Marco regulatorio actual de la psiquiatría**

El margen regulatorio de la atención a la salud mental se distribuye en diversas entidades de carácter público, civil y privado tanto nacional como internacional. Las aportaciones de estas instituciones se agrupan en: investigación básica, investigación clínica, jurídica y administrativa, por tanto, hoy en día la atención a pacientes del área de salud mental en México y otras partes del mundo tiene carácter interdisciplinario conjuntando: psiquiatras, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, rehabilitadores, médicos Interconsultantes entre otros profesionistas; sin embargo la adecuada ejecución de los programas de atención a la salud mental también está sustentada en otros elementos no clínicos y cuya función es establecer el conocimiento, las pautas de actuación, las instalaciones y recursos tecnológicos necesarios (Benassini, 2001).

En el área de investigación básica se reúne un conjunto de científicos, académicos e investigadores en neurociencias que se distribuyen una amplia red de instituciones universitarias, farmacéuticas, asociaciones civiles y de gobierno siendo el sistema nervioso central y particularmente el cerebro donde se suele concentrarse la investigación y el conocimiento, dilucidando aspectos como: neurodesarrollo, estructura y función, mecanismo de psicopatología además de implicaciones farmacológicas. por tanto, el objetivo de las neurociencias es el de conocer las bases biológicas de la conducta humana en un marco teórico y experimental que pueda ser posteriormente aplicado. (López-Ibor, 2012).

La regulación de la práctica clínica, es decir, los conceptos, constructos y criterios diagnósticos, guías de práctica clínica y escalas pronosticas entre otros instrumentos se materializan mediante normas, recomendaciones, boletines, estatutos y guías que son a su vez emitidas por diversos organismos e instituciones gubernamentales del orden nacional (secretaria de salud) e internacional (Organización mundial de la salud, Organización panamericana de la salud) junto a



asociaciones gremiales como: asociación psiquiátrica americana, asociación psiquiátrica mexicana entre otras (López-Ibor, 2012).

Con respecto al marco legal en el cual se fundamenta la práctica psiquiátrica y otras áreas afines a la atención de la salud mental; podremos encontrar distintas jurisprudencias, desde el orden constitucional pasando por leyes generales, normas oficiales y códigos estatales. En el caso de nuestro país mencionaremos a continuación algunos de los elementos jurídicos de mayor relevancia:

- **Artículo 4 ° de la constitución política de los estados unidos mexicanos:** Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.
- **Artículo 3 ° (Fracción VIII) Ley General de Salud:** conceptualización del término salud mental.
- **Artículo 27 Ley general de salud:** delimitación de los efectos del derecho a la protección de la salud y determinación de los servicios básicos de salud mental.
- **Artículo 74 Ley general de salud:** La atención de las enfermedades mentales y la organización, operación y supervisión de instituciones dedicadas al estudio, tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales.
- **Norma 025-SSA2-2012** que tiene por objeto establecer criterios de operación y organización de las actividades de los establecimientos que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

## **Panorama actual de la salud mental en el mundo**

En muchos países los datos son de difícil acceso y a veces inexistentes, y los sistemas de información en salud por lo general no incluyen indicadores de salud mental particularmente en países de bajos y medianos ingresos ya que existe una brecha considerable entre las necesidades de atención de los trastornos mentales y los recursos disponibles. En países desarrollados, que cuentan con sistemas de atención bien establecidos, entre el 44% y el 70% de las personas con trastornos mentales no reciben tratamiento. En los países en desarrollo estas cifras son aún mucho más altas y llegan casi al 90% (Heinze, 2007).

De acuerdo con la organización mundial de la salud el panorama mundial de la salud mental puede delimitarse a grandes rasgos con los siguientes datos:

- En el mundo 450 millones de personas sufren de un trastorno mental
- Aproximadamente 1 millón de personas se suicidan cada año en el mundo.
- 4 de las 6 causas principales de años vividos con discapacidad son trastornos psiquiátricos: depresión, trastornos generados por el uso de alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar
- 1 de cada 4 familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental. Las personas afectadas por trastornos mentales son víctimas de violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación, dentro y fuera de las instituciones psiquiátricas.

Dada la prevalencia de los problemas de salud mental y de la dependencia de sustancias en la población general, es frecuente que exista una enorme carga emocional, así como financiera para los individuos, sus familias y la sociedad en su conjunto. Los impactos económicos de las enfermedades mentales se expresan en: en la productividad en el ámbito de trabajo, disminución del ingreso personal, aumento de la utilización de los servicios de atención y apoyo, habilidad de los cuidadores para trabajar y contribución a la economía nacional. El costo de los problemas de salud mental en países desarrollados se estima entre el 3% y el 4% del Producto Interno Bruto. Más aún, las enfermedades mentales cuestan a las economías nacionales varios miles de millones de dólares, tanto en términos de gastos incurridos directamente por la enfermedad como los derivados por la pérdida de productividad.

En lo que respecta a nuestra región y de acuerdo con el último informe general de salud en América Latina y el Caribe publicado en el año 2014 por la Organización Panamericana de la Salud la estructura operativa de los servicios de salud mental en los países del subcontinente no es homogénea; Muchos de ellos aún tienen sistemas altamente centralizados, donde la respuesta a los problemas de la población con trastornos mentales y consumo de sustancias se concentra en los hospitales psiquiátricos, con un desarrollo escaso o nulo de los servicios de atención

primaria y/o secundaria, en Latinoamérica el 86,6% de las camas psiquiátricas se encuentran en hospitales psiquiátricos. En contraposición a estos sistemas de organización algunos otros países han puesto en práctica acciones basadas en la atención de primer nivel, generando una amplia y robusta red de atención para la población. Con respecto a los recursos humanos también existe una gran disparidad entre naciones, de manera general se observa que aquellos países donde el hospital psiquiátrico es la base del sistema, la mayor parte de los recursos disponibles se encuentran, por ejemplo, en la región latinoamericana existen en promedio 2,1 psiquiatras, 6,0 enfermeras y 4,2 psicólogos por cada 100.000 habitantes cifras muy por debajo de las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud. (Salud O. P., 2014)

La OMS postula que es posible evitar años vividos con discapacidad e, incluso, la muerte prematura, reducir el estigma que rodea a las enfermedades mentales, aumentar considerablemente el capital social, reducir la pobreza y promover el desarrollo nacional si se implementan una combinación adecuada de programas de prevención, diagnóstico temprano y de tratamiento en el campo de la salud mental a través de estrategias públicas efectivas.

### **Sistema de salud mental en México**

Actualmente el sistema de salud mexicano se encuentra organizado en 2 sectores, el público y el privado. En el primero se incluyen los servicios de financiamiento bipartito como el ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR y tripartito como el IMSS; en el caso de la población que no cuenta con acceso a alguna de estas instituciones, la atención es provista por las unidades dependientes de la secretaria de salud tanto a nivel federal como estatal.

En general las tareas de gestión y administración de los sistemas de salud se distribuyen en una cadena de procesos previamente establecida al interior de cada institución e incluyen: diseño, gestión, distribución y aplicación de recursos económicos, técnicos, logísticos y humanos. En el caso de nuestro país la coordinación entre estas distintas instituciones es a través de la Secretaria de Salud mediante la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones la cual tiene autoridad competente para emitir lineamientos, guías, organigramas y procesos aplicables al interior las unidades de atención (López-Ibor, 2012).

En México, no existe hasta la fecha una ley nacional que sea específica para la salud mental; sin embargo, en la Ley General de Salud se incluye un capítulo de salud mental a través de la NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014 enfocada en la prestación de servicios de salud y unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica donde se establece que: Las instituciones públicas que presten este tipo de servicios, podrán promover conforme a su ámbito de

competencia y atendiendo a las disposiciones jurídicas aplicables, programas orientados a la gratuidad en la prestación de estos servicios.

Las y los prestadores de servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica deben contar con los siguientes elementos:

- Instalaciones y equipo apropiado para el desarrollo de sus funciones.
- Recursos humanos suficientes en número y capacidad técnica, de acuerdo con los indicadores que cada unidad disponga.
- Procedimientos para que en la unidad prevalezca un desempeño técnicamente eficiente y las condiciones de respeto a la integridad, a los derechos y las libertades de los usuarios.

A demás dentro de cada unidad de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, las personas usuarias tienen derecho a:

- Recibir un trato digno y humano por parte del personal independientemente de su diagnóstico, origen étnico, sexo, edad, ideología, condición de salud, social o económica, religión, preferencia sexual, estado civil o cualquier otra condición de persona.
- No ser objeto de discriminación por su condición mental, ni ser objeto de diagnósticos o tratamientos por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de su salud mental.
- Que, a su ingreso a la unidad, se le informe a la persona usuaria, a la familia o a su representante legal, de las normas que rigen el funcionamiento de la unidad y se le dé a conocer el nombre del personal médico y de enfermería encargado de su atención.
- Que se les proporcione un ambiente higiénico y humano que garantice condiciones adecuadas de atención médica profesional, alimentación y habitación con espacios seguros específicos para mujeres y hombres, respectivamente.
- Tener alojamiento en áreas específicamente destinadas a tal fin, con adecuada iluminación artificial y natural, con clima artificial donde así lo requiera para lograr la temperatura ideal, bien ventiladas, con el espacio necesario para evitar el hacinamiento y en condiciones de higiene.
- Recibir alimentación balanceada, en buen estado y preparada en condiciones higiénicas, en cantidad y calidad suficiente que garanticen una adecuada nutrición, así como servida en utensilios limpios y completos
- Recibir vestido y calzado el cual tendrá que ser higiénico, completo y apropiado en cuanto a talla, edad y clima o tener autorización para utilizar los propios, si así lo desea. No portar uniforme hospitalario, con el objeto de ayudar a eliminar el estigma y favorecer la reinserción social.
- Tener acceso a los recursos clínicos, de laboratorio y de gabinete para obtener un diagnóstico certero y oportuno, en condiciones similares a cualquier otro establecimiento para la atención médica.

- Recibir información veraz, concreta, respetuosa y en lenguaje comprensible para las personas usuarias y para su representante legal, con relación al diagnóstico médico, así como respecto de sus derechos y del tratamiento que se pretenda aplicar.

