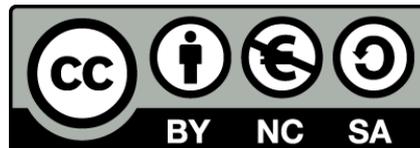




UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Adaptación y validación de las escalas QPC "Quality in Psychiatric Care" en el ámbito de la hospitalización

Sara Sanchez Balcells



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència Reconeixement- NoComercial – Compartirlqual 4.0. Espanya de Creative Commons.

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia Reconocimiento - NoComercial – Compartirlqual 4.0. España de Creative Commons.

This doctoral thesis is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0. Spain License.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

i) Escola d'Infermeria

Programa de Doctorado en Enfermería y Salud

Línea de investigación del Programa: Enfermería de Salud Mental y Adicciones. Instrumentos de análisis y de medida

Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Universidad de Barcelona

TESIS DOCTORAL

**Adaptación y validación de las escalas
QPC “Quality in Psychiatric Care” en el
ámbito de la hospitalización**

Tesis doctoral con mención europea presentada por **Sara Sanchez Balcells**
para optar al título de doctora por la Universidad de Barcelona

Dirigida por:

Dra. Montserrat Puig Llobet

Dr. Juan F. Roldán Merino

Tutorizada por:

Dra. M^a Teresa Lluch Canut

Barcelona, 5 de setiembre de 2019

Si quieres ser feliz durante una hora, haz la siesta;
si quieres serlo durante un día, vete a pescar;
si quieres serlo durante un mes, cástate;
si quieres serlo durante un año, recibe una herencia;
si quieres serlo toda la vida, ayuda a alguien.

Thomas Carlyle

Esta tesis va dedicada a todas las personas que día a día desafían y luchan contra sus propios miedos, pensamientos y emociones, y a todos aquellos profesionales de la salud mental que con su saber, cuidan, dan afecto, escucha y compasión.



Agradecimientos

Empezar a escribir los agradecimientos me resulta de gran alivio dado que empiezo a encontrar la luz al final del túnel. Es muy emocionante para mí poder escribir estos párrafos porque hay tantas personas con las que he podido contar y me han ayudado tanto... Es gratificante poder empezar a ver como esta tesis coge estructura y sentido, que en algún momento lo había perdido, entre otras cosas. Y ahora empiezo a recuperar, pero siempre he mantenido mi gran absoluto reconocimiento a todas estas personas que han hecho posible este trabajo. En primer lugar, quiero agradecer con 10 km de gracias y abrazos a mi gran mentor al Dr. Juan F. Roldan por todo su apoyo, su optimismo en los peores momentos y su sabiduría, y aprovecho también a agradecerle su apuesta por mí en la docencia cosa que me ha hecho descubrir otros horizontes. En segundo lugar y no menos importante, mi sincero agradecimiento a mi mentora, la Dra. Montserrat Puig por su dulzura, su apoyo y la aportación de sus conocimientos en esta investigación. Le agradezco mucho su apuesta por mí también en la docencia. A la Dra. María Teresa Lluch por sus conocimientos y el refuerzo tan positivo, y su condicional soporte emocional. Nunca dejaré de pensar en sus consejos y transmitirlos a las nuevas generaciones. Gracias por creer en mí en la docencia.

Un millón de "tack" a mi mentora sueca de proyección internacional, la Dra. Agneta Schröder por enseñarme a abrir la mente y mostrarme como la enfermería lidera estudios de investigación a nivel internacional. Al Dr. Lars-Olov Lundqvist por apoyarme en los momentos más frágiles estadísticamente hablando y por esos momentos de refuerzo. A ellos dos, agradecerles en enseñarme la vida en Suecia, en abrirme sus puertas y mostrarme la cultura sueca, y sobre todo al "fika". Gracias por compartir momentos tan bonitos lejos de mi familia. Gracias también al Dr. Joan Guardia por dar un apoyo en la investigación en los momentos más complejos de la estadística. Agradezco de

forma muy sincera al gran equipo de dirección de enfermería, a la Sra. Isabel Grimal, Montserrat Escuté y Raquel Fabregat, por apostar por la enfermería en salud mental y el desarrollo de esta en investigación y docencia. Siempre mi condicional cariño por la cercanía y humildad que transmiten. A mi supervisor Hilari Andrés, por ayudarme y facilitarme la investigación en la complejidad que supone trabajar e investigar siempre con su decisión de apostar por mí. A los equipos de enfermería de Numancia, el turno de enfermería de noche A y B, al equipo de Serpi, al equipo TCA, al equipo de agudos y subagudos, al equipo de comunidad terapéutica como al equipo de Llar Residencia. A los equipos de Parc Sanitari de Sant Boi; a los equipos de agudos, de subagudos, de Serpi y Benito Menni, y con especial agradecimientos a los equipos de noche del turno A y B. A los supervisores de enfermería por facilitarme la investigación: Rubén Castro, José M. Fernández, Oscar Rosillo, M^a Carmen Arévalo, Enric Carvajal, Roger Villen y Raquel Gasanz. A la dirección médica de Parc Sanitari Sant Joan de Déu por apostar por la investigación y la enfermería.

Mis sinceros agradecimientos a la unidad de recerca de PSSJD, en especial a Susana Ochoa por su incondicional apoyo como a José de Dios por su ternura, y su gran capacidad de resolver problemas. Agradecer al Dr. Haro que haya apostado por dicha investigación en esta institución. Muchas gracias al apoyo estadístico de Daniel Cuadras, como la del Albert Sanchez. A Jaume Llopis, por animarme a seguir y no decaer en el camino, aportando su experiencia como doctor y enfermero. Al Dr. Jordi Quilez, por darme las ganas de empezar el doctorado y apostar por la investigación enfermera. A mis compañeros de doctorado, Marta Callarisa, Nathalia F. Rodriguez y Manuel Tomás. A mi fiel compañero docente y doctorando, Artur Dalfó por su escucha y empatía en estos momentos. A las residentes de enfermería, Andrea de Miguel, Cristina Coll y Sandra Marcos, por ayudarme a pasar la muestra y hacerme sentir más joven y a enseñarme cada día más. A mis compañeros leales del PSI, en especial su predisposición y compasión que siempre con una sonrisa animan en los momentos más difíciles. A los afterwork con Marina Sorribes, y las risas con Jordi Guillén.

Y no puedo dejar de agradecerle a mi marido, a mi incansable compañero de aventuras, a mi mejor amigo, Roger, por darme la fuerza necesaria para tirar adelante en estos momentos; *“sense tu no hagués estat possible”*. Por tu amor, tu dedicación, tu bondad y honestidad, y por “aguantarme” en momentos de perder la confianza hacia la vida. A mí siempre amigo fiel, Bono, por mimarme y darme la inspiración en los momentos que dormías a mi lado. A mis padres, Joan y Ana, por dedicar tantos esfuerzos a transmitirme alegría, optimismo y a conocer lo que es el “no abandones, sigue luchando”. A mi hermana Joana, por transmitirme calma, compasión y ánimos. A mi abuelo, Cuca por estar siempre allí y preocuparse por mí. A mi suegra Montse por los ánimos y la paciencia que ha tenido. A mi familia, por estar siempre. A mis amigas, Laia, Alba, Anna, Elena, Aza, Patricia, Patricia Mallol, Laura y a *les nenes* del Parc del Guinardó, por compartir tantos buenos momentos. A mi fiel excompañera de trabajo Ángeles, por darme ánimos. A mis maestras de yoga, Ru y Emma, por enseñarme otra perspectiva de vivir sin prejuicios y conocer que es la constancia y la perseverancia. A todos ellos y a los que no están presentes, mis más sinceros agradecimientos.



Índice

Índice

Índice de contenidos	I
Índice de figuras	VII
Índice de gráficos.....	IX
Índice de Tablas.....	XI
Acrónimos del contenido.....	XVII
Acrónimos estadísticos	XXI
Resumen	1
Abstract	11
Introducción General.....	21
Parte I. Fundamentación Teórica	27
1.1. Los problemas de salud y sus determinantes	27
1.1.1. La salud mental en cifras	31
1.2. La atención de la salud mental en España	33
1.3. Impacto de la crisis socioeconómica.....	35
1.4. Calidad de los cuidados en salud mental.....	37
1.4.1. Concepto de la calidad	38
1.4.2. La calidad de los cuidados en la salud mental	45
1.4.3. La calidad asistencial versus la satisfacción	51
1.5. Marco legislativo español relacionado con la salud mental.....	55
1.6. Los organismos de calidad asistencial.....	57
Parte II. Revisión sistemática.....	65
Parte III. Estudios empíricos	95
3.1. Justificación.....	99
3.2. Objetivos generales.....	103
3.3. Estudio I	105
3.3.1. Objetivos	107
3.3.2. Metodología.....	109
Diseño del estudio	109
Ámbito de estudio	118
Población y muestra	118

Instrumentos y fuentes de información	119
Procedimiento de recogida de datos.....	124
Análisis estadístico	125
Consideraciones éticas.....	130
3.3.3. Resultados.....	131
Descriptivo de la muestra de estudio	135
Descriptivo de los ítems	140
Fiabilidad	143
Consistencia interna.....	143
Test-retest	146
Validez	147
Validez convergente y discriminante	147
Validez de constructo	148
3.3.4. Discusión.....	153
3.4. Estudio II	159
3.4.1. Objetivos	161
3.4.2. Metodología.....	163
Diseño del estudio	163
Ámbito de estudio	164
Población y muestra	164
Instrumentos y fuentes de información	165
Procedimiento de recogida de datos.....	170
Análisis estadístico	171
Consideraciones éticas.....	172
3.4.3. Resultados.....	173
Descripción de la muestra de estudio	177
Descriptivo de los ítems.....	181
Fiabilidad	183
Consistencia interna.....	183
Test-retest	186
Validez	187
Validez convergente.....	187
Validez de constructo	188
3.4.4. Discusión.....	193
3.5. Estudio III	199
3.5.1. Objetivos	201
3.5.2. Metodología.....	201

Diseño del estudio	201
Ámbito de estudio	202
Población de estudio	202
Procedimiento de recogida de datos	202
Análisis estadístico	203
Consideraciones éticas	204
3.5.3. Resultados	205
3.5.4. Discusión	213
Conclusiones/Conclusión	219
Referencias bibliográficas	233
Anexos	255
Anexo 1. Escala Quality in Psychiatric Care- Inpatients QPC-IP	259
Anexo 2. Escala Quality in Psychiatric Care- Inpatients QPC-IPS	271
Anexo 3. Escala NTP 394. Escala General de Satisfacción	281
Anexo 4. Tabla juicio de expertos	285
Anexo 5. Convenio de colaboración en investigación clínica	289
Anexo 6. Resolución Favorable del Comité de Recerca de PSSJD	297
Anexo 7. Resolución Favorable del CEIC	301
Anexo 8. Hoja informativa pacientes	305
Anexo 9. Hoja informativa profesionales	309
Anexo 10. Consentimiento informado	313

Índice de Figuras, Gráficos y Tablas

Índice de Figuras

Figura 1: Evaluación de la calidad	42
Figura 2: Red de dispositivos de Salud Mental	55
Figura 3: Diagrama modificado de los resultados obtenidos según los estándares de PRISMA.....	68
Figura 4: Componentes en el proceso de adaptación de un test.....	111
Figura 5: Diagrama del proceso de Traducción – Retro-traducción.....	117
Figura 6: Algoritmo del procedimiento de recogida de los datos	125
Figura 7: Cargas de factores derivadas de la estimación LS (mínimos cuadrados) Análisis Factorial Confirmatorio (λ_{ij})	150
Figura 8: Cargas de factores derivadas de la estimación LS (mínimos cuadrados) Análisis Factorial Confirmatorio (λ_{ij}).....	190
Figura 9: Ecuaciones ESEM	204

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Impacto de la crisis Incremento relativo de los trastornos mentales entre 2006 y 2010 en España (Estudio IMPACT)	35
Gráfico 2: Análisis de la correlación entre las puntuaciones totales de las escalas Spanish QPC-IP	140
Gráfico 3: Frecuencias de la puntuación total de la escala Spanish QPC-IP	146
Gráfico 4 Histograma de frecuencias de la puntuación total de la escala Spanish QPC-IPS.....	181
Gráfico 5: Análisis de correlación entre las puntuaciones totales de las escalas Spanish QPC-IPS	186
Gráfico 6: Análisis de correlación entre las puntuaciones totales de la escala SPANISH QPC-IPS y la escala NTP394	188

Índice de Tablas

Tabla 1: Puntos esenciales de los determinantes de la salud.....	29
Tabla 2: Definiciones aceptadas del concepto de calidad.....	39
Tabla 3: Las dimensiones de calidad.....	40
Tabla 4: Concepto de las dimensiones de calidad.....	41
Tabla 5: Dimensiones de calidad propuestas por el IOM.....	42
Tabla 6: Dimensiones en la valoración de calidad asistencial.....	44
Tabla 7: Atributos de calidad establecidos por el Plan de Calidad.....	59
Tabla 8: Estrategia de búsqueda con bases de datos.....	69
Tabla 9: Clasificación de los términos de búsqueda según la metodología propuesta por Terweem Jansma, Riphagen & de Vet, 2009.....	69
Tabla 10: Criterios de calidad para las propiedades psicométricas.....	73
Tabla 11: Descripción general de los instrumentos.....	78
Tabla 12: Calidad metodológica de cada estudio de acuerdo con las propiedades de medición y el instrumento.....	83
Tabla 13: Calidad de las propiedades psicométricas de los instrumentos.....	86
Tabla 14: Directrices para la traducción o adaptación de test (2013).....	110
Tabla 15: Listado para el control de calidad de la traducción-adaptación de los ítems.....	112
Tabla 16: Tabla de clasificación de los indicadores.....	114
Tabla 17: Información para la interpretación del Coeficiente de concordancia W de Kendall para el análisis de los datos.....	115
Tabla 18: Descripción de cada dimensión y distribución de los ítems por la escala QPC-IP.....	121
Tabla 19: Promedio de las dimensiones según el juicio de claridad.....	131
Tabla 20: Promedio de las dimensiones según el juicio de coherencia.....	132
Tabla 21: Promedio de las dimensiones según el juicio de relevancia.....	132
Tabla 22: Características sociodemográficas y laborales de los pacientes.....	137
Tabla 23: Estadísticos descriptivos de los ítems del cuestionario Spanish QPC-IP.....	141
Tabla 24: Coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) del cuestionario Spanish QPC-IP.....	144
Tabla 25: Correlación ítem – total del cuestionario Spanish QPC-IPS.....	145
Tabla 26: Coeficiente de Correlación intraclase (CCI) test-retest de la Escala Spanish QPC-IP.....	147
Tabla 27: Correlaciones ente las subescalas de Spanish QPC-IP.....	148