A pesar de la importante carga de enfermedad que representan los trastornos mentales, los datos de la última Encuesta Nacional de Epidemiología psiquiátrica 2017 señalan que existe una baja utilización de los servicios por parte de la población que presenta este tipo de padecimientos; por ejemplo, solo una de cada cinco personas con algún trastorno afectivo recibió atención y solo una de cada diez con algún trastorno de ansiedad lo obtuvieron. El tiempo que tardan los pacientes en llegar a la atención es también importante con una latencia que oscila entre 4 y 20 años según el tipo de padecimiento. Cuando se considera la adecuación del tratamiento se observa que solo el 50% de las personas que buscaron atención especializada en salud mental, recibieron un tratamiento adecuado. Aunado a lo anterior, los servicios son proporcionados principalmente en el tercer nivel con poca representación del primer nivel de atención. Del total del presupuesto asignado a la salud, solamente el 2% es orientado a la salud mental; de este monto, se destina el 80% a la operación de los hospitales psiquiátricos

Existen 46 hospitales psiquiátricos, de los cuales 13 corresponden al sector privado y 63% están integrados con establecimientos de salud mental ambulatorios. Hay 5 camas por cada 100,000 habitantes y únicamente el 3% están reservadas para niños o adolescentes. En los últimos 5 años, la cantidad de camas ha disminuido en un 3%. Estos establecimientos atendieron a 47 usuarios por cada 100.000 habitantes: 50% eran mujeres y 6% niños o adolescentes. Los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos afectivos (27%), la esquizofrenia (24%) y otros padecimientos, tales como trastornos orgánicos o epilepsia (16%). En promedio, los pacientes pasaron 24 días hospitalizados; el 58% permanecieron menos de un año; 4% entre uno y cuatro años, 7%, entre 5 y 10 años y 31% más de 10 años. La mayoría (80%) recibió algún tipo de intervención psicosocial en el último año y 98% de ellos, se hizo disponible por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica. En lo que respecta a recursos humanos la tasa por cada 100,000 habitantes se distribuyó en: 1.5 psiquiatras, 1 médico no especializado, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 0.53 trabajador social, 0.19 terapeuta. (Machorro, 2010).

## **Sistema de evaluación de los servicios de salud mental**

De acuerdo con lo publicado en el informe mundial para la salud mental de la OMS del año 2016, existe un franco déficit de información sobre los sistemas y procesos de atención a la salud mental en el mundo. En muchos países los datos son de difícil acceso y a veces inexistentes además de que los sistemas de información en salud por lo general no incluyen indicadores de salud mental.

En el entendido de que la evaluación sistemática de los servicios de salud mental garantiza que se preste una atención de calidad y que se respeten los derechos humanos de los usuarios y sus familiares la OMS a través del programa de calidad y Derechos de la OMS ofrece múltiples instrumentos como es el caso del: Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS) el cual se insertan en un marco de actividades que incluye: el apoyo a los países para ejercer el monitoreo de sus sistemas de salud mental, la formulación de políticas, la actualización de la legislación y la reorganización de los servicios proporcionando una base de referencia. El IESM-OMS está dirigido principalmente a evaluar los sistemas de salud mental en países de ingresos bajos o medios donde la brecha de servicios es mayor, pero es también una valiosa herramienta de evaluación para países de ingresos altos (Heinze, 2007).

En el caso de México, el programa gubernamental implementado es el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) el cual permite registrar y monitorear indicadores de calidad en las unidades de los servicios de salud, además de establecer comparaciones entre las unidades de atención médica en el país. El programa es operado a nivel federal por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y a nivel estatal el responsable estatal de Calidad coordina la operación del programa a través de los Gestores de Calidad en las unidades médicas del Sector Salud. Está estructurado por 7 índices de indicadores:

- 1.- Organización de los Servicios en Consulta Externa Urbano.
- 2.- Organización de los Servicios en Primer Nivel Rural.
- 3.- Organización de los Servicios Urgencias.
- 4.- Atención Médica Efectiva Consulta Externa.
- 5.- Atención Médica Efectiva en Segundo Nivel.
- 6.- Atención de Enfermería en Segundo Nivel.
- 7.- Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.

Los hospitales psiquiátricos son evaluados mediante los índices: Atención médica de segundo nivel, atención de enfermería de segundo nivel e infecciones asociadas a la atención de la salud. Se carece de indicadores enfocados a las instituciones de salud mental de tercer nivel como es el caso de los hospitales psiquiátricos. (Fuente, 2014).

### **Calidad médica**

El término de calidad viene del latín *qualitas* e indica cualidad o modo de ser, sin embargo, el concepto que actualmente utilizamos tiene su origen en los procesos industriales que considera la calidad como idoneidad o aptitud; es decir, que un producto o servicio es de calidad si sirve para lo que está previsto que sirva; Sin embargo, este concepto exige la determinación de cuáles son las necesidades y expectativas que se prevé sean satisfechas. La *American Society for Quality Control* define la Calidad como la totalidad de funciones y características de un producto o servicio dirigidas a satisfacer las necesidades de un determinado usuario.

En la atención a la salud mental, la calidad es una medida que evalúa si los servicios alcanzan o no los resultados deseados y si éstos son coherentes con las actuales prácticas basadas en la evidencia. La calidad es importante para todos los sistemas de salud mental desde una variedad de perspectivas: la perspectiva de la persona con un trastorno mental, la calidad asegura que ésta reciba los cuidados que precise y que sus síntomas y su calidad de vida mejoren; la perspectiva de un familiar, la calidad proporciona apoyo y ayuda a preservar la integridad familiar; la perspectiva del proveedor de servicios o administrador de programas, la calidad asegura efectividad y eficiencia y la perspectiva del gestor de políticas (Vitolo, 2014).

Empleando este enfoque, la calidad es clave para mejorar la salud mental de la población, asegurando resultados más rentables. La calidad puede ser evaluada según: la estructura, los procesos y los resultados. Calidad a nivel estructural evalúa las capacidades del sistema (capacitación del personal, índices de personal, recursos financieros, infraestructura). Calidad a nivel de los procesos evalúa las relaciones del sistema de prestación de servicios con la persona que sufre un trastorno mental (tipos y cantidad de servicios, tipos y cantidad de medicación, hospitalizaciones) y calidad a nivel de los resultados evalúa los cambios experimentados en el receptor de los servicios (mejora de la funcionalidad, reducción de los síntomas, calidad de vida). El enfoque tradicional de monitorizar la calidad implica la creación de una serie de estándares y la comparación de los servicios actuales con dichos estándares, si se cumplen los estándares se considera que los servicios son de una calidad adecuada, si se encuentran deficiencias se desarrollan planes para solucionarlas. (Boyer, 2009).

Aunado a lo anteriormente expuesto, es importante puntualizar que calidad implica que los servicios de salud mental sean capaces de: preservar la dignidad de las personas con trastornos mentales; proporcionar cuidados, tanto clínicos como no clínicos, destinados a reducir el impacto del trastorno y a mejorar la calidad de vida de estas personas; usar intervenciones que ayuden a las personas con trastornos mentales a afrontar por sí mismas la discapacidad derivada de tales trastornos; hacer un uso más eficiente y efectivo de los escasos recursos de salud mental; asegurar que la calidad de la atención mejora en todas las áreas incluyendo la promoción de la salud mental, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación en atención primaria, así como en los dispositivos residenciales comunitarios, ambulatorios y de internamiento. En muchos países se ha puesto más énfasis en la estructura y en los procesos, y sólo recientemente ha ido aumentando el interés por los resultados (Fernández-Martín, 2016).

#### **Satisfacción del usuario como indicador de calidad**

Se considera como satisfacción del usuario a la evaluación positiva que éste hace sobre las diferentes dimensiones de la atención recibida. La satisfacción está asociada a mejores resultados en la salud y al cumplimiento terapéutico. A partir de la concepción biopsicosocial en el trabajo asistencial de los hospitales, se ha despertado el interés entre los clínicos por la calidad de los servicios con el fin de implementar nuevas estrategias de organización y procesos médico-asistenciales; haciendo hincapié en la satisfacción de las necesidades y las expectativas del paciente; por tanto, la satisfacción del usuario es considerada como un indicador fundamental de la calidad, entendida como una medida de eficacia, confort, pertinencia y control de funcionamiento en los sistemas sanitario. Los niveles de satisfacción están ligados a la continuidad en el uso del servicio sanitario y por tanto tiene implicaciones en la imagen social de la institución (García, 2010).

De lo anterior podemos inferir que la satisfacción del paciente es una variable mixta y compleja que se ha estudiado dentro de las ciencias sociales y de la salud. Actualmente hay poco consenso en la determinación de los componentes asociados a ésta, sin embargo, se considera que podría estar compuesta por dos grandes dimensiones: organizacional e interpersonal. La primera se refiere a componentes propios del funcionamiento de la institución sanitaria, y determina 3 aspectos: socialización (cuidado médico y de enfermería), participación (labor del personal secundario) y facilidades (características ambientales). La segunda dimensión se refiere a la satisfacción del paciente enfocada desde el ángulo subjetivo del usuario, y determina 3 subcomponentes: proceso general de cuidado (valoraciones generales de la atención recibida), salud física percibida (mejorías físicas) y bienestar psicológico (Viñas, 2005).



En las últimas décadas se han elaborado numerosos cuestionarios para medir la satisfacción de los pacientes; sin embargo, una proporción significativa de éstos reportan problemas con respecto a su fiabilidad y validez de constructo; por otro lado, la mayoría de estas escalas limitan su evaluación al desempeño de áreas específicas de la atención sanitaria, además de que no suelen estar adaptadas a las particularidades de cada país, esto debido a las enormes discrepancias sociales, económicas y culturales entre regiones además de las características específicas de los procesos dentro de los sistemas de salud, así como las diferencias en la idiosincrasia de los pacientes, es decir, en sus perfiles, necesidades y expectativas (Viñas, 2005).

En Latinoamérica, y especialmente en México, las investigaciones realizadas al respecto de la satisfacción del paciente han sido predominantemente descriptivas, y reflejan la ausencia de estudios psicométricos en los que se elaboren, adapten o mejoren inventarios que respondan a las necesidades particulares de esta región. Asimismo, son escasos los medios a través de los cuales los pacientes pueden expresar sus valoraciones del servicio recibido y, en general, son pocas las estrategias orientadas a la gestión hacia la calidad. (Cantón, 2018).

---

## ANTECEDENTES ESPECIFICOS

---

### **Hospital psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano”**

El hospital psiquiátrico de Puebla “Dr. Rafael Serrano” - El Batán - ubicado el kilómetro 7.5 del viejo camino al batán en la capital del estado inició sus actividades asistenciales el 5 de julio de 1967; sin embargo, sus orígenes se remontan al año de 1943, cuando fue implementado el proyecto de *la Castañeda* el cual buscaba la descentralizar el sistema nacional de atención a la salud mental a través de la desintegración del nosocomio con el mismo nombre y ubicado en la ciudad de México para dar paso a la edificación de 5 hospitales psiquiátricos tipo granja en diferentes estados del país.