Tabla 28: Cargas factoriales derivadas de la estimación de los LS (mínimos cuadrados) Análisis Factorial Confirmatorio (λ_{ij})	149
Tabla 29: Índices de bondad de ajuste del Modelo Confirmatorio.....	151
Tabla 30: Descripción de cada dimensión y distribución de los ítems por la escala QPC-IP	166
Tabla 31: Distribución de los ítems en cada subescala y puntuaciones mínimas y máximas de la escala NTP 394.....	168
Tabla 32: Promedio de las dimensiones según el juicio de claridad	173
Tabla 33: Promedio de las dimensiones según el juicio de coherencia.....	174
Tabla 34: Promedio de las dimensiones según el juicio de relevancia.....	175
Tabla 35: Características sociodemográficas y laborales de los pacientes.....	179
Tabla 36: Estadísticos descriptivos de los ítems del cuestionario Spanish QPC-IP	182
Tabla 37: Coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) del cuestionario Spanish QPC-IP	184
Tabla 38: Correlación ítem – total del cuestionario Spanish QPC-IPS	185
Tabla 39: Coeficiente de Correlación intraclass (CCI) test-retest de la Escala Spanish QPC-IPS.....	187
Tabla 40: Cargas factoriales derivadas de la estimación de los LS (mínimos cuadrados) Análisis Factorial Confirmatorio (λ_{ij})	189
Tabla 41: Índices de bondad de ajuste del Modelo Confirmatorio.....	191
Tabla 42: Modelo latente	205
Tabla 43: Resultados Modelo 1 y 2	205
Tabla 44: Resultados de medidas por grupo	206
Tabla 45: Tres submuestras analizadas con ESEM	207
Tabla 46: Índices de bondad de ajuste del Modelo ESEM.....	208
Tabla 47: Cargas factoriales derivadas de la estimación de los LS (mínimos cuadrados) del modelo ESEM para el grupo pacientes.....	210
Tabla 48: Cargas factoriales derivadas de la estimación de los LS (mínimos cuadrados) del modelo ESEM para el grupo profesionales.....	211
Tabla 49: Cargas factoriales derivadas de la estimación de los LS (mínimos cuadrados) del modelo ESEM para el grupo pacientes suecos	212

Acrónimos

Acrónimos del contenido

AQUAS	Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña
AVAD	Años de vida ajustados por discapacidad
AVD	Años vividos con discapacidad
CAPE	Combined Assessment of Psychiatric Environments
CatSalut	Servicio Catalán de Salud
CCAA	Comunidades Autónomas
CEIC	Comité Ético de Investigación Clínica
CEO-MHS	Consumer Evaluation Mental Health Services
CINAHL	Colección de textos completos para revistas de enfermería y afines de salud.
COSMIN	COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments panel
DSM-IV	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
EIR	Enfermero Interno Residente
F-ISQ/C-ISQ;	Forensic-Inpatient Satisfaction Questionnaire/ Civil-Inpatient Satisfaction Questionnaire
GAF	Escala de Funcionamiento Global o escala de evaluación de la actividad global
GPEQ	the General Practitioners Experiences Questionnaire
IAPT	Improving Access to Psychological Therapies
ICS	Inpatient Consumer Survey
IOM	Instituto de Medicina
I-SHEP	The Survey of Healthcare Experiences of Patients
ISO	Organización Internacional para la Normalización Lingüística

ITC	International Test Commission
MEDLINE	Contiene citas de revistas y resúmenes para literatura biomédica de todo el mundo.
MESH	Medical Subject Headings
MF	Médico de familia
MHSIP	The Mental Health Statistics Improvement Program
MIR	Médico Interno Residente
MQOC	Menninger Quality of Care measure
NHS	National Health Services
NTP 394	Escala general de satisfacción
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAT	Proceso de adaptación transcultural
PCSQ	Psychiatric Care Satisfaction Questionnaire
PHD	Doctorado especializado en investigación
PIB	Producto Interior Bruto
PIR	Psicólogo Interno Residente
PLAENSA	Plan de encuestas de satisfacción
POPEQ	The Psychiatric Outpatient Experiences Questionnaires
PRISMA	Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis
PROSPERO	International prospective register of systematic reviews
PSSJD	Parc Sanitari Sant Joan de Déu
QOC-P /QOC-S	Quality of Care-Patients/ Quality of Care-Staff
QPC	Quality in Psychiatric Care
QPC-1	Quality in Psychiatric Care: Expectativas de los pacientes con respecto a la atención

QPC-2	Quality in Psychiatric Care: Experiencias de los pacientes de la atención recibida.
QPC-FIP	Quality in Psychiatric Care-Forensic InPatients
QPC-FIPS	Quality in Psychiatric Care-Forensic InPatients Staff
QPC-H	Quality in Psychiatric Care-Housing
QPC-IP	Quality in Psychiatric Care Inpatient
QPC-IPS	Quality in Psychiatric Care Inpatient Staff
QPC-OP	Quality in Psychiatric Care-Outpatient
QUIRC	QUality Indicator for Rehabilitive Care
RNT	Registered Nurse Teacher
SATISPSY-22	Satisfaction Psychiatry
SCOPUS	Case de datos de referencias bibliográficas y citas en ciencias sociales
SDQ	Cuestionario de Capacidades y Dificultades
SERVQUAL	Escala de medición la calidad en el servicio
SPANISH QPC	Escala de Calidad de los cuidados de Salud Mental versión castellana
UKU-ConSat	The UKU-CONsumer SATisfaction Rating Scale
USA	Estados Unidos
VSSS-EU	Verona Service Satisfaction Scale EUropean version
WEMWBS	Escala de Bienestar Mental the Warwick-Edinburgh

Acrónimos del análisis estadístico

α	Alfa de Cronbach
rho	Coeficiente de correlación de Spearman
x	Eje de abscisas
y	Eje de ordenadas
AFC	Análisis factorial confirmatorio
AFE	Análisis factorial exploratorio
AGFI	Índice de Bondad de Ajuste
AIC	Criterio de información Akaike
ANOVA	Análisis de la varianza
BBNFI	Índice de Bentler Bonnet Normed Fit
BBNFI	Índice de Bentler Bonnet Non Normed Fit
BIC	Criterio de información Bayesiano
CCI	Coeficiente de Correlación Intraclase
CFI	Índice de Ajuste Comparativo
d	D de Cohen
DE	Desviación estándar
EQS	Programa estadístico Structural Equation Modeling
ESEM	Exploratory Structural Equation Modelling
F	F de Snedecor. Análisis de la varianza ANOVA.
GFI	Índice de Bondad de Ajuste
gl	Grados de Libertad
Hp²	Eta-cuadrado parcial

IA	Impacto alto
IB	Impacto bajo
IM	Impacto moderado
n	Muestra
p	Coeficiente de significación
p > 0.05	Diferencia estadísticamente no significativa
p ≤ 0.05	Diferencia estadísticamente significativa
r	Coeficiente de correlación de Pearson
RMSE	Raíz del Error Cuadrático Medio
Sig	Significación de la diferencia estadística
SPSS	Paquete estadístico de ciencias sociales
SRMS	Media cuadrática
t	t de Student Fisher
TLI	Índice de Tucker-Lewis
Vart	Variabilidad total de las mediciones
X	Media
χ²	Chi cuadrado

Resumen

Resumen

Introducción

Los países occidentales comparten cada vez más el interés en evaluar y mejorar la calidad de la atención en el ámbito de la salud mental. Sin embargo, se sabe poco sobre cómo perciben la calidad de los cuidados, los pacientes y profesionales en unidades de hospitalización de psiquiatría. Existen varios desafíos, uno de ellos es que el concepto de calidad no está ampliamente consensuado; más bien, es un concepto multidimensional. En segundo lugar, a diferencia del concepto de satisfacción del paciente, la calidad de la atención incluye las perspectivas de todas las partes interesadas. La participación del usuario y de los profesionales en materia de calidad asistencial permitirá mejorar la asistencia y evidenciar las fortalezas y posibles carencias del sistema sanitario.

Para evaluar la calidad de la atención se han desarrollado un buen número de instrumentos dirigidos a la población general y el constructo principal es la satisfacción. En cambio, son pocos los instrumentos que se conocen y que estén adecuadamente validados entorno a la calidad de la atención en el ámbito de la salud mental, y especialmente en el entorno hospitalario. Uno de los más relevantes es el "Quality in Psychiatric Care" (QPC). Fue elaborado en lengua sueca por la Dra. Agneta Schröder, y no está validado al español. Con la finalidad de que en lengua castellana se pueda disponer de instrumentos robustos que nos permitan evaluar esta idea de la calidad asistencial desde las perspectivas de los actores implicados (pacientes y profesionales), se desarrolló esta tesis doctoral

Objetivos

La investigación se organizó en tres estudios. Los objetivos generales del estudio 1 fueron la traducción y adaptación al castellano de la escala “Quality in Psychiatric Care-Inpatient” (QPC-IP) y el análisis de las propiedades psicométricas en una muestra de pacientes ingresados en unidades de hospitalización de psiquiatría en dos hospitales referentes de la provincia de Barcelona. Los objetivos generales del estudio 2 fueron la traducción y adaptación al castellano de la escala “Quality in Psychiatric Care-Staff” (QPC-IPS) y el análisis de las propiedades psicométricas en una muestra de profesionales que trabajaban en las unidades anteriormente citadas. En el estudio 3 se analizó la invarianza configuracional de los ítems y las subescalas del instrumento “Quality in Psychiatric Care-Inpatients” (Spanish QPC-IP) y “Quality in Psychiatric Care-Inpatients Staff (Spanish QPC-IPS)” y “Quality in Psychiatric Care-Inpatient” (Sweden QPC-IP).

Metodología:

Los estudios 1 y 2 se desarrollaron en dos fases. La primera fase se realizó en el primer semestre del 2017 y la segunda fase durante el segundo semestre del 2017 y el primer semestre del 2018.

En la primera fase, las escalas fueron sometidas a un proceso de adaptación transcultural al castellano y en la segunda fase se realizó un análisis métrico de las escalas mediante un estudio transversal. El estudio se llevó a cabo en unidades de hospitalización de psiquiatría del Parc Sanitari Sant Joan de Déu Sant Boi y Parc Sanitari Sant Joan de Déu Numancia.

La primera fase de los estudios 1 y 2 se desarrolló en cuatro etapas. La primera etapa consistió en el proceso de traducción de las escalas “Quality Psychiatric Care” del idioma sueco al castellano por un traductor oficial. En la segunda etapa se realizó la validez de contenido mediante un juicio de expertos. El comité de expertos comprobó la correcta comprensión de los ítems y evaluó la claridad, coherencia y relevancia de cada ítem mediante una escala Likert del 1

al 4. La concordancia entre jueces expertos se calculó mediante el coeficiente de concordancia W de Kendall. En la tercera etapa se realizó un proceso de retro-traducción. La traducción de la versión castellana al sueco fue realizada por otro traductor independiente profesional. Se consensuó con los equipos de investigación españoles y suecos y también con el grupo de expertos. Los autores de la escala original analizaron la retro-traducción y la compararon con la versión sueca. Las versiones definitivas de las escalas en castellano se denominaron “Spanish Quality in Psychiatric Care versión pacientes” (Spanish QPC-IP) y “Spanish Quality in Psychiatric Care versión profesionales” (Spanish QPC-IPS). En la cuarta etapa se realizó una prueba piloto mediante una entrevista cognitiva a la población de estudio, con el fin de comprobar la comprensión y adecuación de los ítems.

En la segunda fase, para el estudio 1 (Spanish QPC-IP) se reclutaron 150 pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos: mayores de 18 años, tener un diagnóstico de trastorno mental según la clasificación DSM-V y estar ingresados en el momento del estudio en alguna de las unidades de psiquiatría (Agudos, Subagudos, Servicio de Rehabilitación Intensiva, Centros Residenciales y Comunidad Terapéutica).

En la segunda fase, para el estudio 2 (Spanish QPC-IPS) se reclutaron a 163 profesionales que cumplieran con los criterios de inclusión siguientes: profesionales asistenciales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores sociales, monitores, auxiliares de enfermería,...), activos laboralmente trabajando en las unidades asistenciales de psiquiatría y que quisieran participar voluntariamente en el estudio.

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico, dado que la población incluida en ambos estudios fueron los que voluntariamente quisieron participar.

La recogida de los datos se realizó “in situ” en las unidades de hospitalización. Se recogieron las variables sociodemográficas y clínicas, y se les evaluó mediante la escala Spanish QPC-IP, para el estudio 1, y la escala Spanish

QPC-IPS. Además para el estudio 2 (muestra de profesionales) se procedió a evaluar la satisfacción laboral con la escala NTP 394 de Warr, Cook y Wall (1979).

Las escalas QPC valoran la calidad de la atención y están compuestas por seis dimensiones: relación terapéutica, participación del paciente, soporte recibido, entorno, seguridad, alta hospitalaria. Contienen 30 ítems y cada ítem se evalúa mediante una escala Likert con cuatro opciones de respuesta, donde 1 indica el desacuerdo total y 4 el acuerdo total.