A pesar de que existen otras instituciones capaces de ofrecer la hospitalización psiquiátrica en el estado de Puebla el hospital psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” es la única de carácter público con la capacidad de atender pacientes mayores de edad que cuenten con alguna condición psiquiátrica que cumpla con criterios de hospitalización, residan en el estado de Puebla y carezcan de protección social (IMSS, ISSSTE, ISSSSTEP, PEMEX, SEDENA).

Conforme a las normativas de la institución el hospital psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” tiene la misión de ser una institución de tercer nivel de los servicios de salud del estado de Puebla que contribuya a mejorar la calidad de vida de los poblanos, mediante la prestación de servicios de salud mental a la población, con cobertura total, equidad, oportunidad y calidad científica, técnica y humana; Además la visión de realizar acciones de salud mental dirigida a la población abierta, con eficiencia operativa en sus procesos e impacto significativo en las necesidades sociales de atención a la salud mental, así como con el reconocimiento y la participación responsable de individuos, familias y comunidades; fomentando los valores de universalidad, equidad, calidad, corresponsabilidad y humanismo.

A través de una solicitud de información se reporta que el hospital está constituido por los siguientes servicios: consulta externa, hospitalización temporal dividida en 2 pabellones (50 camas censables para hombres y 34 camas para mujeres), hospitalización permanente, hospitalización modelo Hidalgo, talleres de rehabilitación física y talleres de terapia ocupacional además de las diversas áreas administrativas, mantenimiento y áreas verdes. Con respecto a los recursos humanos cuenta con una plantilla media de 29 doctores, 18 especialistas en psiquiatría y 11 médicos generales, además de 26 médicos en formación de

especialidad en psiquiatría, se cuenta con 157 elementos del servicio de enfermería junto a los servicios de psicología, trabajo social, nutrición y rehabilitación física.

A continuación, se presentan los datos estadísticos del reporte anual 2019 del hospital psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” los cuales incluyen la cantidad de usuario que fueron atendidos en el área de internamiento temporal. El total de pacientes atendidos asciende a 631 usuarios, 270 mujeres y 361 varones de edad promedio 34.1 años y estancia promedio de 22.1 días además de la frecuencia de diagnósticos psiquiátricos emitidos al momento del egreso [**ANEXO 2**]:

- Esquizofrenia no especificada (134 usuarios, 21.2%)
- Trastorno psicótico, mental y del comportamiento por uso de múltiples drogas (85 usuarios, 13.4%)
- Trastorno afectivo bipolar (75 usuarios, 11.8%)
- Trastorno esquizoafectivo (40 usuarios, 6.3%)
- Trastorno mental no especificado debido a lesión cerebral o enfermedad física (25 usuarios, 3.9%)

#### **Evaluación de la calidad medica en el H.P.D.R.S**

En lo que respecta a la evaluación de calidad en esta institución al igual que el resto de las unidades de atención en salud mental en el sistema público del país, se utiliza el sistema INDICAS que evalúa a este hospital psiquiátrico con los mismos parámetros que se evalúan los hospitales generales de segundo nivel, es decir, evalúa parámetros que no son aplicables a las unidades de hospitalización psiquiátrica, a continuación, se muestran los 3 indicadores de evaluación aplicados:

- Organización de servicios de urgencias
- Atención medica efectiva de segundo nivel
  - Diferimiento quirúrgico en cirugía general
  - Tasa de cesáreas
  - Tasa de infecciones nosocomiales
- Índice de enfermería en segundo nivel

De lo anterior se deriva que en el reporte para la evaluación INDICAS correspondiente al primer trimestre del año 2020 del hospital psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” se documenta únicamente la evaluación de la organización de los servicios de urgencia con una puntuación total de 91.06 dejando sin datos los resultados de los otros 2 indicadores [ANEXO 3].

Previo a la implementación del sistema INDICA el hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano fue evaluado el día 24 de enero del 2014 por 10 supervisores adscritos al secretariado técnico del consejo nacional de salud mental con la aplicación de la cedula de supervisión para hospitales psiquiátricos la cual cuenta con 198 reactivos cerrados identificados en 11 indicadores a evaluar: autonomía, trato inhumano, cumplimiento del programa de rehabilitación, comunicación, respeto a la dignidad, higiene, calidad de las instalaciones, sentido de pertenencia, información, terapia electroconvulsiva, atención médica. Se incluyeron 3 opciones de respuesta: siempre, a veces y nunca a partir de 4 fuentes de información: observación, entrevista con personal, entrevista con usuarios y expedientes.

Los resultados de esta evaluación marcan aspectos críticos, es decir con la puntuación más baja posible los indicadores de autonomía definida como la capacidad de tomar decisiones sin ayuda de otros, los tratos inhumanos definido como infligir a una persona daño o sufrimientos físico o mental además del indicador de comunicación definido como acceso a la información con respecto a su entorno y personas significativas. Los 7 indicadores restantes (ya que no se aplica terapia electroconvulsiva en este hospital) puntúan en un rango promedio; no encontrando ningún indicador en niveles óptimos. A partir de esta supervisión se emitió una serie de recomendaciones a la institución

La aplicación de estos modelos de evaluación en la calidad de la atención psiquiátrica exhibe múltiples deficiencias ya que en el caso de sistema INDICAS los indicadores a considerar difieren entre un hospital general y uno psiquiátrico. En el caso de la evaluación realizada por el secretariado técnico del consejo nacional de salud mental a través de técnicos inspectores aporta un panorama más consistente con la realidad de los hospitales psiquiátricos, sin embargo, la satisfacción del usuario es solo de relevancia parcial y subjetiva para la ponderación final de resultados, puesto que se realizaron de forma aleatoria y a través de entrevistas no estructuradas.

---

## *PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA*

---

El problema que se desea abordar este proyecto de investigación es la falta de información y evaluación en los programas de monitorización y vigilancia en medicina de calidad con respecto a la satisfacción que tienen los usuarios del área de internamiento temporal de los hospitales psiquiátricos.

La ausencia de este tipo de información es inherente a la evolución de la humanidad y la manera de como esta ha combatido el padecimiento físico y mentales del ser humano; Al principio el acto médico fue regido por el pensamiento mítico y posteriormente religioso para finalmente ser guiada por el pensamiento científico junto a la formalización de la practica medica; a partir de este momento que se propugna por el sometimiento a pruebas de evaluación no solo el conocimiento científico sino también de los procesos de atención con el fin de su perfeccionamiento.

Sin embargo, la actual evaluación de los sistemas de salud pública y su calidad queda limitada a la evaluación de los componentes estructurales y relacionales del sistema, además de la carga económica y la productividad que representa dejando relegada la evaluación del resultado final del proceso como lo es la percepción de satisfacción del usuario.

Los alcances que se pueden lograr con la generación de esta información no solo se dirigen a complementar y guiar los programas de desarrollo y mejora del sistema de salud asistencial, sino que de manera inmediata la mejora de la satisfacción de los usuarios fortalecerá inherentemente su relación con la institución, permitiendo la aproximación de la sociedad con las instituciones de salud y se disminuyendo la tasa de quejas y demandas médicas.



---

## OBJETIVOS

---

### Objetivo general:

Determinar de manera cuantitativa el nivel de satisfacción que hay entre los usuarios con respecto a su hospitalización en el área de internamiento temporal de un hospital psiquiátrico.

### Objetivos secundarios:

Determinar cuáles son los indicadores de atención que los usuario perciben como mejores y peores para su recuperación durante la estancia hospitalaria.

Documentar de manera descriptiva los comentarios, opiniones y sugerencias emitidas de forma libre por los usuarios con respecto a su hospitalización.

**Comentado [TRE2]:** no considero que los objetivos planteados sean pertinentes. Lo que usted esta buscando es saber si tienen satisfaccion más no saber si se correlacionan con la edad u otra variable.

en este punto seria dar como los pasos a seguir para poder cumplir con su objetivo general.

---

## METODOLOGIA

---

### Clasificación de Estudio de investigación

El estudio que se plante realizar corresponde a las siguientes características de acuerdo con la categorización de estudios de investigación científica de *Fainstein*:

- **Descriptivo:** Nos limitaremos a abstraer la información obtenida de los instrumentos de evaluación.
- **Transversal:** Se realizará una única evaluación en las primeras 72 horas tras la emisión del alta por parte médica.
- **Prolectivo:** La totalidad de los datos serán obtenidos a partir de este protocolo.
- **Homodemico:** La unidad de investigación serán los usuarios entrevistados.

### Población de estudio

La población de estudio esta dada tanto por mujeres y hombres con alguna condición clínica psiquiátrica que al ser valorados cumpla con criterios de internamiento como: agresividad, negativismo al alimento o la medicación, errores de juicio y conducta, ideas suicidas u homicidas, nula red de apoyo social e inaccesibilidad a servicio de salud mental en caso de urgencia. El internamiento puede ser de modalidad voluntaria o involuntaria. Por reglamento de institución la edad mínima de internamiento es de 18 años y la edad máxima es de 65 años, además pacientes que durante el ingreso o a lo largo de su estancia muestren comorbilidades o condiciones médicas que sean consideradas graves y de carácter de atención urgente son derivados a hospitales generales el resto de los pacientes reside en uno de los dos pabellones de internamiento uno para mujeres y otro para hombres durante su proceso terapéutico.



## **Criterios de elegibilidad**

- **Criterios de inclusión:**

- Pacientes que sean dados de alta del área de internamiento temporal del hospital en el periodo de tiempo previamente mencionados.

- **Criterios de exclusión:**

- Pacientes que no deseen cooperar con el estudio
- Dificultades para la comprensión y expresión del español.
- Alteración cognitiva que impida al usuario atender correctamente el instrumento de medición. Se realizará contrastando las respuestas de la ficha de identificación con los datos del expediente clínico.

- **Criterios de eliminación:**

- Pacientes que no hayan completado en su totalidad la herramienta de medición.

## **Ficha de identificación y variables**

A continuación, se muestra la tabla de variables los cuales son tomados de la ficha de identificación y permitirán esclarecer el objetivo secundario de esta investigación que es determinar si existe alguna asociación ya sea de carácter positivo o negativo entre las características sociodemográficas y psiquiátricas de los usuarios y su nivel de satisfacción percibida durante la hospitalización.