La puntuación total de las escalas es la suma de todas las puntuaciones de los ítems. La puntuación máxima es de 120 puntos y la mínima de 30 puntos. Una puntuación alta en cada dimensión o en el total de la escala indicaría una percepción de calidad muy buena por parte del paciente y/o del profesional, en contraste a una puntuación baja, lo que justificaría una necesidad de intervención en los dominios.

La escala NTP 394 fue desarrollada en 1979 y ha sido validada al castellano por Pérez y Fidalgo (1994) obteniendo resultados adecuados en términos de validez y fiabilidad. Está formada por 15 ítems que se agrupan en dos subescalas. Cada ítem se evalúa mediante una escala ordinal con siete posibles respuestas, donde 1 indica mucha insatisfacción y 7 mucha satisfacción. La suma de las puntuaciones de todos los ítems refleja la satisfacción general con el trabajo, siendo 15 la puntuación mínima y 105 la puntuación máxima.

Para el análisis estadístico de los datos del estudio 1 y 2 se utilizó el paquete estadístico IBM® SPSS® Statistics 22.0 y el EQS® versión 6.2. para el análisis factorial confirmatorio.

En el estudio 1 se realizó un análisis descriptivo de los ítems de la escala Spanish QPC-IP y de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra. La fiabilidad se realizó analizando la consistencia interna y la estabilidad temporal, administrando la escala de nuevo a los 7-14 días a 75 pacientes. Se

realizó el análisis de la correlación de la escala Spanish QPC-IP con el cálculo del coeficiente de correlación de Pearson, entre las diferentes dimensiones de la escala Spanish QPC-IP y también entre el resultado de cada una de las subescalas y la total, con el fin de determinar la validez convergente y discriminante. Posteriormente, se realizó un análisis factorial confirmatorio.

En el estudio 2 se analizó de forma descriptiva los ítems de la escala Spanish QPC-IPS y de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra. La fiabilidad se analizó mediante la consistencia interna y la estabilidad temporal, administrando la escala de nuevo a los 7-14 días a 93 profesionales. Sin embargo, la validez convergente se analizó mediante el análisis de correlación de Spearman (ρ) de la escala Spanish QPC-IPS con la escala de satisfacción laboral de NTP 394 administradas al mismo tiempo. Finalmente, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio.

Los análisis del estudio 3 se llevaron a cabo en el primer semestre del 2019. La muestra estuvo compuesta por los pacientes que completaron la Spanish QPC-IP (150 pacientes), los profesionales que completaron la Spanish QPC-IPS (163 profesionales) y los pacientes suecos de ocho unidades de psiquiatría de adultos que completaron la original QPC-IP (265 pacientes). La muestra total fue de 578 participantes. El estudio de la invarianza configuracional se desarrolló en dos fases. En la primera fase del análisis, se utilizó el análisis factorial confirmatorio y en la segunda fase, la estructura de medición fue confirmada a través del Modelo Exploratorio de Ecuaciones Estructurales (ESEM).

Los estudios 1, 2 y 3 fueron aprobados por el Comité de Ética e Investigación Clínica de la *Fundation Research* de Sant Joan de Déu, CEIC PIC-128-15 de Barcelona (España).

Resultados:

Estudio 1: los resultados de la primera fase permitieron obtener un instrumento adaptado y traducido al castellano mediante un proceso de traducción y retro-traducción por traductores independientes. La traducción de la escala del sueco al castellano y viceversa se desarrolló sin incidencias. El grado de concordancia entre los expertos que participaron en la validez de contenido fue adecuado, obteniendo una concordancia en los tres criterios analizados; claridad (3,66), coherencia (3,89) y relevancia (3,90). Se modificaron tres ítems adaptándolos conceptualmente. La prueba piloto se realizó en 30 pacientes y los resultados fueron satisfactorios.

Los resultados de la segunda fase se obtuvieron en una muestra de 150 pacientes. La media de edad fue de 43,0 años (DE 12,6), siendo el 45,3% mujeres. El 86% de la muestra era de nacionalidad española. La media de la puntuación total de la escala Spanish QPC-IP fue de 89,6 (DE 12,3). Se obtuvo una Alfa de Cronbach de 0,94 para el total del instrumento QPC-IP y valores de 0,52-0,89 para las dimensiones de la escala. El Coeficiente de correlación Intraclass para el cuestionario QPC-IP fue de 0,69, mientras que en las dimensiones individuales se obtuvieron unos valores de 0,62-0,74, indicando una aceptable estabilidad temporal. En términos de validez convergente y discriminante, la dimensión **D1** (Relación terapéutica) y la dimensión **D2** (Participación del paciente) correlacionaron más fuertemente con la escala total ($r=0,902$ y $r=0,892$ respectivamente), y la correlación más fuerte entre las subescalas fue representada con la dimensión **D1** (Relación terapéutica) y dimensión **D3** (Soporte recibido) ($r=0,744$). El análisis factorial confirmatorio de la escala Spanish QPC-IP reveló que los seis factores son idénticos a los de la escala original sueca y los índices de ajuste del modelo son adecuados.

Estudio 2: los resultados de la primera fase obtuvieron resultados satisfactorios en las cuatro etapas. En relación a la validez de contenido, la concordancia del panel de expertos obtuvo resultados adecuados en términos de claridad (3,64), coherencia (3,80) y relevancia (3,87). En la segunda fase del estudio 2 se obtuvo una muestra total de 163 profesionales. La media de edad fue de 38,7 años (DE 10,3), siendo el 57,1% mujeres. Respecto a la categoría profesional, el 39,9% eran enfermeras/os y el 47,2% auxiliares de enfermería, resultando ser el 87,1% del total de la muestra. Los años de media trabajados en la unidad actual fue de 4,3 (DE 5,6). La media de la puntuación total de la escala Spanish QPC-IPS fue de 89,6 (DE 12,3). Se obtuvo una Alfa de Cronbach de 0,92 para el total del instrumento y valores de 0,45-0,85 para las dimensiones de la escala. Respecto a la fiabilidad test-retest, el Coeficiente de Correlación Intraclase fue de 0,91 para el total de la escala, mientras que en las dimensiones se obtuvieron unos valores de 0,68-0,89, indicando buena estabilidad temporal. La validez convergente mostró una correlación positiva ($\rho=0,58$) con la escala NTP 394. El análisis factorial confirmatorio reveló que los seis factores son iguales a la original sueca y presentó un buen ajuste del modelo. Los resultados de la versión castellana demuestran unos resultados adecuados en términos de validez y fiabilidad.

Estudio 3: la primera fase del estudio 3 muestra que el análisis factorial confirmatorio del modelo latente de los tres grupos por separado, no se ajusta adecuadamente. No obstante, el índice de ajuste del modelo del grupo de pacientes suecos es adecuado. En la segunda fase, el análisis mediante ESEM indica mejor ajuste del modelo, no obstante el grupo de pacientes y profesionales españoles obtiene puntuaciones menores al ajuste adecuado. Las cargas factoriales por cada grupo fueron significativas. El factor 3 (ítem 24) presentó mayor carga factorial en las tres muestras de estudio. En contraste, el factor 2 (ítem 1 y 14) mostró una baja carga factorial.

Conclusiones

Esta investigación ha permitido la adaptación y validación de la Spanish QPC-IP y la Spanish QPC-IPS. Estos instrumentos, tal y como se ha indicado,

pretenden medir la calidad de la atención desde la perspectiva del paciente ingresado en unidades de hospitalización psiquiátrica y desde la perspectiva de los profesionales de la salud mental en entornos hospitalarios. Y por tanto, a partir de esta investigación, disponemos de instrumentos adaptados a la lengua castellana y validados en el contexto español.

Estudio 1: el instrumento Spanish QPC-IP permitirá medir de forma fiable y válida la calidad de la atención de la salud mental desde la perspectiva del paciente ingresado en unidades de hospitalización de salud mental. La adaptación y traducción al castellano de la escala Spanish QPC-IP se realizó mediante un proceso consensuado obteniendo resultados adecuados. Tal y como se ha indicado, se modificaron tres ítems de la escala original Spanish QPC-IP para mejorar su comprensión. Durante el proceso de validación de contenido se obtuvieron valores adecuados mediante el consenso entre los observadores. Los resultados garantizaron que los ítems fueran claros, coherentes y relevantes. La escala QPC-IP presentó unas buenas propiedades psicométricas en términos de consistencia interna y aceptables en relación con la estabilidad temporal. La validez convergente y discriminante presentó resultados aceptables entre las diferentes dimensiones de la escala Spanish QPC-IP y también entre el resultado de cada una de las subescalas y la total. Durante el proceso de la validez de constructo, el análisis factorial confirmatorio de la escala Spanish QPC-IP reveló que los seis factores son idénticos a los de la escala original sueca y mostraron un buen ajuste del modelo.

Estudio 2: la escala Spanish QPC-IPS permitirá medir de forma válida y fiable la calidad de la atención de la salud mental en unidades de hospitalización desde la perspectiva del profesional. La adaptación y traducción al castellano de la escala Spanish QPC-IPS se llevó a cabo mediante un proceso consensuado obteniendo resultados adecuados. Se modificaron tres ítems de la escala Spanish QPC-IPS para facilitar su comprensión. La validez de contenido presentó resultados adecuados. Se obtuvieron resultados adecuados en el consenso del comité de expertos, presentando una buena concordancia entre evaluadores. Los resultados garantizaron que los ítems fueran claros, coherentes y relevantes. La escala QPC-IPS presentó unas buenas

propiedades psicométricas en términos de consistencia interna y estabilidad temporal. Los resultados revelaron que la correlación de la escala NTP 394 y la Spanish QPC-IPS presentaron una asociación moderada. Esto indicó que la validez convergente obtuvo resultados aceptables. El análisis factorial confirmatorio reveló los mismos seis factores que la escala original sueca y presentó un ajuste del modelo adecuado.

Estudio 3: Las dos fases del análisis presentaron un mejor ajuste del modelo en la muestra de los pacientes suecos. En la primera fase, tanto el modelo 1 como el modelo 2 no se ajustaron adecuadamente. Se estimó el modelo por cada grupo por separado presentando un ajuste del modelo adecuado para la escala QPC-IP original sueca. En la fase 2, la invarianza configuracional presentó un ajuste moderado. El modelo de los pacientes suecos presentó mayor ajuste que el modelo de pacientes y profesionales de nuestro territorio. Las cargas factoriales para cada grupo fueron significativas.

Palabras clave

Atención al paciente hospitalizado; psiquiatría; análisis factorial; propiedades psicométricas; enfermería; calidad de la atención; profesionales de la salud.

Abstract

Introduction

Western countries are sharing increasing interest in evaluating and improving care quality in the setting of mental health. Nonetheless, little is known about how quality is perceived by patients and professionals in psychiatric inpatient units. There are a number of challenges, one of which is the fact that there is no general consensus on how to define quality, as it is considered a multidimensional concept. Secondly, unlike the concept of patient satisfaction, care quality includes the perspectives of all interested parties.

In order to evaluate care quality, a wide range of instruments have been developed aimed at the general population, the principal construct being satisfaction. Conversely, there are few well-known instruments that have been suitably validated regarding care quality in the setting of mental health and particularly in the hospital setting.

The participation of users and professionals in assessing care quality will make it possible to improve health care and highlight the strengths and weaknesses of the healthcare system.

Objectives

The research has been organised into three studies. The general objectives of study 1 were the translation and adaptation to Spanish of the “Quality in Psychiatric Care-Inpatient” (QPC-IP) questionnaire and the analysis of psychometric properties in a sample of patients admitted to psychiatric inpatient units in two leading hospitals in the province of Barcelona. The general objectives of study 2 were the translation and adaptation to Spanish of the “Quality in Psychiatric Care-Inpatient Staff” (QPC-IPS) questionnaire and the

analysis of the psychometric properties in a sample of professionals working in the aforementioned units. Study 3 analysed the configuration invariance of the items and domains of the “Quality in Psychiatric Care-Inpatients” (Spanish QPC-IP) and “Quality in Psychiatric Care-Inpatient Staff (Spanish QPC-IPS)” questionnaires, and a Swedish items and domains of the “Quality in Psychiatric Care-Inpatient” (Sweden QPC-IP) questionnaire.

Methodology:

Studies 1 and 2 were conducted in two phases. In the initial phase, the questionnaires underwent a process of transcultural adaptation to Spanish, and in the second phase a metric analysis of the questionnaires was conducted by means of a cross-sectional study. The study was conducted in psychiatric inpatient units of the Parc Sanitari Sant Joan de Déu Sant Boi and Parc Sanitari Sant Joan de Déu Numancia.

The first phase was conducted in the first half of 2017 and the second phase during the second half of 2017 and the first six months of 2018.

The first phase of studies 1 and 2 were divided into four stages. The first stage consisted of the translation of the “Quality in Psychiatric Care” questionnaires from Swedish to Spanish by an authorised translator. In the second stage, the content was validated by a process of expert judgement. The panel of experts verified the correct understanding of the items; the clarity, coherence and relevance of each item was evaluated by means of a 4-point Likert scale. Agreement between experts was calculated by means of Kendall's W. In the third stage, a back-translation process was carried out: the Spanish version was translated back to Swedish by another independent professional translator. This was agreed upon with the Spanish and Swedish research teams, as well as with the group of experts. The authors of the original questionnaire analysed the back-translation and compared it with the Swedish version. The final versions of the questionnaires in Spanish were called “Spanish Quality in Psychiatric Care-Inpatient” (Spanish QPC-IP) and “Spanish Quality in Psychiatric Care-Staff” (Spanish QPC-IPS). In the fourth stage, a pilot test was conducted

by which the study population underwent a cognitive interview, with the aim of verifying the comprehension and suitability of the items.

In the second phase, for study 1 (Spanish QPC-IP) 150 patients were recruited, all of whom met the established inclusion criteria: over 18 years of age, with a diagnosis of a mental disorder according to the DSM-V classification, and at the time of the study being an inpatient of one of the psychiatric units (Acute, Sub-acute, Intensive Rehabilitation Department, Residential Centres and Therapeutic community).

In the second phase, for study 2 (Spanish QPC-IPS) a total of 163 professionals were recruited, all of whom met the following inclusion criteria: healthcare professionals (psychiatrists, psychologists, nurses, social workers, occupational therapists, social care workers, monitors, auxiliary nurses, etc.), currently active, working in the psychiatric care units, and who wished to participate voluntarily in the study.

Non-probability sampling was used given that both studies only enrolled patients who wished to participate voluntarily.

The data were collected in situ at the inpatient units.

The socio-demographic and clinical variables were collected, and they were evaluated using the Spanish QPC-IP questionnaire for study 1, and the Spanish QPC-IPS. Additionally, for study 2 (sample of professionals), job satisfaction was evaluated using the NTP 394 questionnaire from Warr, Cook and Wall (1979).

The QPC questionnaires evaluate care quality and comprise six dimensions: therapeutic relationship, patient participation, support received, setting, safety and hospital discharge. They contain 30 items, and each item is evaluated by a four-point Likert scale, where 1 indicates total disagreement and 4 total agreement.

The total score of the questionnaires is the sum of all the scores for the items. The maximum score is 120 points and the minimum 30 points. A high score in

each dimension or in the total for the questionnaire would indicate a highly satisfactory perception of quality by the patient and/or professional, in contrast to a low score, which would justify the need for intervention in the domains.

The NTP 394 questionnaire was developed in 1979 and has been validated in Spanish by Pérez and Fidalgo (1994), obtaining satisfactory results in terms of validity and reliability. It comprises 15 items which are grouped into two sub-questionnaires. Each item is evaluated by means of a seven-point ordinal scale, where 1 indicates a high degree of dissatisfaction and 7 a high level of satisfaction. The sum of the scores for all the items reflects overall job satisfaction, with 15 being the minimum score and 105 the maximum score.

The IBM® SPSS® Statistics 22.0 package was used for the statistical analysis of the data from studies 1 and 2, while EQS® 6.2 was used for the confirmatory factor analysis.

In study 1, a descriptive analysis of the items in the Spanish QPC-IP questionnaire and of the socio-demographic and clinical variables of the sample was conducted.

Reliability was assessed by analysing internal consistency and temporal stability, re-administering the questionnaire to 75 patients after 7-14 days. The correlation analysis for the Spanish QPC-IP questionnaire was conducted with Pearson correlation coefficient, between the different dimensions of the Spanish QPC-IP questionnaire as well as between the results of each one of the sub-questionnaires and the total, with the aim of determining the convergent and discriminant validity. A confirmatory factor analysis was performed.

In study 2, a descriptive analysis was conducted of the items in the Spanish QPC-IPS questionnaire and of the socio-demographic and clinical variables of the sample. Reliability was analysed by internal consistency and temporal stability, re-administering the questionnaire to 93 professionals after 7-14 days. However, the convergent validity was analysed by Spearman's rank correlation coefficient (ρ) of the Spanish QPC-IPS with the NTP 394 job satisfaction

questionnaire administered at the same time. A confirmatory factor analysis was performed.

Study 3 was conducted in the first half of 2019. The sample comprised patients who completed the Spanish QPC-IP questionnaire (150 patients), professionals who completed the Spanish QPC-IPS (163 professionals) and Swedish patients from eight adult psychiatric units who completed the original QPC-IP questionnaire (265 patients). The total sample consisted of 578 participants. The configuration invariance study was conducted in two phases: in the first phase of the analysis, the confirmatory factor analysis was used; and in the second phase, the measuring structure was confirmed with the exploratory structural equation model (ESEM).

Studies 1, 2 and 3 were approved by the Independent Ethics Committee of the Sant Joan de Déu Research Foundation CEIC PIC-128-15 of Barcelona (Spain).

Results:

Study 1: the results of the first phase yielded an instrument adapted and translated into Spanish by a process of translation and back-translation by independent translators. The translation of the Swedish questionnaire into Spanish, and vice versa, was conducted without incident. The level of agreement among the experts who took part in the content validity was adequate, obtaining consensus in the three criteria analysed: clarity (3,66), coherence (3,89) and relevance (3,90). Three items were modified by adapting them conceptually. The pilot test was performed on 30 patients and the results were satisfactory.

The results of the second phase were obtained from a sample of 150 patients. The average age was 43.0 years (SD 12,6) and 45.3% were women. 86% of the sample were of Spanish nationality. The overall mean score for the Spanish

QPC-IP questionnaire was 89,6 (SD 12,3). A Cronbach's Alpha of 0,94 was obtained for the entire QPC-IP instrument and values of 0,52-0,89 for the dimensions of the questionnaire. The intraclass correlation coefficient for the QPC-IP questionnaire was 0,69, whilst values of 0,62-0,74 were obtained in the individual dimensions, indicating an acceptable level of temporal stability. In terms of convergent and discriminant validity, dimension **D1** (Therapeutic relationship) and dimension **D2** (Patient participation) were more strongly correlated with the overall questionnaire ($r=0,902$ and $r=0,892$, respectively), and the stronger correlation between the sub-questionnaires was represented by dimension **D1** (Therapeutic relationship) and dimension **D3** (Support received) ($r=0,744$). The confirmatory factor analysis for the Spanish QPC-IP questionnaire revealed that the six factors are identical to those of the original Swedish questionnaire and the model fit indices are adequate.

Study 2: The result obtained in the first phase was satisfactory in all four stages. As regards content validity, the level of agreement among the expert panel showed adequate results in terms of clarity (3,64), coherence (3,80) and relevance (3,87). The second phase of study 2 included a total sample of 163 professionals. The average age was 38,7 years (SD 10,3) and 57,1% were women. In relation to profession, 39,9% were nurses and 47,2% auxiliary nurses, accounting for 87,1% of the total sample. The mean number of years worked in the current unit was 4,3 (SD 5,6). The overall mean score for the Spanish QPC-IPS questionnaire was 89,6 (SD 12,3). A Cronbach's Alpha of 0.92 was obtained for the entire instrument and values of 0,45-0,85 for the dimensions of the questionnaire. With regard to test-retest reliability, the intraclass correlation coefficient was 0,91, whilst in the individual dimensions, values of 0,68-0,89 were obtained, indicating a good level of temporal stability. The convergent validity showed a positive correlation (0,58) with the NTP 394 questionnaire. The confirmatory factor analysis revealed that the six factors are the same as those of the original Swedish questionnaire and showed good model fit. The results of the Spanish version show adequate results in terms of validity and reliability.

Study 3: The first phase of study 3 shows that the confirmatory factor analysis of the latent model of the three groups individually does not have a good fit. Nevertheless, the model fit index for the group of Swedish patients is adequate. In the second phase, the ESEM analysis indicates a better model fit, although the group of Spanish patients and professionals obtains lower scores than the adequate fit. The factor loadings for each group were significant. Factor 3 (item 24) showed a greater factor loading in all three study samples. In contrast, factor 2 (items 1 and 14) showed a low factor loading.

Conclusions

This research has made it possible to adapt and validate the Spanish QPC-IP and the Spanish QPC-IPS questionnaires. The purpose of these instruments is to measure care quality from the perspective of patients admitted to psychiatric inpatient units and from the perspective of mental healthcare professionals in hospital settings.

Study 1: the Spanish QPC-IP reliably and validly measured the quality of mental health care from the perspective of patients admitted to mental health care inpatient units. The Spanish QPC-IP was adapted and translated into Spanish by means of a consensual process, obtaining adequate results. Three items in the Spanish QPC-IP questionnaire were modified to improve their understanding. During the content validation process, adequate values were obtained through consensus among observers. The results ensured that the items were clear, coherent and relevant. The QPC-IP presented good psychometric properties in terms of internal consistency and acceptable properties in relation to temporal stability. The convergent and discriminant validity showed reasonable results between the different dimensions of the Spanish QPC-IP questionnaire, as well as between the results of each of the sub-questionnaires and the total. During the construct validity process, the confirmatory factor analysis for the Spanish QPC-IP questionnaire revealed that the six factors are identical to those of the original Swedish questionnaire and showed a good model fit.

Study 2: the results of the adaptation and validation process of the Spanish QPC-IPS questionnaire were found to be adequate. The instrument validly and reliably measured the quality of mental health care in inpatient units from the perspective of professionals. The Spanish QPC-IPS was adapted and translated into Spanish by means of a consensual process, obtaining adequate results. Three items in the Spanish QPC-IPS questionnaire were modified to facilitate their understanding. The content validity results were adequate. Adequate results were obtained in consensus among a panel of experts, showing a good level of agreement among evaluators. The results ensured that the items were clear, coherent and relevant. The QPC-IPS presented good psychometric properties in terms of internal consistency and temporal stability. The results of the correlation of the NTP 394 questionnaire and the Spanish QPC-IPS questionnaire revealed a moderate association. This indicated that adequate results were obtained for convergent validity. The confirmatory factor analysis revealed the same six factors as the original Swedish questionnaire and showed an adequate model fit.

Study 3: The two analysis phases showed a better model fit in the sample of Swedish patients. In the first phase, neither model 1 nor model 2 had an adequate fit. The model was estimated for each group separately, showing an adequate model fit for the original Swedish QPC-IP questionnaire. In phase 2, the configuration invariance showed a moderate fit. The model of Swedish patients was found to have a better fit than the model for patients and professionals in Spain. The factor loadings for each group were significant.

Keywords

Hospitalisation; psychiatric inpatients; factor analysis; psychometric properties; nursing; care quality; healthcare professionals;

Introducción

Introducción general

El concepto de calidad asistencial es un concepto ampliamente desarrollado (Campbell, Roland, & Buetow, 2000). Sin embargo, el consenso no es único en lo que respecta a su definición y con múltiples interpretaciones dentro de los sistemas sanitarios. Donabedian (1979) sostiene que la esencia de la calidad está constituida por el equilibrio entre beneficio y perjuicio.

Los primeros hitos en la búsqueda de la calidad de atención en la salud fueron los esfuerzos individuales realizados frente a la adversidad, la oposición profesional y el descrédito (Nancy, 1995). Una enfermera relevante en este campo fue Florence Nightingale, pionera en el campo de la enfermería profesional moderna. En el choque profesional temprano de Nightingale con otras disciplinas, ella apeló y recibió el apoyo del gobierno para seguir sus actividades de evaluación y de mejora de la atención (Nancy, 1995). Otra teórica y enfermera de salud mental, Dorothea Orem, referente en el campo de la enfermería de la salud mental desarrolló una teoría de autocuidado. La teoría de Orem es un punto de partida que ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para brindar una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad.

Según el informe de Mejora de Calidad de la Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (2007), “los objetivos últimos de la mejora de la calidad son el respeto por los derechos de las personas con trastornos mentales, asegurar que se les proporcione los mejores cuidados disponibles basados en la evidencia, aumentar su autoconfianza y mejorar su calidad de vida”.

Las acciones de calidad en el ámbito de la salud mental están orientadas a la mejora de la efectividad, de la práctica asistencial, incorporar la experiencia de los pacientes con los tratamientos, minimizar el riesgo en la asistencia, y mejorar la cultura de la calidad y seguridad de los pacientes y los profesionales.

Es poca la información conocida sobre las opiniones de los pacientes y profesionales sobre la calidad de la atención en entornos de salud mental. (Gigantesco, Morosini, & Bazzoni, 2003; Thapinta, Anders, Wiwatkunupakan, Kitsumban, & Vadtanapong, 2004; Woodring et al., 2004).

La medición de la calidad de la atención desde el punto de vista del usuario y/o profesional mediante cuestionarios es un desafío. En primer lugar, la calidad de la atención es difícil de definir y cuantificar (Beattie, Shepherd & Howieson, 2012). No hay una definición ampliamente aceptada; más bien, es un concepto multidimensional (Hansson, 1989). En segundo lugar, a diferencia del concepto de satisfacción del paciente, la calidad de la atención incluye las perspectivas de todas las partes interesadas (Ljungren, 1998).

Para evaluar la calidad de la atención se han desarrollado un buen número de instrumentos dirigidos a la población general y el constructo principal es la satisfacción. En cambio, son pocos los instrumentos que se conocen y que estén adecuadamente validados entorno a la calidad en el ámbito de la salud mental, y especialmente en el entorno hospitalario. Esta tesis desarrolla el trabajo de investigación que tiene el objetivo por un lado, de adaptar y validar dos instrumentos de medida sobre la calidad de la atención desde la perspectiva del paciente ingresado en psiquiatría y los profesionales de la salud mental, y por otro lado, analizar la invarianza configuracional de la población de estudio con la población de pacientes suecos.

La tesis está estructurada en tres partes claramente diferenciadas. La primera parte, está dedicada a la descripción teórica de la calidad, los determinantes de la salud mental, el impacto de la crisis y los organismos referentes en calidad de nuestro territorio. La segunda parte, desarrolla una revisión sistemática de la literatura sobre la calidad de los estudios y los instrumentos que miden calidad y satisfacción en los entornos hospitalarios, comunitarios y forenses de psiquiatría. Por último, la tercera parte, es una investigación empírica sobre la

adaptación y estudio de propiedades métricas de la forma española de “*Quality in Psychiatric Care-Inpatients*” y “*Quality in Psychiatric Care-Inpatients Staff*” (QPC-IP y QPC-IPS) y la invarianza configuracional de las poblaciones de los estudios con la población de pacientes suecos.

.

Parte I. Fundamentación teórica

1.1. Los problemas de salud mental y sus determinantes

La salud mental es un componente integral y esencial de la salud. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) dice: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.» Una importante consecuencia de esta definición es que considera la salud mental como algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales (Organización Mundial de la Salud, 2013).