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Indicador	Escala de medición
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Determinación a partir de órganos sexuales primarios expresado por el usuario	Hombre Mujer No especificado	Nominal
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Número de años ocurridos desde el nacimiento hasta la toma de la muestra	18 – 30 años 31-40 años 41 – 50 años 51 - 65 años	Ordinal Cuantitativa continua
Medio de procedencia	Lugar, región o comunidad de que se origina, desarrolla o reside alguien o algo.	Determinado por el número de habitantes de una región determinada	Rural (<2500) Urbano (> 2500)	Nominal
Estado civil	situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas en el momento en que se realiza la recogida de información.	Modo de convivencia social determinado por las leyes civiles vigentes	Soltero(a) Casado(a) Unión libre Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)	Nominal
Cuidador primario	Persona que se encarga del cuidado de otra persona, de un animal o un lugar.	Principal individuo involucrado en la procuración de salud del usuario	Padre / madre Hermanos(as) Pareja Hijos(as) otros	Nominal
Ocupación	actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura	Actividad laboral con o sin remuneración económica ejercida previa a la hospitalización	Ninguna En casa (no remunerado) Oficio (remunerado) Profesión (remunerado)	Nominal
Máximo grado académico	nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están	Nivel académico máximo que cumplió o está cumpliendo al momento de la entrevista	Nula Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Posgrado	Ordinal

	provisional o definitivamente incompletos			
Modalidad de internamiento	serie de actividades técnico administrativo que se llevan a cabo en los centros de salud para ingresar al paciente	Acorde a la persona que haya firmado el consentimiento informado de internamiento.	Voluntario Involuntario	Nominal
Diagnostico	Proceso para identificar una enfermedad, afección o lesión a partir de los signos y síntomas, la historia clínica y el examen físico del paciente.	Se tomará el diagnostico de egreso del alta médica.	Acorde a los establecidos en capitulo V (enfermedades mentales) CIE-10	Nominal
Tiempo de internamiento	El período de confinamiento de un paciente en un hospital o en otro centro de salud.	Se considerarán los días naturales desde el día de ingreso hasta el día de emisión del alta medica	1 – 7 días 8 – 14 días 15-21 días 22 o más días	Ordinal Cuantitativa continua
Internamientos psiquiátricos previos	Cantidad de confinamientos de un paciente en un hospital psiquiátrico o en otro centro de salud mental.	Se tomará la información a partir del historial reportado en el expediente	Primer internamiento 2 – 5 internamientos 6 o más internamientos	Ordinal Cuantitativa continua

### **Instrumento de medición:**

Se utilizará como instrumento de medición la encuesta desarrollada en el centro médico Milton S. Hersey del estado de Pensilvania, EEUU en el año 2001 llamada: ***Penn State Inpatient Psychiatry Satisfaction Survey (PSIPSS)*** en versión traducida al español (no validada). Los objetivos primarios de esta herramienta son: identificar la satisfacción percibida que tienen los pacientes hospitalizados en los hospitales psiquiátricos de los diferentes indicadores de calidad medica además de examinar la percepción que tiene los con respecto a su proceso terapéutico. (Sharon Woodring, 2004)

El instrumento está diseñado para evaluar 2 grandes aspectos de la calidad de atención médica, el primero de ellos es la esfera estructural que se integra por las capacidades técnicas, terapéuticas, administrativas y de infraestructura con los que cuenta el hospital, la segunda incluye la esfera interpersonal es decir la capacidad de atención y cordialidad que ofrecen los trabajadores del hospital.

El instrumento se compone de 3 fases, la primera consiste en 15 afirmaciones las cuales son respondidas mediante 1 de 5 posibles respuestas según al grado de identificación que se tenga con cada una de ellas, partiendo desde Muy desacuerdo hasta totalmente de acuerdo, evaluando las respuestas mediante escala de *linker* asignando valor numérico que va desde -2 a +2, posteriormente este puntaje es convertido a escala porcentual incluyendo la desviación estándar correspondiente con el fin de facilitar su interpretación.

La segunda fase de la herramienta consiste en elegir 6 de 15 indicadores, 3 de los cuales son considerados como aquellos elementos del proceso de hospitalización que más ayudaron al paciente durante para su recuperación y otros 3 indicadores que se consideran fueron los menos útiles para su proceso terapéutico, los resultados fueron expresados a manera de frecuencias.

La tercera fase del instrumento consiste en brindar tribuna libre para emitir comentarios, quejas, recomendaciones o sugerencias que sean relevantes para el usuario y quizás no hayan sido evaluadas en las primeras 2 fases del instrumento, los resultados serán presentados mediante estadística descriptiva.

## **Descripción del procedimiento y análisis de datos**

La fase de recolección de datos será realizada por el autor de este proyecto auxiliado por los residentes de primer grado de psiquiatría que se encuentren rotando en el área de internamiento temporal del hospital. Como se mencionó previamente se solicitará la participación de todos los usuarios dados de alta a partir del día 1 de julio al 31 de agosto del presente año al momento se solicita de forma verbal el consentimiento informado aclarando la naturaleza y fines de los datos recabados en esta investigación además del anonimato del informante; aquellos que acepten participar responderán a la ficha de identificación, los pacientes que se consideren clínicamente incapaces de realizar la evaluación debido a la incapacidad de comprender o por presentar alteraciones cognitivas o del estado de alerta o cuyas respuestas en la ficha de identificación no sean consistente con los datos del expediente serán excluidos del estudio. El resto de los pacientes procederá a la aplicación del instrumento de medición el cual tiene una duración aproximada de 10 a 15 minutos. Los pacientes que no finalicen la aplicación del instrumento serán eliminados del estudio.

Una vez finalizado el periodo de recolección de datos se procederá en el mes de septiembre a la concentración y análisis de datos previamente descrito.

## **Recursos, presupuesto y conflicto de intereses**

### **Recursos humanos**

- Residentes de la especialidad de psiquiatría que se encuentren rotando en los pabellones 2 y 3 del H. psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” en los meses de septiembre y octubre del 2020.

### **Recursos materiales:**

- Material de oficina (folios, bolígrafos, carpetas, archivador, grapadora y grapas, impresora/tinta impresora, ordenador y fotocopidora).
- Ordenador para recopilación y gestión de los datos recabados.

## **Declaración de Conflicto de Interés**

Yo Fernando Reyes Cardenas residente de la especialidad de psiquiatría en la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla con sede en el Hospital psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” matrícula universitaria: 2186500085 y cédula profesional 8300767; Declaro que no tengo ninguna situación de conflicto de interés real, potencial o evidente, en relación con la ejecución de ningún proyecto. Me comprometo ante el Comité Ético Científico correspondiente de a comunicarles de manera inmediata, si por alguna razón me enfrentara a un conflicto de interés, que pueda afectar el desarrollo de mis investigaciones.

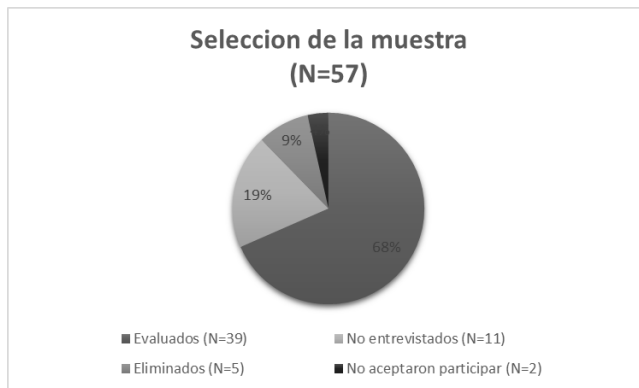
---

## RESULTADOS

---

### Características sociodemográficas de la muestra

El total de pacientes dados de alta del área de internamiento temporal del hospital psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” durante el periodo del primero de julio al 31 de agosto del presente año fue de 57 usuarios, de los cuales dos no aceptaron participar en la investigación, cinco fueron eliminados por no completar adecuadamente el instrumento de medición y once no fueron evaluados debido a que su abandono del hospital fue de inmediato a la expedición del alta médica o en horarios que no se ajustaban a las posibilidades de los evaluadores.



El total de usuarios que aceptaron participar y completaron adecuadamente la evaluación fue de 39, compuesto por 21 mujeres (53.8%) y 18 hombres (46.15%).

Los rangos de edad fueron de: diecisiete usuarios entre los 18-30 años de edad (43.5%) ocho usuarios entre los 31-40 años de edad (22.2%) ocho usuarios entre los 41-50 años de edad (22.2%) y seis usuarios entre los 51-65 años de edad (15.3%); la edad promedio de la muestra fue de 34.6 años.

Treinta y dos de los usuarios residían en medio de características urbanas que corresponde al 80% de la muestra, por el contrario, solo 7 usuarios procedían un medio con características rurales representado 20% del total.

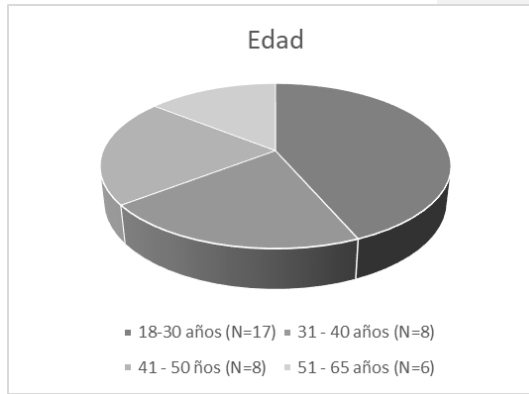
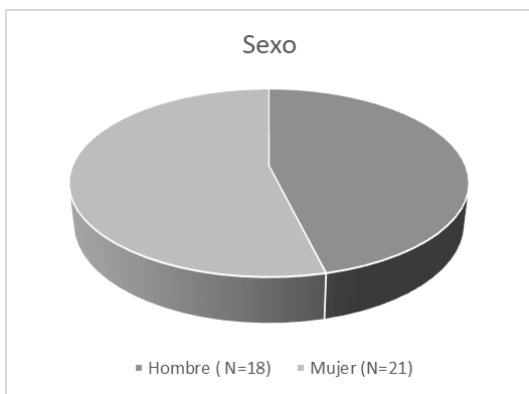
Con respecto al estado civil de los usuarios al momento de su ingreso, veinte se reportan como solteros (51.2%) ocho casados (22.2%) siete viven en unión libre / concubinato (17.9%) uno separado de su pareja (2.56%) y dos divorciados (5.12%); no se documentó ningún usuario en estado de viudez.

Los familiares o cuidadores de los usuarios previos al internamiento son padre y/o madre en diecinueve evaluados (48.7%) en once usuarios el cuidador primario es la pareja (28.2%) cinco de los usuarios son cuidados por su hermano(a) (12.8%) y cuatro pacientes tienen como familiar responsable a alguno de sus hijos (10.2%); no se reportó como cuidador primario o familiar responsable a otras posibles figuras como pudieran ser amistades, vecinos, compañeros de trabajo, asociaciones civiles u organismos gubernamentales.

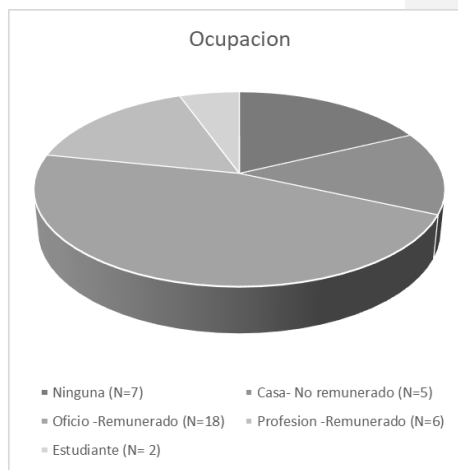
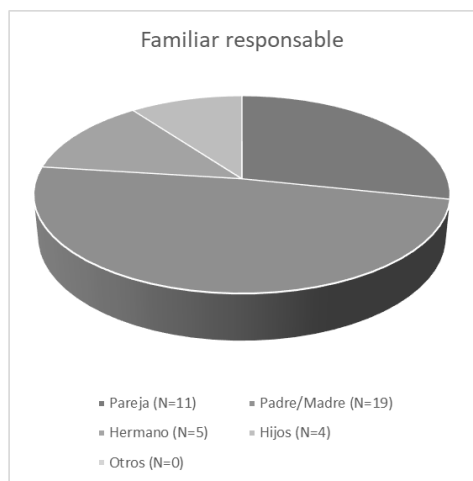
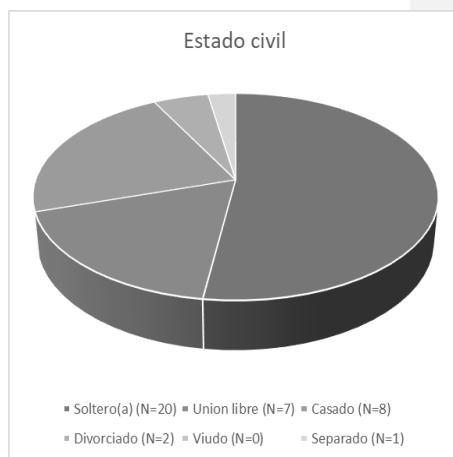
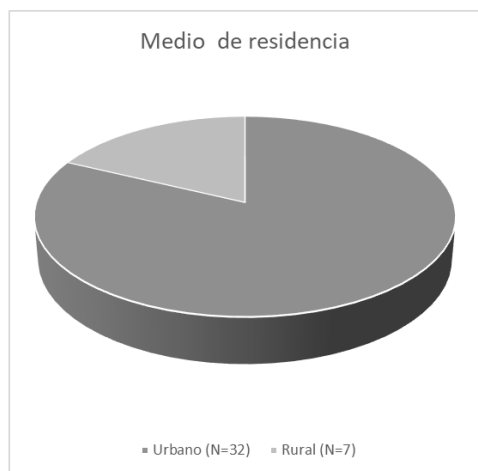
La ocupación previa a la hospitalización de los usuarios corresponde a cinco pacientes que desempeñan labores dentro del hogar y el cual no es remunerado (12.8%) dieciocho usuarios desempeñaban un oficio el cual si era remunerado (46.1%) 6 usuarios laboraban como profesionistas remunerados (15.3%) dos pacientes se reportaron como estudiantes (5.1%) y siete indicaron realizar nula actividad laboral (17.9%).

El nivel máximo de estudios de los usuarios fue el siguiente: cinco usuarios con primaria completa (12.8%) diez usuarios con secundaria completa (25.6%) trece evaluados con nivel bachillerato completo (33.3%) ocho pacientes con nivel profesional (22.2%) y un paciente con nivel de estudios de postgrado (2.56%); dos usuarios se reportan carentes de estudios escolarizados (5.1%).

TABLA DE ANTECEDENTES SOCIODEMOGRAFICOS						
Sexo	Hombre ( N=18 46.15%)	Mujeres (N=21 53.8%)				
Edad	18-30 años (N=17 43.5%)	31-40 años (N=8 22.2%)	41-50 años (N=8 22.2%)	51-65 años (N=6 15.3%)	Promedio 34.6 años	
Medio origen	Urbano (N=32 80.0%)	Rural (N=7 17.9%)				
Estado Civil	Soltero(a) (N=20 51.2%)	Union libre (N=7 17.9%)	Casado (N=8 22.2%)	Divorciado (N=2 5.12%)	Viudo (N=0 0%)	Separado (N=1 2.56%)
Familiar responsable	Pareja (N=11 28.2%)	Padre/Madre (N=19 48.7%)	Hermano (N=5 12.8%)	Hijos (N=4 10.2%)	Otros (N=0 0%)	
Ocupacion previa	Ninguna (N=7 17.9%)	Casa- No remunerado (N=5 12.8%)	Oficio -Remunerado (N=18 46.1%)	Profesion -Remunerado (N=6 15.3%)	Estudiante (N= 2 5.1%)	
Nivel academico	Nulo (N=2 5.1%)	Primaria (N=5 12.8%)	Secundaria (N=10 25.6%)	Bachillerato (N=13 33.3%)	Profesional (N=8 22.2%)	Posgrado (N=1 2.56%)







## Antecedentes psiquiátricos de la muestra

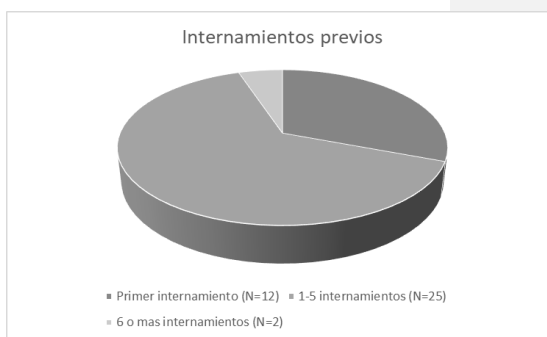
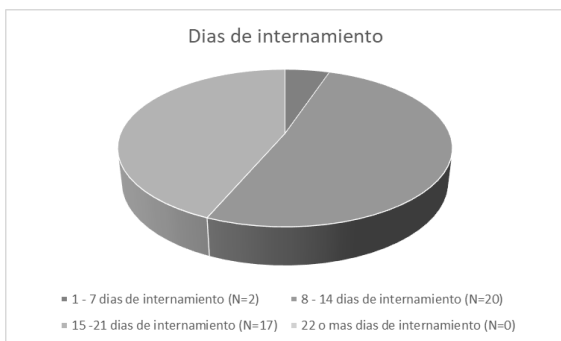
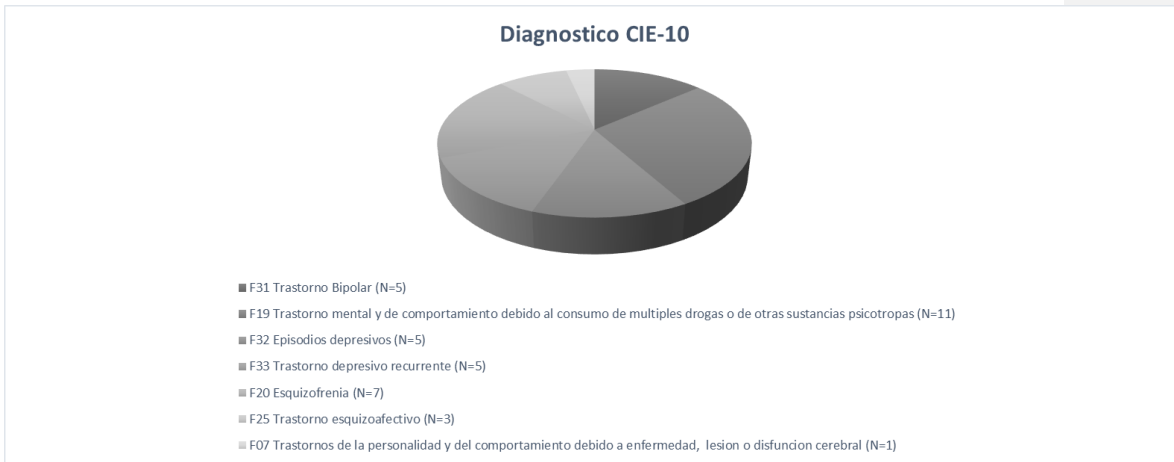
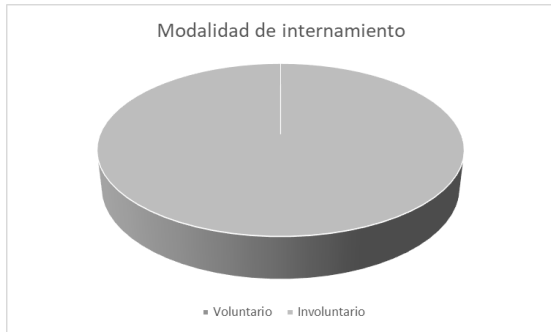
El 100 por ciento de los evaluados (treinta y nueve) fueron hospitalizados bajo la modalidad de internamiento involuntario; no se registró ningún internamiento de carácter voluntario.

Doce de los pacientes evaluados se encontraban en su primera hospitalización psiquiátrica (30.76%) veinticinco usuarios ya había sido internado en una unidad psiquiátrica con anterioridad entre 1 y 5 ocasiones (64.1%) y solo 2 pacientes tenían historial de 6 o más hospitalizaciones psiquiátricas (5.12%).

El tiempo promedio de internamiento de la muestra evaluada es de 13.2 días; dos usuarios tuvieron una estancia que duro entre 1 a 7 días (5.12%) veinte pacientes duraron en su internamiento entre 8 y 14 días (51.28%) diecisiete evaluados fueron hospitalizados entre 15 y 21 días (43.58%); ningún usuario tuvo una estancia superior a las 3 semanas.

La frecuencia de diagnósticos principales al momento del alta médica corresponde con los siguientes: F31 Trastorno Bipolar (N=5 12.8%), F19 Trastorno mental y de comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas (N=11 28.2%), F32 Episodios depresivos (N=5 12.8%), F33 Trastorno depresivo recurrente (N=5 12.8%), F20 Esquizofrenia (N=7 17.9%), F25 Trastorno esquizoafectivo (N=3 7.6%) y F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral (N=1 2.5%).