La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

En sus orígenes, la enfermedad mental es multifactorial: puede ser de naturaleza genética, puede resultar de una enfermedad o lesión, o puede tener un origen psicosocial. A menudo surge de una combinación de factores biológicos y psicológicos en conjunción con ciertos eventos externos (Cullberg, 1991). Produce un menor nivel de bienestar mental y capacidad funcional, lo cual redundaría en un nivel inferior de calidad de vida y presenta consecuencias sociales tanto para la persona afligida como para sus familiares y/o amigos más cercanos. También se asocia con sentimientos de vergüenza y culpa, que también afectan a los familiares y a las personas cercanas (Vuokila-Oikkonen, Janhonen, & Nikkonen, 2002). La vergüenza y la culpa pueden impedir que la persona busque ayuda (Wiklander, Samuelsson, & Åsberg, 2003) y son un problema para su recuperación, su calidad de vida y su integración social (Vuokila-Oikkonen et al., 2002). En algunos estudios la vergüenza se ha descrito como derivada de una sensación de ser anormal a causa de la

enfermedad (Ahlström & Sjöden, 1996; Goffman, 1990). A menudo, los términos vergüenza y culpa se usan indistintamente (Tangney & Dearing, 2002), pero en realidad la culpa se refiere a los actos de la persona, mientras que la vergüenza se refiere a quién es la persona (Tomkins, 1987).

Encontrarse en un contexto positivo, o disponer de relaciones sociales y un trabajo u otra ocupación pueden ser factores psicosociales de protección que refuerzan la autoestima y el sentido de identidad, contrarrestando la enfermedad mental (Cullberg, 1991). Es evidente que la falta de apoyo y de relaciones sociales afecta negativamente a la salud física y se asocia con diversas enfermedades (Cassel, 1976). La Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2001) ha reconocido las relaciones y el apoyo sociales como promotores de la salud. El apoyo social puede describirse según la salud y los cuidados (Stewart, 1993). En varios estudios se ha descrito la relación entre la integración social, la red social y la salud mental (Simmons, 1994; Skärsäter, Dencker, & Ågren, 1999).

La salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo.

Determinantes de la salud mental

La salud mental individual está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. Por ejemplo, las presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo bien conocido para la salud mental de las personas y las comunidades. Las pruebas más evidentes están relacionadas con los indicadores de la pobreza, y en particular con el bajo nivel educativo. En la Tabla 1 se desarrollan los puntos esenciales de la salud mental.

Tabla 1. Puntos esenciales de los determinantes de la salud

<i>La salud mental es algo más que la ausencia de trastornos mentales.</i>
<i>La salud mental es parte integral de la salud; tanto es así que no hay salud sin salud mental.</i>
<i>La salud mental está determinada por múltiples factores socioeconómicos, biológicos y medioambientales.</i>
<i>Existen estrategias e intervenciones intersectoriales eficaces y rentables de promoción, protección y restablecimiento de la salud mental.</i>

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2013); Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. Ginebra, Suiza.

La mala salud mental se asocia asimismo a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos.

También hay factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona sea más vulnerable a los trastornos mentales. Por último, los trastornos mentales también tienen causas de carácter biológico, dependientes, por ejemplo, de factores genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales.

I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La salud puede ser subjetiva, objetiva o ambas (Ahlfors et al., 2001). En las teorías de la enfermería, la salud es uno de los cuatro metaparadigmas, siendo los otros; la persona, el medio ambiente y los cuidados sanitarios (Meleis, 2011). Desde un punto de vista filosófico, generalmente se reconocen dos perspectivas principales de la salud: la biológica y la holística. En la visión biológica, el interés se centra en el cuerpo biológico y la salud se considera como un estado de funcionamiento físico normal y la ausencia de enfermedad (Boorse, 1977).

Una persona que tiene una enfermedad mental no puede gozar de buena salud. Además, desde una perspectiva holística, el individuo se ve como un todo y se entiende como alguien que tiene intenciones y objetivos en la vida, lo cual da una visión ampliada de la naturaleza de la enfermedad mental. La perspectiva holística sobre la salud está en parte de acuerdo con la definición de salud de Nightingale (1959), que se centra en la capacidad y la fuerza de cada individuo para hacer frente a la vida cotidiana.

Es de esperar que las enfermedades mentales aumenten, así como el número de personas que buscarán ayuda (Organización Mundial de la Salud, 2013). La salud mental debe ser una meta de la atención psiquiátrica, a pesar de ello no se le ha prestado mucha atención (Cullberg, 1991). En cuanto al estudio de la percepción de la calidad de los cuidados médicos por parte del paciente, desde una perspectiva holística, los aspectos importantes son la forma en que el paciente percibe su salud mental y cómo puede potenciarla dentro del contexto de dichos cuidados.

1.1.1. La salud mental en cifras

Según una revisión sistemática de estudios comunitarios en países de la Unión Europea (UE), realizados en Islandia, Noruega y Suiza, el 27% de la población adulta (definida como de 18 a 65 años) había experimentado al menos uno de una serie de trastornos mentales en el último año (esto incluyó problemas derivados del uso de sustancias, psicosis, depresión, ansiedad y trastornos alimenticios) (Wittchen & Jacobi, 2005).

Estas cifras representan un enorme peaje humano de mala salud, estimando 83 millones de personas que se ven afectadas. Sin embargo, incluso estas cifras pueden subestimar la magnitud del problema, ya que sólo se incluyó un número limitado de trastornos y no se recogieron datos sobre los mayores de 65 años, un grupo que tiene un riesgo potencial.

Las tasas para las mujeres son significativamente más altas en comparación con las de los hombres, excepto para los trastornos por uso de sustancias (hombres: 5,6%, mujeres 1,3%) y trastornos psicóticos (estimaciones casi idénticas). Las tasas generales son 33,2 frente a 21,7 (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Estas cifras tampoco capturan la complejidad de los problemas que muchas personas presentan. El 32% de los afectados tenían un trastorno mental adicional, mientras que el 18% tenía dos y el 14% tres o más (Organización Mundial de la Salud, 2014).

1.2. La atención de la salud mental en España

Entre los estudios realizados, se destaca el proyecto ESEMeD-España, se trata de un estudio epidemiológico sobre los trastornos mentales en nuestro país. El estudio se realizó en 2001-2002 y los resultados encontrados muestran una prevalencia-vida para los principales trastornos mentales (depresión, ansiedad y consumo de alcohol) del 19,5% y una prevalencia-año del 8,4%. Los trastornos más prevalentes en los últimos 12 meses fueron los de ansiedad, con una prevalencia-año del 6,2%; en segundo lugar, estaban los trastornos del estado de ánimo, con una prevalencia-año del 4,4% (Haro et al., 2006)

En otro estudio realizado en personas atendidas en las consultas de Atención Primaria de Salud de toda España, se evaluaron los trastornos mentales con criterios DSM-IV en los años 2006 y 2010. Con una muestra de 7.940 pacientes en el año 2006-2007 y otra de 5.876 en 2010-2011 se encontró que había habido un aumento en este periodo de tiempo de un 19,4% de pacientes con probable diagnóstico de trastorno depresivo mayor, así como un aumento del 8,4% para probable trastorno de ansiedad generalizada y un 7,3% para las somatizaciones (Gili, Roca, Basu, McKee, & Stuckler, 2013; Parés-Badell et al., 2014). A pesar de las limitaciones de este estudio, resulta razonable pensar que en ese periodo de tiempo la prevalencia de los trastornos mentales ha aumentado en España. Los autores concluyen que el aumento fue considerablemente mayor en personas con desempleo y dificultades económicas.

Dado que los trastornos mentales comunes más importantes son tan prevalentes y están aumentando, conviene echar un vistazo a sus costes y sostenibilidad del gasto. Una estimación de los costes de los trastornos mentales y neurológicos en España (Parés-Badell et al., 2014) para el año 2010 (a partir de estudios rigurosos publicados sobre cada tipo de enfermedad) alcanzó los 83.749 millones de euros anuales (aproximadamente el 8% del PIB

I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

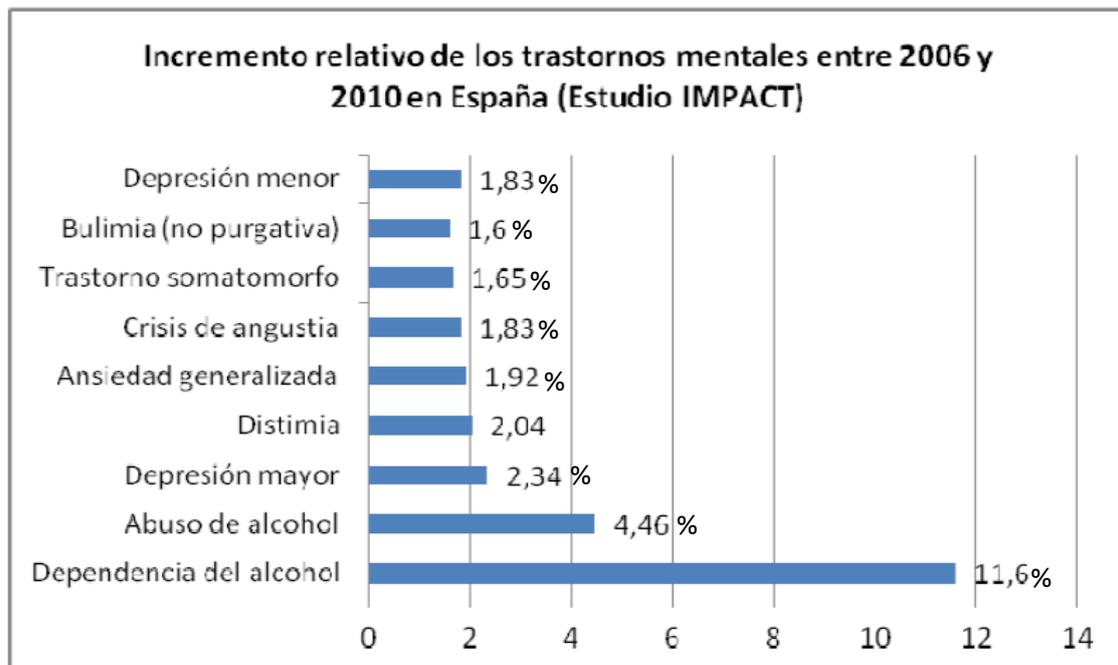
de nuestro país), lo que superó el gasto público sanitario, que fue de 69.357 millones de euros. De acuerdo con los datos de este estudio, los trastornos depresivos, los de ansiedad y las somatizaciones alcanzarían el 2,2% del PIB, con un monto total de 22.778 millones de euros.

1.3. Impacto de la crisis socioeconómica

Según el informe SESPAS 2014, se pone de manifiesto que: “la salud mental se ve negativamente afectada durante los periodos de precariedad económica. Las recesiones económicas ejercen un impacto negativo sobre la salud mental por diversos factores interrelacionados, entre los que el desempleo constituye el principal factor de riesgo.” (Cortès-Franch & González López-Valcárcel, 2014)

Otro estudio de este mismo informe, el estudio IMPACT, ha comparado la prevalencia de trastornos mentales en Atención Primaria en España antes y durante la crisis económica obteniéndose que los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y el abuso de alcohol aumentaron significativamente durante la crisis económica (gráfico 1). Así mismo se produjo un aumento considerable, alrededor del 10%, en el consumo de fármacos antidepresivos entre 2009 y 2012, si bien no se detectó una variación relevante en el número de suicidios en dicho periodo (Gili, García, & Roca, 2014).

Gráfico 1. Impacto de la crisis. Incremento relativo de los trastornos mentales entre 2006 y 2010 en España (Estudio IMPACT)



Fuente: Gili, M., García, J., & Roca, M. (2014); *Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria*, 28, 104-108. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.00>

1.4. La calidad de los cuidados en la salud mental

Tal y como se ha referido en la introducción, Florence Nightingale fue pionera en el campo de la enfermería profesional moderna (Nancy, 1995). Ellis y Whittington (1998) se refieren a su uso explícito y sistemático del método como el "surgimiento de la garantía de calidad en el cuidado de la salud". Contribuyó históricamente en la seguridad de los pacientes y las notables reducciones en la mortalidad como resultado de infecciones en soldados y recién nacidos. Evidenció claras deficiencias en la atención de la salud, y en ellas detectó que eran las principales causas de muerte, en lugar de las características individuales de los pacientes. Las relaciones causales entre el cuidado de enfermería y los resultados de calidad se identifican en su libro "Notas de enfermería" (Nightingale, 1959), una de las primeras fuentes publicadas de conocimiento enfermero. La omnipresencia de la calidad en todo el texto fue evidente y condujo a estimaciones interpretativas fructíferas. Nightingale describió muy bien lo que significa "cuidado apropiado" y "mal cuidado" aunque no utilizó la palabra calidad directamente.

Otra de las teóricas de la enfermería, y especialmente en Salud Mental fue Dorothea Orem. Su teoría de autocuidado es un punto de partida que ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para brindar una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto por personas enfermas, como por personas que están tomando decisiones sobre su salud, y por personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud. Este modelo proporciona un marco conceptual y establece una serie de conceptos, definiciones, objetivos, para intuir lo relacionado con los cuidados de la persona. Orem identificó la calidad en el proceso de identificación de la interrelación enfermera-paciente (Prado, González, Paz, & Romero, 2014).

1.4.1. Concepto de calidad

La calidad es básicamente un concepto neutro derivado de la palabra latina *qualitas*, *-ātis*, y este calco del gr. *ποιότης ποιότης*, definida como propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten, juzgar su valor (Real Academia Española, 2016), y en el habla cotidiana indica algo positivo y deseable (Wilde, Larsson, Larsson, & Starrin, 1994). El concepto de calidad es un concepto ampliamente desarrollado. La calidad de la atención sanitaria es un concepto complejo y multidimensional (Donabedian, 1996; Hansson, 1989; Wilde, Starrin, Larsson, & Larsson, 1993). Muchos investigadores han intentado definirla (Brook, McGlynn, & Shekelle, 2000) y averiguar en qué consiste su núcleo (Campbell et al., 2000). El consenso no es único en lo que respecta a su definición y con múltiples interpretaciones dentro de los sistemas sanitarios. Dependiendo de la estructura disciplinar, la calidad puede entenderse de diversos modos, utilizando distintos términos, clasificaciones y modelos.

Cabe destacar al Dr. Avedis Donabedian como principal investigador en el campo de la calidad de la atención sanitaria. Este autor sostiene que la esencia de tal calidad está constituida por el equilibrio entre beneficio y perjuicio (Donabedian, 1979). También hizo una síntesis de los intentos previos de definir la calidad de la atención sanitaria en la cual los deseos del paciente se refieren a tres factores estrechamente interrelacionados: atención técnica, relación interpersonal y servicios en el entorno de la atención sanitaria.

Muchos investigadores han establecido definiciones que contienen uno o más de los factores de Donabedian. Tales como Campbell et al., (2000) que definen la calidad de la atención según "la capacidad de acceder a una atención eficaz de manera eficiente y equitativa para optimizar los beneficios/bienestar de la salud para toda la población" y "si las personas pueden acceder a las estructuras de salud y los procesos de atención que necesitan y si la atención recibida es eficaz ". La definición tiene dos aspectos porque Campbell et al.,

(2000) diferencian entre el uso del concepto “calidad del cuidado” con referencia a la población y su uso con referencia al individuo. Consideran que este último uso es el más significativo. Esta definición está en línea con Wilde (1994), quien considera que las definiciones más amplias de la calidad tienden a ser vagas y difíciles de poner en práctica y concretar. Para que el concepto de calidad de la atención sanitaria sea claro se necesita una definición más específica. A continuación, se detalla en la Tabla 2 las definiciones de calidad más representativas a lo largo del tiempo:

Tabla 2. Definiciones aceptadas del concepto de calidad

Donabedian (1980)	Calidad asistencial es el modelo de asistencia esperado para maximizar el nivel de bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de beneficios y pérdidas esperadas en todas las fases del proceso asistencial.
Ministerio de Sanidad (1997)	Calidad asistencial es: hacer las cosas adecuadas (qué), a las personas adecuadas (a quién), en el momento preciso (cuándo), y hacer las cosas bien la primera vez.
Consejo de Europa (1998)	Calidad asistencial es el grado por el que el tratamiento dispensado aumenta las posibilidades del paciente de alcanzar los resultados deseados y reduce las posibilidades de resultados indeseados, considerando el estado de conocimiento actual.
OMS (2000)	Calidad asistencial es el nivel de realización de objetivos intrínsecos para mejorar la salud por los sistemas sanitarios y de receptividad a las expectativas legítimas de la población.
Instituto de Medicina (IOM, 2001)	Calidad asistencial es el grado por el que los servicios asistenciales incrementan la posibilidad de resultados de salud deseados para individuos y poblaciones, en concordancia con el conocimiento profesional actual.

Fuente: Council of Europe, 1998; Donabedian, 1980; Institute of Medicine, 2001; National Health Service, 1997; Organización Mundial de la Salud, 2000.

En esta línea la Norma ISO 9001 elaborada por la Organización Internacional para la Normalización (ISO), determina los requisitos para un Sistema de Gestión de la Calidad, que pueden utilizarse para su aplicación interna por las organizaciones.

I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Según el modelo de la norma ISO 9001, la calidad es el “grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos”, entendiéndose por requisito “necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2015).

Por otra parte, según el informe de Mejora de Calidad de la Salud Mental (Druss, 2018), “los objetivos últimos de la mejora de la calidad son el respeto por los derechos de las personas con trastornos mentales, asegurar que se les proporciona los mejores cuidados disponibles basados en la evidencia, aumentar su autoconfianza y mejorar su calidad de vida”.

Las distintas definiciones pueden ser aceptables dependiendo del propósito de su utilización, así como de la naturaleza y el alcance de las responsabilidades de la persona que lo defina (Donabedian, 1980). Las dimensiones de calidad pueden ser extensas respecto las definiciones de calidad, entre ellas, las más representativas se visualizan en la Tabla 3:

Tabla 3. Las dimensiones de calidad

<i>Efectividad</i>	<i>Eficacia</i>	<i>Acceso</i>
<i>Competencia técnica</i>	<i>Equidad</i>	<i>Adecuación</i>
<i>Disponibilidad</i>	<i>Seguridad</i>	<i>Respeto</i>
<i>Oportunidad</i>	<i>Experiencia asistencial</i>	<i>Disponibilidad de la información</i>
<i>Continuidad</i>	<i>Prevención/detección temprana</i>	<i>Evaluación</i>

Fuente: Saturno, P. J. (1999). Quality in health care: Models, labels and terminology. *International Journal for Quality in Health Care*, 11(5), 373-374. <https://doi.org/10.1093/intqhc/11.5.373>

A lo que se refiere a la satisfacción y a las necesidades de los pacientes, las dimensiones de calidad se contemplan en la Tabla 4:

Tabla 4. Concepto de las dimensiones de calidad

Dimensión	Definición
Aceptabilidad	Grado de humanidad y consideración con el que proporciona el tratamiento.
Adecuación	Grado en el que tratamiento se corresponde con las necesidades del paciente.
Satisfacción	Grado en el que el tratamiento y mejoras en la salud del paciente satisfacen sus expectativas.
Experiencia en asistencia del paciente (NHS, 1997)	Importancia de las preferencias y valores de los pacientes individuales y sociedades.
Respuesta centrada en el paciente (IOM, 2001)	
Seguridad	Reducción del riesgo.
Relevancia	Parón general y balance de servicios óptimos que podría alcanzarse, teniendo en cuenta las necesidades y carencias de la población como un todo.
Eficacia	El beneficio posible de una técnica médica proporcionada a un problema médico específico, en circunstancias ideales en un grupo de individuos de una población definida.
Valoración	Grado en que la atención sanitaria eficaz ha sido implantada y alcanzada y se han obtenido resultados.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

El Instituto de Medicina (Institute of Medicine, 2001) amplía el concepto centrándose en las preferencias y valores de los pacientes individuales y de forma grupal. Las dimensiones que se proponen desde el IOM se muestran en la Tabla 5:

Tabla 5. Dimensiones de calidad propuestas por el IOM

<i>Efectividad</i>	<i>Equidad</i>	<i>Eficiencia</i>	<i>Oportunidad</i>
<i>Receptividad centrada en el paciente</i>	<i>Respeto</i>	<i>Seguridad</i>	<i>Continuidad</i>

Fuente: Institute of Medicine, 2001.

El enfoque de Donabedian para describir y evaluar la calidad ha sido ampliamente aceptado, posiblemente uno de los pocos acuerdos en el campo de la calidad asistencial. En el proceso de evaluación de la calidad, Donabedian propone medirla en base a la estructura, a los procesos y a los resultados. Argumentó que “una buena estructura aumenta la probabilidad de un buen proceso, y un buen proceso aumenta la probabilidad de un buen resultado (Donabedian, 1988) (figura 1).

Figura 1. Evaluación de la calidad



Fuente: Donabedian, A. (1988). *The quality of care. How can it be assessed?* JAMA: The Journal of the American Medical Association, 260(12), 1743-1748. ["http://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743"](http://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743)

La estructura fue definida como las características de los escenarios donde se presta la atención y los recursos requeridos para asistencia sanitaria. Se compone por:

- Recursos materiales (instalaciones, capital, equipo, medicamentos, etc...).
- Recursos intelectuales (conocimiento médico, sistemas de información).
- Recursos humanos (profesionales de atención sanitaria).

El proceso significa la utilización de recursos en cuanto a lo realizado en prestar y recibir asistencia. Se clasifica en:

- Procesos relacionados con el paciente (índices de intervención, índices de derivación, etc...).
- Aspectos organizativos (suministro de medicamentos, gestión de listas de espera, pagos del personal sanitario, captación de fondos, etc...).

Los resultados describen los efectos de la atención asistencial sobre el estado de salud de los pacientes y poblaciones y comprende:

- Resultados definitivos (mortalidad, morbilidad, discapacidad o calidad de vida, etc...).
- Resultados intermedios (presión arterial, peso corporal, bienestar personal, capacidad funcional, capacidad para sobrellevar problemas, mejora del conocimiento).

Los autores Shaw & Kalo, (2003) han profundizado en las dimensiones de los procesos de evaluación de la calidad propuestos por Donabedian. En la Tabla 6 se muestran dichas dimensiones.

Tabla 6. Dimensiones en la valoración de calidad asistencial

	Dimensión	Definición de la dimensión
Estructura (inversión)	Acceso	Cómo se distribuyen los recursos en términos de tiempo, lugar y receptividad a las necesidades de las poblaciones.
	Equidad	Ecuanimidad en compartir costes y beneficios.
Proceso	Administración	Cómo se aplican los recursos.
	Eficiencia	Uso de tiempo y recursos.
	Economía	Evitar el gasto injustificado.
	Seguridad	Reducción del riesgo.
	Adecuación	Práctica basada en la evidencia.
	Continuidad	Atención centrada en el paciente.
	Elección, Transparencia, Responsabilidad	Información al paciente/público.
Resultado	Mejora de la salud	Salud de la población.
	Efectividad	Resultado clínico.
	Coste-beneficio	Satisfacer expectativas del público y del personal.

Fuente: Shaw, C., & Kalo, I. (2003). *A Background for National Quality Policies in Health Systems*. Copenhagen: Organización Mundial de la Salud. Oficial Regional en Europa.

1.4.2. La calidad en la salud mental

Las enfermedades mentales son uno de los principales problemas de salud pública en España (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2015). Estar afligido por una enfermedad mental es una experiencia profundamente estresante, a menudo acompañada de sentimientos de vergüenza y culpa, y que afecta la vida cotidiana y no sólo del individuo (Crawford & Brown, 2002; Vuokila-Oikkonen et al., 2002), sino también la de sus familiares (Östman, 2004; Östman & Kjellin, 2002; Tsang, Tam, Chan, & Cheung, 2003).

Se han propuesto diversas definiciones específicas de calidad en la atención en salud mental. Zastowny, Stratmann, Adams, & Fox (1995), la definen como "el grado en que los servicios de salud satisfacen las necesidades, las expectativas y los estándares de atención de los pacientes, sus familias y otros beneficiarios de la atención". Ahlfors et al. (2001), consideran que los factores fundamentales en cuanto a la calidad de la atención son la visión del paciente sobre la atención prestada, el resultado del tratamiento, la actitud del personal, el ambiente de la sala hospitalaria y el servicio de salud mental.

Se observa que es necesario aclarar más el concepto de calidad de la atención: qué aspecto de la calidad, la calidad para quién, y definido por quién (Vuori, 1989). Las definiciones de la calidad de la atención en cada país pueden basarse en valores culturales y tradiciones nacionales (Kunze & Priebe, 1998). Ljungren (1998) y Vuori (1989) señalan que la calidad de la atención puede, además de la satisfacción del paciente, incluir también las perspectivas del personal y los familiares.

El concepto de la calidad de la atención en la profesión de enfermería también ha ido cambiando según la evolución de la profesión. Según los estándares de práctica y estándares de desempeño profesional de enfermería de salud mental actuales (Kane, 2015), el entorno terapéutico, la relación terapéutica y

asesoramiento, la evaluación, el rendimiento profesional, la evaluación de la práctica y salud ambiental son criterios de calidad de suma importancia en el cuidado de las personas con problemas de salud mental.

Las acciones de calidad en el ámbito de la salud mental están orientadas a la mejora de la efectividad, de la práctica asistencial, incorporar la experiencia de los pacientes con los tratamientos, minimizar el riesgo en la asistencia, y mejorar la cultura de la calidad y seguridad de los pacientes y profesionales (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2010). Las estrategias de calidad orientadas en el ámbito de la salud mental se centran en priorizar la prevención de caídas, uso seguro de medicamentos, higiene de manos, prevención y control de infecciones, prevención y manejo de conductas agresivas y conductas restrictivas (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2010).

En una revisión sistemática actual (Sanchez-Balcells et al., 2018), se identificaron instrumentos validados para evaluar el grado de calidad y de satisfacción de los pacientes y profesionales en los ámbitos de la salud mental hospitalaria, comunitaria y penitenciaria. En nuestro territorio, se analiza de forma sistemática mediante el cuestionario de satisfacción Plaensa (Aguado-Blázquez, Cerdà-Calafat, Argimon-Pallàs, Murillo-Fort, & Canela-Soler, 2011), herramienta ad hoc que evalúa la calidad de los servicios y el grado de satisfacción de los pacientes hospitalizados en los servicios públicos de Cataluña, a través de la “Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)”.

Perspectiva de los pacientes sobre la calidad de la atención en el área de la salud mental

Se han realizado pocas investigaciones sobre la perspectiva de los pacientes acerca de la calidad de la atención en el área de la salud mental (Gigantesco et al., 2003; Thapinta et al., 2004; Woodring et al., 2004). Se han expresado dudas sobre el valor de hacer las preguntas pertinentes, por ejemplo, a pacientes mentalmente enfermos con una concepción perturbada de la realidad o aislados (Johansson & Lundman, 2002; Thapinta et al., 2004). Sin embargo, se ha preguntado a pacientes que reciben atención psiquiátrica (Meehan, Bergen, & Stedman, 2002). Recientemente, la opinión del paciente sobre la calidad de la atención ha atraído más interés (Woodring et al., 2004). Sólo los propios pacientes pueden describir sus concepciones de la calidad de la atención según, por ejemplo, el tratamiento, el personal y la accesibilidad de la atención. Tal información puede ser usada para mejorarla (Gigantesco, Picardi, Chiaia, Balbi, & Morosini, 2002; Woodring et al., 2004).