TABLA ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS	
Tipo internamiento	Voluntario (N=0 0%) Involuntario (N=39 100%)
Diagnostico CIE	F31 Trastorno Bipolar (N=5 12.8%) F19 Trastorno mental y de comportamiento debido al consumo de multiples drogas o de otras sustancias psicotropas (N=11 28.2%) F32 Episodios depresivos (N=5 12.8%) F33 Trastorno depresivo recurrente (N=5 12.8%) F20 Esquizofrenia (N=7 17.9%) F25 Trastorno esquizoafectivo (N=3 7.6%) F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesion o disfuncion cerebral (N=1 2.5%)
Dias de internamiento	1 - 7 dias de internamiento (N=2 5.12%) 8 - 14 dias de internamiento (N=20 51.28%) 15 - 21 dias de internamiento (N=17 43.58%) 22 o mas dias de internamiento (N=0 0%)
Internamientos Previos	Primer internamiento (N=12 30.76%) 1-5 internamientos (N=25 64.1%) 6 o mas internamientos (N=2 5.12%)



### **Resultados de la primera fase del instrumento de medición**

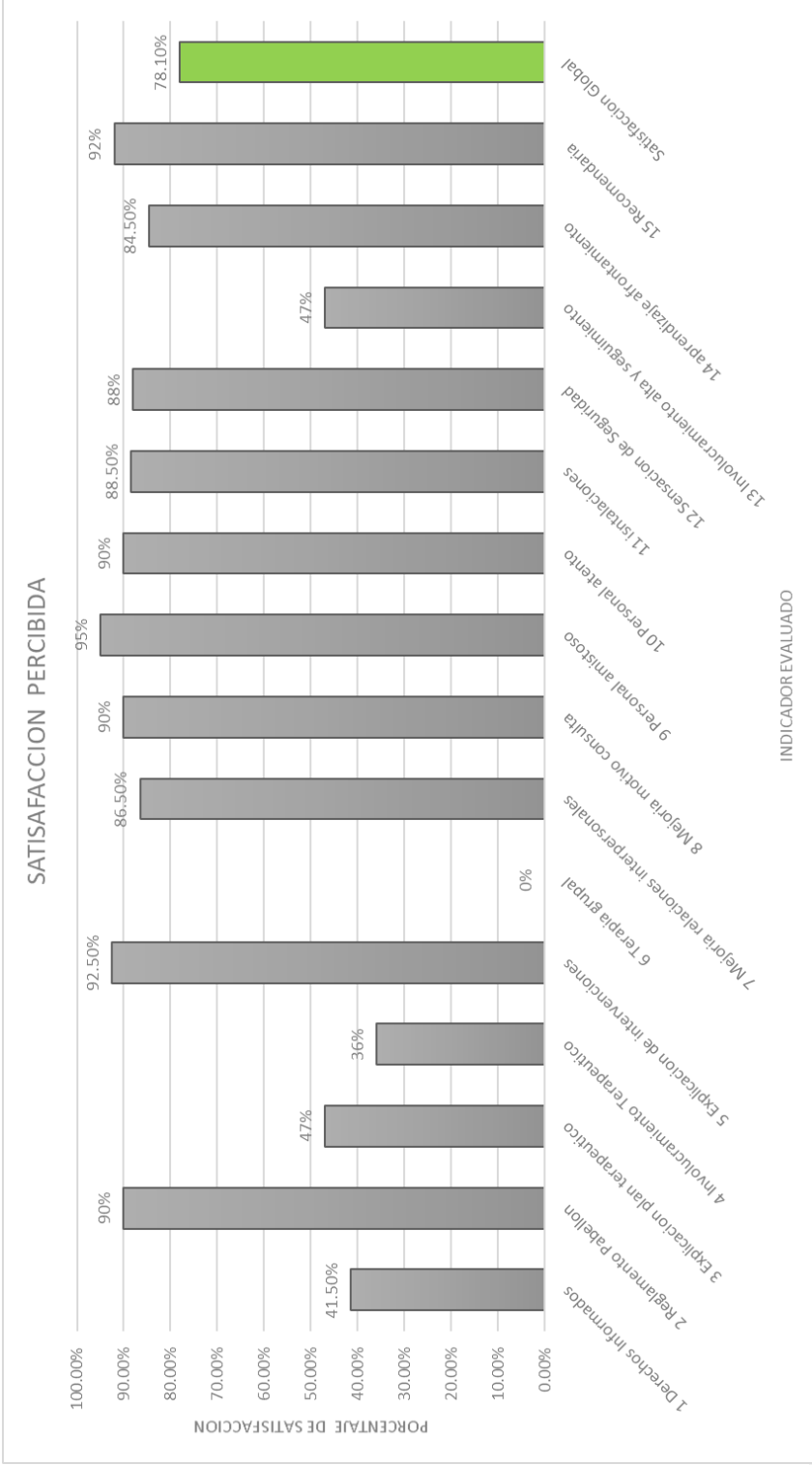
La primera fase del instrumento consto de 15 afirmaciones que fueron respondidas mediante escala de Likert de acuerdo con el nivel de concordancia que el evaluado considero, los resultados fueron expresados a manera de porcentaje para facilitar su interpretación.

Debido a las restricciones derivadas del periodo de pandemia en el cual se restringieron actividades grupales; fue descartado el ítem número 6, correspondiente a la evaluación de terapia psicológica sistémica o grupal.

Los resultados del resto de ítems evaluados en la primera fase del instrumento de medición y expresados de forma porcentual de acuerdo con el grado de satisfacción son los siguientes:

- 1) Derecho informado 41.5%
- 2) Reglamento del pabellón 90%
- 3) Explicación del plan terapéutico 47%
- 4) Involucramiento en la elaboración del plan terapéutico 36%
- 5) Explicación de las intervenciones realizadas 92.5%
- 6) No evaluado
- 7) Mejoría de las relaciones interpersonales 86.5%
- 8) mejoría del motivo de consulta 90%
- 9) Actitud amistosa del personal 95%
- 10) Atención y cuidados ofrecidos por el personal 90%
- 11) funcionalidad y limpieza de instalaciones 88.5%
- 12) Sensación de seguridad personal durante internamiento
- 13) Involucramiento en el alta y seguimiento terapéutico 47%
- 14) aprendizaje de formas de afrontamiento 84.5%
- 15) recomendación del hospital 92%

Posterior a analizar los resultados de los 14 ítems evaluados, se determinó el promedio global de satisfacción de los usuarios en 78.10%.



## Resultados de la segunda fase del instrumento de medición

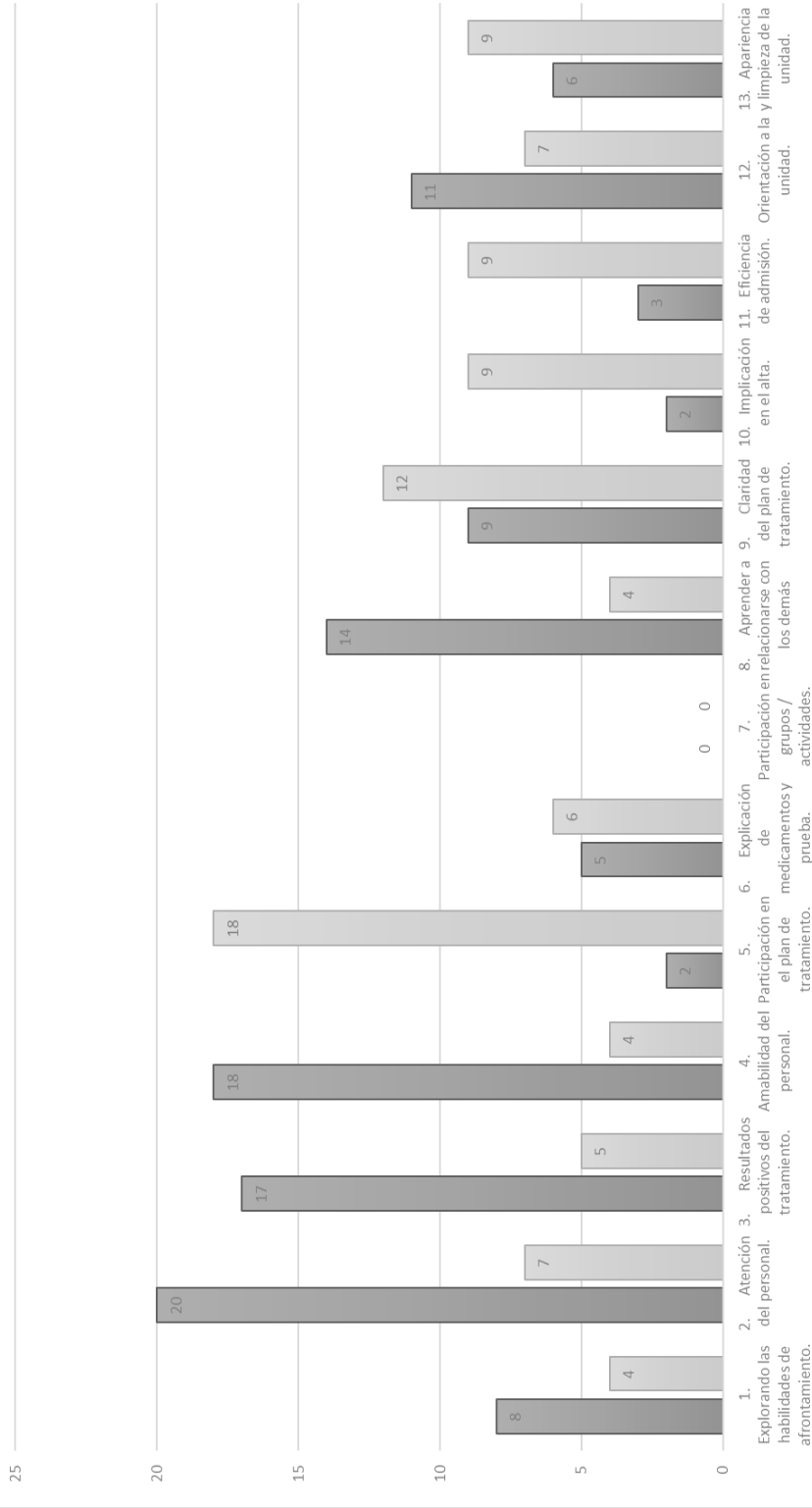
La segunda fase del instrumento consistió en la selección a partir de una lista de 15 aspectos, 3 que se consideraron como las que más y 3 que se consideraron como los que menos ayudaron al evaluado en su proceso de terapéutico durante la hospitalización.

	Positivo	Negativo
1. Explorando las habilidades de afrontamiento	8	4
2. Atención del personal	20	7
3. Resultados positivos del tratamiento	17	5
4. Amabilidad del personal	18	4
5. Participación en el plan de tratamiento	2	18
6. Explicación de medicamentos y prueba	5	6
7. Participación en grupos / actividades	0	0
8. Aprender a relacionarse con los demás	14	4
9. Claridad del plan de tratamiento	9	12
10. Implicación en el alta	2	9
11. Eficiencia de admisión	3	9
12. Orientación a la unidad	11	7
13. Apariencia y limpieza de la unidad	6	9

Además de la selección de los elementos que mas y menos ayudaron en el proceso terapéutico, se evaluó la percepción que tuvieron los usuarios con respecto a la duración de su hospitalización, cuyos resultados son los siguientes:

Tres pacientes (7.69%) consideraron que la duración del internamiento fue muy corta, veintinueve pacientes (74.30%) consideraron que fue adecuado el tiempo que duro su hospitalización y siete evaluados (17.90%) mencionaron que fue demasiado larga la duración de su estancia en el hospital.

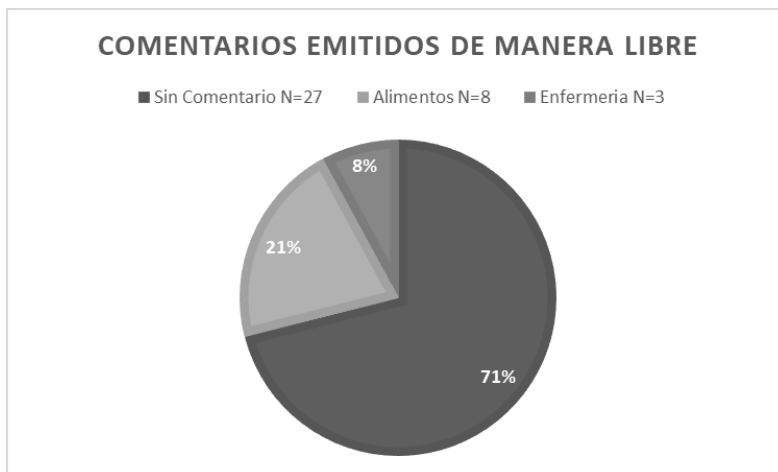
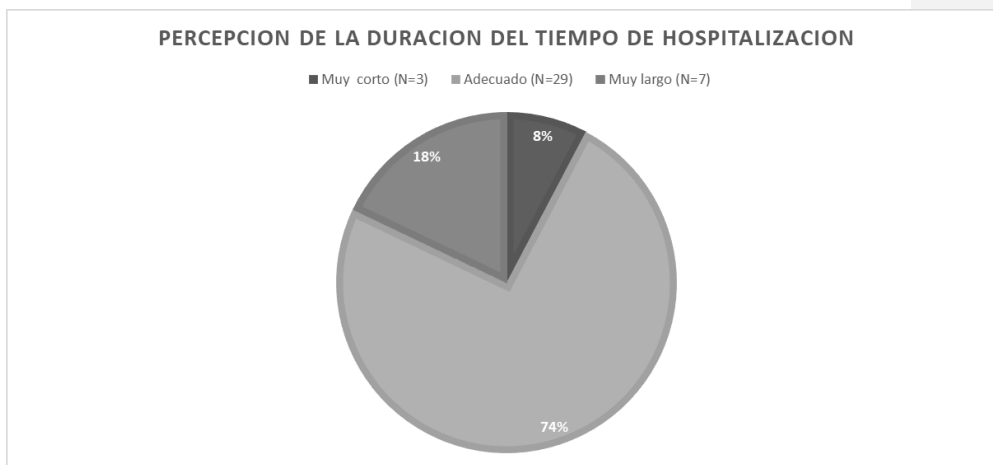
### Factores que mas y menos aportaron en la recuperacion del paciente



### Resultados de la tercera fase del instrumento de medición

Finalmente, el instrumento de medición incluye la evaluación a través de tribuna libre, mediante la emisión de comentarios, críticas, sugerencias, felicitaciones o recomendaciones que el usuario considere relevantes y no hayan sido consideradas previamente.

De los treinta y nueve pacientes, veintisiete (69.23%) no emitieron ningún comentario, once usuarios (28.2%) si emitieron crítica; de las cuales ocho (20.51%) hacían referencia al sabor, calidad y cantidad de los alimentos y tres (7.69%) a la mala atención recibida por personal de enfermería





---

## *DISCUSIÓN*

---

A partir de esta investigación podemos considerar que es alto el nivel de satisfacción entre los usuarios del área de internamiento temporal del hospital psiquiátrico, si consideramos que la institución adolece con respecto a lo recomendado por organismos internacionales en lo que respecta a recursos humanos, técnicos, infraestructura y económicos necesarios para el cumplimiento pleno de sus funciones asistenciales.

Es importante destacar que este alto nivel de satisfacción no es homogéneo en todos los aspectos evaluados ya que existen rubros que se encuentran con muy altos niveles de satisfacción percibida como son: atención y actitud del personal, así como la apreciación en la mejoría del motivo de internamiento; en contraste, existen parámetros con muy bajos niveles de satisfacción percibida como es el caso de: derechos informados del paciente, participación y explicación del tratamiento y seguimiento psiquiátrico. Otros elementos de la propia investigación que corroboran el alto nivel de satisfacción entre los usuarios es que la mayoría de los evaluados califica como apropiado el tiempo que duro su hospitalización de igual manera que la mayoría de ellos recomendaría esta institución a familiares o amigos que requirieran atención psiquiátrica hospitalaria.

Como se mencionó con anterioridad, no existen estudios ni investigaciones previas a nivel nacional ni del mundo hispanoparlante que evalúe la calidad médica a través del análisis de la satisfacción que tienen los usuarios en el área de salud mental; sin embargo y a pesar de las diferencias metodológicas, nuestros resultados son congruentes con los estudios internacionales publicados como lo son: Woodring 2004, estudio original del instrumento de medición PSIPS utilizado en nuestra proyecto y el cual documenta la satisfacción global en torno al 91.67% que es superior a nuestros resultados, además de que a diferencia de nuestra investigación donde existe heterogeneidad entre parámetros evaluados, puntuando algunos de ellos con niveles muy altos otros muy bajos, en el estudio de Woodring se mantuvo un alto nivel de satisfacción en todos los parámetros evaluados.

Dentro de las limitaciones que tiene este proyecto de investigación están: la selección de la muestra, ya que existió mayor rigidez en los criterios de internamiento aplicados por el personal médico al momento de decidir la hospitalización y lo cual se ve reflejado en el nulo porcentaje de internamientos de carácter voluntario, esto fue debido a la aplicación de medidas sanitarias para la restricción a la movilidad por la pandemia de SARS-COV-2; y cuyo principal objetivo fue evitar condiciones de hacinamiento en los pabellones del hospital, lo cual altero el flujo habitual de pacientes hospitalizados en la unidad.

Otra debilidad del estudio radica en la utilización de un instrumento de medición que es de origen e idioma extranjero, utilizando una traducción al español de la misma y que carece de validez en nuestro medio; la principal implicación de esto radica en las diferencias que pudieran existir respecto a las características socioculturales y por tanto a las actitudes y expectativas que tiene la población hacia los sistemas de salud mental comparado con las que existen en nuestro sistema público nacional. La utilización del instrumento IPSPS fue decidida debido a la inexistencia de un instrumento de medición con las características y la validez para nuestro medio, de esta situación deriva como proyección hacia el futuro el desarrollo de dicho instrumento con las características apropiadas. No obstante, es precisamente, a partir de esta debilidad: la falta de investigación en nuestro medio que podemos destacar una de las mayores fortalezas del estudio, es decir, aporta un enfoque novedoso para la evaluación de los sistemas de salud mental y la medicina de calidad, utilizando como parámetro principal de evaluación el nivel de satisfacción percibida por los usuarios, convirtiéndose así en un estudio pionero para nuestro país y en múltiples países latinoamericanos con quienes compartimos profundos lazos socioculturales y que adolecen de similares carestías.

Si bien, existe una debilidad implícita en la utilización del instrumento IPSPS por su falta de validación; es importante señalar que la estructura de esta encuesta no solo aborda las esferas técnica e interpersonal, los cuales son considerados elementos fundamentales en la evaluación de la percepción de satisfacción, sino que, incluye además en su tercera fase un espacio de tribuna libre para el evaluado, dotando de información valiosa que no había sido considerada en las 2 primeras fases de ésta y que puede ser utilizada como retroalimentación para el perfeccionamiento del propio instrumento permitiendo adecuarla a las necesidades y particularidades de cada institución en que se haga uso de ella.

En el caso particular de esta investigación dichos datos se ven reflejados por los comentarios relacionados a la cantidad y calidad de los alimentos, aspecto que no fue contemplado en las primeras 2 fases de la encuesta; de la misma manera se documentaron quejas dirigidas al personal de enfermería de un turno determinado y dirigida a individuos bien identificados derivado de los malos tratos hacia las usuarias, esto no es reflejo de la percepción generalizada que se tiene del resto del personal de enfermería que labora en dicha área.

Los prospectos de esta investigación se dirigen al diseño de apropiados instrumentos y escalas de medición que cuenten con la validez necesaria para ser aplicadas en nuestro medio. Dichos instrumentos pueden dar viabilidad a la difusión de este enfoque de evaluación y permitir por tanto su integración a los métodos actualmente utilizados. A partir de su implementación se espera que dicha información pueda orientar tanto gestiones puntuales en determinadas instituciones como en el diseño e implementación de leyes y políticas públicas del orden interinstitucional, regional o inclusive nacional con el fin último de optimizar recursos y brindar una mejor calidad de atención reflejada en la satisfacción de los usuarios.

---

## CONCLUSION

---

Como se mencionó el hombre desde su origen ha mantenido una relación estrecha con la enfermedad mental y los individuos que padecen alguna condición de dicha naturaleza han sido estigmatizados y vulnerados en sus derechos y libertades. En la actualidad existen diversos sistemas de salud orientados a la atención de la salud mental, estos sistemas difieren unos de otros con respecto a su capacidad de recursos, objetivos, lineamientos jurídicos y políticas públicas. Con el desarrollo de la medicina de calidad y los procesos de mejora continua la evaluación de los sistemas de salud ya no solo se limitan al análisis de recursos invertidos y productividad generada sino en el análisis de los propios resultados incluyendo la satisfacción percibida por los usuarios de dichos servicios, este enfoque de evaluación ha demostrado en países europeos y norteamericanos que tiende a mejorar la relación entre el usuario y la institución, la adherencia terapéutica y disminuir de quejas y demandas. Sin embargo, hasta la ejecución de este proyecto no existen investigaciones, instrumentos de medición o escalas publicadas en México u otros países hispanohablantes que evalúen los sistemas de salud mental -como es el caso de un internamiento psiquiátrico- a través de este enfoque. Por el contrario, en nuestro país la evaluación de los hospitales psiquiátricos del sector público es a través del sistema INDICAS que utiliza parámetros correspondientes a hospitales generales.