Sin embargo, se sabe poco sobre la forma en que los pacientes perciben la calidad de la atención en el entorno psiquiátrico y sobre la forma en que evalúan el proceso y los resultados de la atención psiquiátrica en el hospital (Gjerden, 1997). Sólo un número limitado de estudios han incluido las opiniones de los pacientes sobre la calidad o la satisfacción en los cuidados (Björkman, Hansson, Svensson, & Berglund, 1995; Hansson, 1989; Hansson, Bjorkman, & Berglund, 1993; Meehan et al., 2002). Los estudios anteriores sobre atención psiquiátrica no se centraban en el concepto de calidad de la atención, sino en lo que es importante en la atención (Hansson et al., 1993), en cuáles son los tratamientos (Hansson et al., 1993) y el servicio ideal (Elbeck & Fecteau, 1990; Meehan et al., 2002) y en la satisfacción con ellos (Ruggeri & Dall'Agnola, 1993).

Investigaciones sobre la perspectiva del paciente acerca de la calidad de la atención que recibían o sobre su satisfacción han demostrado que al parecer

los aspectos más importantes son la relación entre el personal y el paciente (Cleary & Edwards, 1999; Längle et al., 2003; Richmond & Roberson, 1995) y el respeto por sus derechos y privilegios (Längle et al., 2003). Hansson et al., (1993) encontraron que el tratamiento ideal en la atención hospitalaria dependía de seis factores: la relación paciente-personal, el contenido del tratamiento, la influencia del paciente, las actividades, la atmósfera de la sala hospitalaria y la competencia del personal. Björkman et al., (1995) encontraron que el tratamiento ideal en la atención ambulatoria dependía de ocho factores: la relación con el personal, la continuidad de la atención, la profesionalidad del personal, la accesibilidad de la atención, el contenido del tratamiento, la información/influencia del paciente, el ambiente del tratamiento y el coste de la atención.

Perspectiva de los profesionales sobre la calidad de la atención en el área de la salud mental

Se ha prestado poca atención a la investigación de las concepciones profesionales y la evaluación del contenido y la calidad de la atención psiquiátrica (DeMarco et al., 2004). Sin embargo, se ha demostrado que las diferentes profesiones involucradas tienen distintos puntos de vista sobre lo que caracteriza la calidad de la atención (Campbell et al., 2000; DeMarco et al., 2004; Donabedian, 1969). A pesar de esta discrepancia, se espera que cooperen para dar al paciente una buena calidad de atención y servicio. Andersson (1995) señala que, por lo tanto, es necesario tener en cuenta los significados atribuidos al concepto de calidad de la atención por diferentes profesionales y posteriormente alcanzar un consenso. Donabedian (1980) es de la misma opinión y considera que el significado dado a la calidad de la atención dentro del contexto en particular debe ser especificado antes de que dicha calidad pueda ser evaluada.

Existe poca información acerca de las concepciones de los profesionales sobre la calidad de la atención (DeMarco et al., 2004) o de sus opiniones sobre su garantía (Valenstein et al., 2004). Existen estudios previos que se han centrado

en confrontar las ideas de los psiquiatras con las de otros médicos respecto de la prestación de una atención de alta calidad (Edlund, Belin, Tang, Liao, & Unützer, 2005), en comparar las percepciones de los miembros del equipo de salud mental en términos de la calidad de la atención con las percepciones de los pacientes (DeMarco et al., 2004), en los obstáculos que puedan dificultar la calidad de la atención (Mason, Williams, & Vivian-Byrne, 2002) y en la evaluación de la satisfacción de los profesionales con los servicios comunitarios de salud mental (Ruggeri & Dall'Agnola, 1993).

En resumen, no se han encontrado estudios sobre las concepciones de las personas atendidas ni de los profesionales acerca del concepto de calidad de la atención en los cuidados psiquiátricos en nuestro país. No obstante, es muy importante adquirir conocimientos sobre tales concepciones. Por lo tanto, es necesario realizar más investigaciones sobre los casos en que hay personas involucradas que requieren atención en salud mental. Las descripciones por parte de las personas atendidas respecto a lo que constituye la calidad de la atención son una información importante para el personal y la organización a la hora de mejorar la calidad de la atención y el desarrollo de las intervenciones. Además, las concepciones de las personas atendidas sobre la calidad de la atención pueden compararse con las de los profesionales y las de los familiares, dando lugar así a un panorama general de la calidad de la atención en el ámbito de la salud mental. Para resumir: al igual que para la investigación sobre la perspectiva de los pacientes, no ha surgido un patrón claro en cuanto la forma de como perciben los profesionales el concepto de calidad de la atención, tampoco se ha encontrado ningún estudio sobre la manera en que las personas y sus familiares perciben dicho concepto. De tal manera que existe una clara necesidad de investigar más en este campo para identificar de qué manera, el equipo referente, por un lado, y la persona y sus familiares por otro, perciben el concepto de calidad de la atención en el área de hospitalización psiquiátrica, con el fin de obtener una visión general de lo que implica dicha calidad.

1.4.3. La calidad versus la satisfacción

El concepto de calidad de la atención a menudo se ha utilizado indistintamente con el de la satisfacción del paciente. En la evaluación de la calidad de la atención, el concepto se ha usado como satisfacción del paciente (van Campen, Sixma, Friele, Kerssens, & Peters, 1995), pero la evidencia científica sugiere ciertas controversias sobre si esto es apropiado (Längle et al., 2003).

Aunque son términos próximos conceptualmente, la satisfacción y la calidad percibida, muestran ciertas diferencias entre sí. En ambos conceptos se supone que el paciente realiza una comparación entre el servicio que recibe con algún tipo de estándar, lo cierto es que se hipotetiza que la satisfacción tiene como antecedente las expectativas relacionadas con las necesidades y preferencias del paciente, mientras que en el caso de la calidad percibida, la comparación se realiza con expectativas más próximas a lo que desearía el paciente que sucediera y que se forman durante experiencias previas en la recepción de estos servicios. Conceptualmente, la teoría más aceptada para justificar la satisfacción es la “desconfirmación de expectativas” (Cadotte, Woodruff, & Jenkins, 1987; Cardozo, 1965; Oliver, 1980) mientras que la calidad percibida se define a partir del “modelo de desajustes” (diferencia matemática entre lo que se espera y lo que se obtiene). En este caso, las expectativas combinan lo que se espera que suceda, lo que se desea y lo que se considera una prestación mínima aceptable según cada caso. Los pacientes, conforme a esta idea, poseerían una idea del nivel mínimo de calidad aceptable que esperan recibir y una estimación de lo que probablemente recibirán. Es lo que se denomina “zona de tolerancia” de la calidad del servicio que se espera recibir y que representa lo que es considerado por el paciente.

Algunos investigadores consideran que la satisfacción depende demasiado de lo que el paciente espera de los cuidados (Bond & Thomas, 1992; Williams, 1994; Williams & Wilkinson, 1995). Por el contrario, Sixma, Kerssens, Campen, & Peters (1998) opinan que la satisfacción del paciente es un concepto multidimensional basado en la relación entre las expectativas y las

experiencias. Sin embargo, algunos investigadores se centran en la (de) satisfacción del paciente en lugar de hacerlo en las expectativas y las experiencias. En cuanto a la atención psiquiátrica, Ruggeri & Dall'Agnola, (1993) definen la expectativa como "la importancia atribuida a los diversos aspectos para recibir una atención satisfactoria". Lebow (1983) define la satisfacción del paciente como la medida en que los servicios satisfacen sus deseos en cuanto a estructura, proceso y resultado.

La satisfacción suele ser entendida como el componente afectivo de la actitud (Linder-Pelz, 1982) y hace referencia a un juicio global, mientras que la calidad percibida hace referencia a aspectos más específicos de la prestación de servicios (Hurley & Estelami, 1998; Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988). Mientras que los componentes de satisfacción son variables en función del tipo de servicio de que se trate, la calidad percibida se tiene que considerar como componente de tangibilidad, de capacidad de respuesta, de fiabilidad, de seguridad y de empatía. Los antecedentes de la satisfacción suelen ser procesos cognitivos y emocionales como equidad, atribuciones o análisis coste-beneficio y los antecedentes de la calidad percibida la imagen que se posea de los servicios (creada a partir de las experiencias, de la publicidad y del boca a boca, fundamentalmente).

Las relaciones entre satisfacción y calidad percibida han sido analizadas teóricamente con detalle por Oliver (1980) y sometidas empíricamente por diferentes autores. En ellas cabe destacar las apreciaciones de de Ruyter, Bloemer y Peeters (1997) utilizaron una versión del cuestionario *SERVQUAL*, en la que las expectativas fueron formuladas también en forma que expresaban lo que los pacientes esperaban encontrar en la consulta. De sus resultados, se desprende que la calidad del servicio es un antecedente de la satisfacción y que el indicador fundamental del nivel de calidad percibida es precisamente, la percepción que de la experiencia se haya formado el paciente.

Las encuestas de satisfacción constituyen en la actualidad una medida añadida del resultado de la intervención sanitaria que llega a tener repercusión

económica de distinta magnitud en las organizaciones sanitaria según los países (Buil & Mira, 1996). Aunque los cuestionarios de satisfacción del paciente se han extendido enormemente y aparecen sus resultados en casi todas las memorias anuales de los centros e instituciones, existen algunas dudas razonables respecto a su solidez teórica (en base a un desarrollo teórico), consistencia interna, sensibilidad, metodología más apropiada para aplicarla (sabemos que las cuestiones generales aumentan la satisfacción mientras que las concretas la disminuyen), validez respecto de cómo valoran los pacientes los servicios sanitarios, su capacidad para discriminar bajo determinados supuestos los pacientes satisfechos de los insatisfechos (por ejemplo, en el caso de pacientes que reciben “malas noticias”), sobre si las propias encuestas responden más a planteamientos de los profesionales que a las preferencias de los pacientes, o sencillamente sobre su utilidad ya que en muy pocos casos los resultados de estas encuestas se traducen en planes o actuaciones de mejora en los centros.

La investigación sobre todas estas cuestiones sigue abierta (Avis, Bond, & Arthur, 1997; Sixma, Spreeuwenberg, & van der Pasch, 1998) y es cada día más evidente, la necesidad de reformular los instrumentos de medida para incorporar las expectativas de los pacientes, en definitiva, lo que los pacientes consideran más importante (Mira, Galdón, & García, 1999; van Campen, Sixma, Kerssens, Peters, & Rasker, 1998)

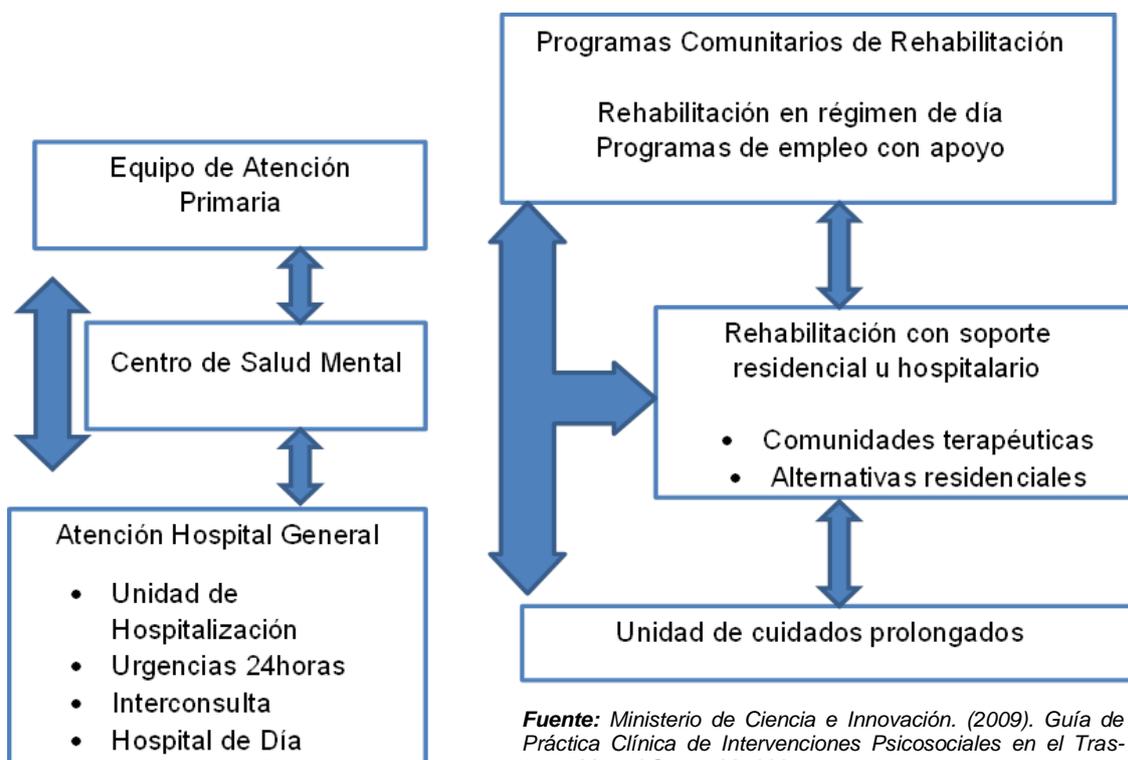
El manuscrito de esta sección ha sido enviado y en vías de la segunda revisión en la revista Rol de Enfermería (Setiembre, 2018). Ver apartado financiación y difusión de la investigación.

1.5. Marco legislativo español relacionado con la salud mental

En España, la atención de salud mental se rige por leyes, planes y estrategias (Artículo 43 de la Constitución Española del 1978, Ley General de Sanidad-Ley 14/1986; capítulo 1º y 3º- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Declaración de Madrid de 1996, El Real Decreto 63/1995, Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, Ley de Enjuiciamiento Civil y Código Civil, Ley de ordenación sanitaria de Cataluña, y la más reciente, la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social).