Mediante este estudio, el cual, a pesar de las debilidades y limitaciones ocasionadas tanto por la aplicación de medidas sanitarias para contener la pandemia de COVID-19 que altero el flujo habitual de internamientos como de la utilización de un instrumento de medición que no está validado en nuestro medio; es considerablemente alto (78.10%) el nivel de satisfacción entre los usuarios del área de internamiento del hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, esto a pesar de sus diversas carestías; sin embargo, es importante puntualizar que dicho nivel de satisfacción es global, y está constituida por el promedio de diversos parámetros cuyos niveles de satisfacción arrojan resultados heterogéneos, destacando parámetros altamente apreciados por los usuarios como lo son la atención y amabilidad del personal, además de la mejoría percibida con respecto al motivo de consulta los cuales deben ser reconocidos y fortalecidos dentro del sistema hospitalario y en contraparte, hay parámetros con muy bajos niveles valoración entre los usuarios como el consentimiento informado de derechos, la falta de participación en el diseño y explicación del plan terapéutico además de la falta de participación en el alta hospitalaria y el seguimiento posthospitalario los cuales deben ser considerados como oportunidades de mejora.

Si bien ya fue mencionada la debilidad implícita al utilizar el instrumento PSIPSS; cabe señalar que dicha encuesta es un buen ejemplo para el desarrollo de instrumentos y escalas validadas a nuestro medio; ya que no solo evalúa los componentes estructurales e interpersonales de la satisfacción percibida de los usuarios, sino que, incluye la oportunidad para la expresión libre de ideas a los usuarios y las cuales no habían sido contempladas en las primeras 2 fases de la encuesta; en este estudio dicha característica se ve reflejada mediante las quejas emitidas dirigidas al servicio de alimentos y miembros específicos del servicio de enfermería.

De tal forma que los prospectos a futuro de este trabajo de investigación incluyen no solo el desarrollo de dichos instrumentos de medición validados a nuestro medio sino la difusión e implementación de este novedoso enfoque de evaluación a los sistemas de salud en especial al área de salud mental y su modalidad terapéutica de hospitalización: los resultados de estas investigaciones brindaran elementos de juicio a las autoridades correspondientes para realizar desde acciones concretas y puntuales hasta el diseño, gestión e implementación de leyes y políticas públicas de salud encaminadas a mejorar la calidad de los servicios prestados.

---

## BIBLIOGRAFIA

---

- Benassini, O. (2001). LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN MÉXICO HACIA EL SIGLO XXI. *Salud mental*, 66 -80.
- Boyer, L. (2009). alta, transición de cuidados, limpieza del entorno hospitalario, tranquilidad del entorno. *Eurpoean Psychiatry*, 540-548.
- Cantón, S. B. (2018). Sistema de indicadores sobre la calidad en salud Proyectos actuales de medición en salud. *BOLETÍN CONAMED - OPS*, 8 - 14.
- Desviat, M. (2020). Evolución histórica de la atención a la la salud menta: Hitos esenciales en la construccion del discurso de la salud mental comunitaria. *Revista d'Intervenció Socioeducativa,, 17 - 45.*
- Evolución histórica de la atención a la salud mental: hitos esenciales en la construccion del discurso de la salud mental comunitaria. (2020). *Revista d'Intervenció Socioeducativa,, 17 - 45.*
- F, O. B. (2001). LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN MÉXICO HACIA EL SIGLO XXI. *Salud mental*, 66 - 80.
- Fernández-Martín, L. (2016). Satisfacción del paciente como indicador de calidad. *Revista de Calidad Asistencial*, 254-261.
- Fuente, J. R. (2014). La enseñanza de la Psiquiatría en México. *Salud mental*, 523 - 530.
- García, M. (2010). SISTEMADE. *Notas científicas*, 43 - 58.
- Heinze, G. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. *salud mental*, 75 - 80.
- Herrera, R. (2001). HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA, ¿PORQUE? ¿PARA QUE? TRADICIONES HISTORIOGRAFICAS Y NUEVAS TENDENCIAS. *FRENIA*, 9 - 36.
- HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA, ¿PORQUE? ¿PARA QUE? TRADICIONES HISTORIOGRAFICAS Y NUEVAS TENDENCIAS. (2001). *Frenia*, 9 - 36.
- López-Ibor, J. J. (2012). La gestión clínica y la gestión de procesos en el ambito de los trastorno mentales. *Actas españolas de psiquiatria*, 1 - 8.
- Machorro, M. S. (2010). salud mental y atencion psiquiatrica en Mexico. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 17 - 33.
- Pino, C. C. (2007). Historia crítica de la Psiquiatría en el siglo XX. Una mirada biografica. *Revista de la asociacion española de neuropsiquiatria*, 105 - 118.

- Rivera, J. L. (1998). Evolución histórica de la Psiquiatría . *Psiquis*, 183 - 200.
- Rodes, J. E. (2015). Clasificaciones en psiquiatría. En J. V. Ruiloba, *Tratado de psiquiatria* (págs. 78 - 97). Madrid: Panamericana.
- Salud mental y atención psiquiátrica en México. (2010). *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 17 - 23.
- Salud, O. M. (2006). *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación*. Ginebra, Suiza: Ediciones de la OMS.
- Salud, O. P. (2014). *Plan de acción sobre salud mental 2015-2020*. Washington DC: Ediciones OPS.
- Saturno-Hernández, P. J. (2016). Satisfacción y calidad percibida de afiliados al sistema de salud de México. *salud pública de México*, 685 - 693.
- Sharon Woodring, B. R. (2004). Development and Testing. *JOURNAL OF NURSING CARE QUALITY*, 137 - 148.
- Viñas, V. (2005). Satisfacción del cliente, calidad y evaluación: un análisis crítico. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 1 - 14.
- Vitolo, D. F. (2014). Satisfacción de los pacientes: Su correlación con la calidad de la atención y los juicios por mala praxis. *Biblioteca virtual NOBLE*, 1-12.

### Ficha de Identificación

Iniciales: \_\_\_\_\_ Sexo: H \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Domicilio: Rural \_\_\_\_\_ Urbano \_\_\_\_\_ Estado Civil: Soltero \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Unión libre \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_  
Separado \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_

Con quien vive /familiar responsable: \_\_\_\_\_

Ocupación previa al internamiento: \_\_\_\_\_

Grado máximo de estudios: Analfabeta \_\_\_\_\_ primaria \_\_\_\_\_ secundaria \_\_\_\_\_ Preparatoria \_\_\_\_\_  
Licenciatura \_\_\_\_\_ Posgrado \_\_\_\_\_

Tipo de Internamiento: Voluntario \_\_\_\_\_ Involuntario \_\_\_\_\_

Diagnostico de egreso (CIE-10) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numero de días hospitalizado: 1 a 7 días \_\_\_\_\_ 8 a 14 días \_\_\_\_\_ 15 a 21 días \_\_\_\_\_ Más de 21 días \_\_\_\_\_

Internamiento previos: Primer internamiento \_\_\_\_\_ 2-5 Internamientos \_\_\_\_\_ 6 o más internamientos \_\_\_\_\_



## PENN STATE INPATIENT PSYCHIATRYC SATISFACTION

(Español)

Agradeceríamos su opinión sobre las formas de mejorar nuestro programa mediante la realización de esta encuesta de satisfacción. Califique la siguiente declaración de acuerdo con la escala. no dude en incluir comentarios adicionales

5 = Totalmente de acuerdo  
 4 = De acuerdo  
 3 = Ni acuerdo ni desacuerdo  
 2 = Desacuerdo  
 1 = Totalmente en desacuerdo

	1	2	3	4	5
1.- Fui adecuadamente informado de mis derechos, confidencialidad y carta de 72 horas.	0	0	0	0	0
2.- La orientación fue informativa y oportuna, lo que me ayudó a adaptarme a la unidad.	0	0	0	0	0
3.- La explicación de mi plan de tratamiento fue clara.	0	0	0	0	0
4.- Estaba involucrado en mi plan de tratamiento.	0	0	0	0	0
5.- Me dieron una explicación de las pruebas, los medicamentos, etc. que me ordenaron.	0	0	0	0	0
6.- los grupos terapéuticos fueron beneficiosos para mi tratamiento.	0	0	0	0	0
7.- Mis relaciones interpersonales han mejorado gracias a mi tratamiento.	0	0	0	0	0
8.- Las razones por las que buscaba tratamiento han mejorado.	0	0	0	0	0
9.- El personal fue agradable y amistoso.	0	0	0	0	0
10.- El personal estuvo atento a mis necesidades.	0	0	0	0	0
11.- La unidad estaba limpia y bien mantenida.	0	0	0	0	0
12.- Me sentí seguro en la unidad.	0	0	0	0	0
13.- Participé en la planificación de mi alta y en la atención de seguimiento.	0	0	0	0	0
14.- A través del tratamiento, he aprendido formas de afrontar mis síntomas y / o problemas.	0	0	0	0	0
15.- Recomendaría esta instalación de tratamiento a otras personas.	0	0	0	0	0

Seleccione las tres (3) áreas que fueron **más útiles** par su tratamiento:

1. Explorando las habilidades de afrontamiento.
2. Atención del personal.
3. Resultados positivos del tratamiento.
4. Amabilidad del personal.
5. Participación en el plan de tratamiento.
6. Explicación de medicamentos y prueba.
7. Participación en grupos / actividades.
8. Aprender a relacionarse con los demás
9. Claridad del plan de tratamiento.
10. Implicación en el alta.
11. Eficiencia de admisión.
12. Orientación a la unidad.
13. Apariencia y limpieza de la unidad.

Seleccione las tres (3) áreas que fueron **menos útiles** para su tratamiento:

1. Explorando las habilidades de afrontamiento.
2. Atención del personal.
3. Resultados positivos del tratamiento.
4. Amabilidad del personal.
5. Participación en el plan de tratamiento.
6. Explicación de medicamentos y prueba.
7. Participación en grupos / actividades.
8. Aprender a relacionarse con los demás
9. Claridad del plan de tratamiento.
10. Implicación en el alta.
11. Eficiencia de admisión.
12. Orientación a la unidad.
13. Apariencia y limpieza de la unidad.

Mi hospitalización fue:  Muy corta  
 Muy larga  
 Apropiaada

¿Hay algo más que gustaría comentarnos?  Si  No

De ser sí, coméntenos:

---

---

---

---