En Cataluña, la atención de salud mental se presta a través de una multiplicidad de entidades proveedoras de características diferentes (hospitales generales, hospitales psiquiátricos, fundaciones, asociaciones de profesionales), que conforman la Red de Salud Mental creada por el Decreto 213/1999, de 3 de agosto, del Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Los dispositivos de salud mental se representan en la figura 2.

Figura 2. Red de dispositivos de Salud Mental



I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Los usuarios pueden tener un primer contacto con los equipos de atención primaria, y si es necesario se derivarán a los servicios de psiquiatría especializados o bien en situaciones de crisis, se contactarán directamente con la red de urgencias del territorio. El seguimiento se realiza a través de centros de salud mental ambulatorio, aunque en momentos de crisis las personas pueden ser derivadas a unidades de hospitalización. Según el tiempo que requiera la persona en recuperarse, será ingresada en unidades de corta estancia a unidades de larga estancia (agudos, subagudos, servicio de rehabilitación comunitaria de larga estancia, comunidad terapéutica, Ilar residencia,...).

La característica distintiva de la atención de salud mental es el papel central que desempeña la relación paciente-personal asistencial. Otra característica que distingue los cuidados psiquiátricos de otros es el elemento de coacción. Según la ley (Ley de Enjuiciamiento Civil y Código Civil), la atención de salud mental puede ser forzada a algunos pacientes en particular. Sin embargo, el propósito general de la atención de la salud mental es promover la curación y la rehabilitación, así como la ayuda a hacer frente a la vida cotidiana, mediante el apoyo y la comprensión (Koivisto, Janhonen, & Vaisanen, 2004).

Los cambios que han ocurrido en la atención de salud mental en los últimos años destacan la importancia de contribuir a la mejora de la salud y en la disminución de las desigualdades sociales de estos colectivos, identificando sus necesidades de manera integral, mejorando su atención e incrementando su integración, lo cual significa que es más importante que nunca que haya una visión compartida de la calidad de la atención. Además, debe haber un debate continuo sobre la manera de mejorar dicha calidad. Por último, la mejora de la calidad de la atención requiere el desarrollo sistemático de un instrumento a partir de la perspectiva del paciente.

1.6. Los organismos de calidad asistencial

En España, diversas leyes y reglamentos indican la importancia del desarrollo de la calidad como la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en la que se establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud (SNS). La Ley define un núcleo común de actuación del SNS y de los servicios de salud que lo integran. Sin interferir en la diversidad de fórmulas organizativas, de gestión y de prestación de servicios consustancial con un Estado descentralizado, se pretende que la atención al ciudadano por los servicios públicos sanitarios responda a unas garantías básicas y comunes.

De esta forma, la ley crea o potencia órganos especializados, que se abren a la participación de las comunidades autónomas; tales como, la Agencia de Evaluación de Tecnologías, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, la Comisión de Recursos Humanos, la Comisión Asesora de Investigación en Salud, el Instituto de Salud Carlos III, el Instituto de Información Sanitaria, la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Observatorio del Sistema Nacional de Salud.

En los últimos años ha habido un creciente interés en la evaluación de la calidad de los cuidados sanitarios, así como en la garantía de la calidad, y se han adoptado diversas medidas tanto a nivel nacional como internacional (Organización Mundial de la Salud, 2013, 2014).

En España, diversos organismos han establecidos estrategias de calidad a nivel nacional con tal de ayudar a los centros sanitarios a continuar mejorando la calidad y desarrollar esfuerzos de garantía de calidad.

I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La Agencia de calidad para el Sistema Nacional de Salud ha establecido los Planes de Calidad que están previstos en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. El principal objetivo del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud es dar respuesta a los retos que tiene planteados el Sistema Nacional de Salud, incrementando la cohesión del sistema; garantizando la equidad en la atención sanitaria a los ciudadanos, con independencia del lugar en el que residan; y asegurando que esta atención sea de la máxima calidad. Se estructura en 6 grandes áreas de actuación: protección, promoción de la salud y prevención, fomento de la equidad, apoyo a la planificación y el desarrollo de los recursos humanos en salud, fomento de la excelencia clínica, utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención a los ciudadanos y mayor transparencia.

Durante los primeros años del Plan de Calidad los esfuerzos se han concentrado en las áreas de promoción de la salud, equidad, excelencia clínica, historia clínica digital y sistemas de información. El método que se ha seguido ha sido el trabajo conjunto con expertos, comunidades autónomas, sociedades científicas y asociaciones de pacientes y sociales, buscando el acuerdo y la implicación de todas las partes. De esta forma, se han puesto en marcha estrategias para la atención al parto normal y para las enfermedades con mayor prevalencia o carga de invalidez. También se han puesto en marcha proyectos para prevenir la aparición de esas enfermedades, como los dirigidos a mejorar los hábitos de alimentación, promover el ejercicio físico y prevenir los accidentes domésticos. La seguridad de los pacientes y la mejora de la práctica clínica son otras áreas prioritarias del Plan de Calidad.

El Plan tiene presente que el concepto de calidad de un Sistema de Salud incorpora atributos como la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la garantía de que la atención sanitaria se preste en el momento oportuno y también la garantía de que los pacientes tengan una participación informada en las decisiones relacionadas con su salud. Otros componentes de la calidad de un sistema de salud son la excelencia clínica, la medicina basada

en la evidencia y la seguridad de los pacientes. También forman parte del concepto de calidad la equidad y la utilización eficiente de los recursos. Todos estos atributos de la calidad se encuentran presentes en las 6 áreas y 12 estrategias del Plan de Calidad del Sistema Nacional 2010. Se pueden observar en la siguiente Tabla 7.

Tabla 7. Atributos de calidad establecidos por el Plan de Calidad

1	Protección, promoción de la salud y prevención.
2	Fomento de la equidad.
3	Apoyo a la planificación y el desarrollo de los recursos humanos en salud.
4	Fomento de la excelencia clínica.
5	Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención a los ciudadanos.
6	Aumento de la transparencia.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España. (2009). Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010. Balance de actividades y acciones previstas.

En Cataluña existe, la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQUAS) es una entidad de derecho público de la Generalidad sometida al ordenamiento jurídico privado, adscrita al Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña, con personalidad jurídica propia, autonomía administrativa y financiera y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus objetivos y sus funciones.

Para lograr sus objetivos, y de acuerdo con el artículo 3 del Decreto ley 4/2010 de 3 de agosto, de medidas de racionalización y simplificación de la estructura del sector público de la Generalidad de Cataluña, corresponde a la agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña el desarrollo de las siguientes funciones:

- a) Definir, de acuerdo con las directrices del departamento competente en materia de salud, impulsar y desarrollar la estrategia del sistema de información para el sistema sanitario que facilite a la Administración sanitaria la información necesaria para la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria y gestionarla generando conocimiento del sistema.

- b) Medir, evaluar y difundir de manera pública y transparente los resultados globales alcanzados en salud y en el ámbito de la asistencia sanitaria por los diferentes agentes que integran el sistema de salud, a partir de la gestión del sistema integrado de información de salud en Cataluña, configurado por la información de naturaleza administrativa y estadística que contienen los registros y sistemas de información del departamento y de los organismos competentes en materia de salud, los de los centros, servicios y establecimientos sanitarios y los de los profesionales sanitarios.

Las tareas de evaluación de los resultados y la calidad alcanzada en el ámbito de la asistencia sanitaria prestada a la ciudadanía de Cataluña por los diferentes agentes integrantes del sistema de salud de Cataluña incluyen la eficacia, la seguridad, el coste, la eficiencia y las consecuencias de la introducción de tecnologías médicas y asistenciales, así como de nuevos tratamientos, procedimientos organizativos y asistenciales, de medicamentos y de la propia investigación sanitaria e innovación para poder disponer de una correcta descripción y análisis de la situación y emitir recomendaciones para la toma de decisiones corresponsables al servicio de la calidad de la atención sanitaria prestada a los ciudadanos, así como convertirse en referente en el diseño y el desarrollo de las acciones en materia de calidad previstas en el capítulo VI de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

- c) Establecer y gestionar un sistema de información integrado sobre los profesionales que desarrollan su actividad en Cataluña, por cuenta propia o ajena, en centros públicos y privados, que responda a las necesidades de la Administración sanitaria para el ejercicio de sus competencias, especialmente en materia de planificación, acreditación, organización de recursos sanitarios y de desarrollo profesional, y a partir del cual nutrir el Registro estatal de profesionales sanitarios y formalizar las aportaciones de los datos necesarios para el mantenimiento y desarrollo del sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de

Salud, en los términos del artículo 53 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

- d) Diseñar, aprobar, poner en práctica y supervisar las acciones relativas a la seguridad de la información del departamento competente en materia de salud y de sus entes y organismos. Con este fin el *AQUAS* deberá velar para garantizar que el uso de las tecnologías de la información y de los sistemas de información al Departamento de Salud y los entes y organismos que están adscritos se lleve a cabo con parámetros adecuados de seguridad; así como velar por que el tratamiento de los datos de carácter personal en el ámbito del Departamento de Salud y de los entes y organismos que están adscritos se realice, de conformidad con la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal, en materia de estadística de interés de la Generalidad, de acuerdo con lo dispuesto en la legislación sectorial aplicable, y siguiendo las directrices estratégicas a adoptar en materia de seguridad de la información proporcionadas por el Comité de Seguridad de la información de la Generalidad de Cataluña.

Por último, cabe destacar las unidades y comités de calidad de los diferentes centros sanitarios del territorio. Son grupos interdisciplinarios de profesionales que se constituyen con el fin de fomentar el conocimiento basándose en la evidencia científica y el consenso profesional para facilitar la consecución de los objetivos establecidos por los centros.

Parte II. Revisión sistemática

II. Revisión sistemática

En las últimas décadas, ha aumentado en el ámbito internacional el interés por los resultados reportados por los pacientes (PRO), incluida la satisfacción con los servicios de salud mental (Boyer et al., 2009, 2013). El Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención en el Reino Unido amplió la definición de calidad en sus directivas (National Collaborating Centre for Mental Health, 2006, 2010) teniendo en cuenta las experiencias de los usuarios del servicio. Sin embargo, muchas de las guías utilizadas no priorizan las preferencias de los usuarios (Chong, Chen, Naglie & Krahn, 2009; Shaneyfelt & Centor, 2009; van Weeghel et al., 2011).

La evaluación de la atención desde la perspectiva del paciente permite establecer hechos basados en fenómenos complejos de atención (Manary, Boulding, Staelin, & Glickman, 2013). Los resultados de las experiencias de los pacientes se pueden usar para comparar el funcionamiento de las unidades, monitorear la efectividad de las intervenciones, establecer clasificaciones de hospitales y asegurar el financiamiento para la investigación y la innovación. Los resultados proporcionan evidencia científica para mejoras en los equipos clínicos (Locock et al., 2014). La medición de la experiencia del paciente puede ofrecer soluciones y/u oportunidades para mejorar la atención hospitalaria. La evaluación de la calidad de la atención por parte de profesionales proporciona información sobre la relación terapéutica formada con los pacientes, el entorno y su impacto en la práctica de la atención y las relaciones con los equipos y administradores (Laker et al., 2012).

La medición de la calidad de la atención desde el punto de vista del usuario y/o profesional mediante cuestionarios es un desafío. En primer lugar, la calidad de la atención es difícil de definir y cuantificar (Beattie, Shepherd & Howieson, 2012). No hay una definición ampliamente aceptada; más bien, es un concepto multidimensional (Hansson, 1989). Las dimensiones propuestas por el Instituto de Medicina (Institute of Medicine, 2001) para definir la calidad de la atención en

II. REVISIÓN SISTEMÁTICA

salud son la efectividad, la equidad, la continuidad, la puntualidad, la orientación al paciente y la seguridad.

En segundo lugar, a diferencia del concepto de satisfacción del paciente, la calidad de la atención incluye las perspectivas de todas las partes interesadas (Ljungren, 1998). En conclusión, un paciente puede estar razonablemente satisfecho con un servicio sin creer que sea de una calidad particularmente alta.

La experiencia del profesional en el ámbito de la salud mental se puede considerar como algo a tener en cuenta y se puede usar como un indicador adicional de la calidad de la atención de salud mental (Arnetz, 1999). Sin embargo, se ha demostrado que las diversas disciplinas profesionales involucradas en la salud mental tienen diferentes puntos de vista con respecto a lo que constituye la calidad en la atención (Campbell et al., 2000; DeMarco et al., 2004). Los resultados de otro estudio (Mason, Lovell & Coyle, 2008) sugirieron que la perspectiva de las enfermeras en relación con la calidad de la atención se centra en las relaciones interpersonales, mientras que la de otros profesionales se centra en las estructuras organizativas.

Finalmente, los instrumentos que miden la atención de salud mental deben ser tan válidos como fiables. La medición de la calidad de la atención es una parte importante de la atención psiquiátrica, por lo que es vital demostrar que la atención proporcionada cumple con los requisitos de calidad (Shaw, 1997) y garantizan que el paciente reciba atención de alta calidad (Grol, 1996). Los resultados de estas mediciones son cada vez más utilizados por la administración y los profesionales sanitarios con el fin de mejorar la atención de salud (Stump, Dexter, Tierney & Wolinsky, 1995). Uno de los instrumentos más conocidos y controvertidos es SERVQUAL (Parasuraman et al., 1988) que mide la calidad del servicio desde el punto de vista del receptor de atención. SERVQUAL también se ha aplicado en el campo de la atención de salud en numerosos estudios (Tucker et al., 2007). Sin embargo, muchos estudios han encontrado que SERVQUAL no cubre todas las dimensiones de la atención profesional y deben agregarse dimensiones complementarias que representan

aspectos de atención más técnicos que son vitales en la atención de salud (Lee, Delene, Bunda, & Kim, 2000).

El valor de esta revisión psicométrica es ayudar con la toma de decisiones con respecto a la elección adecuada de los instrumentos. La consideración de los puntos de vista tanto del paciente como del profesional es fundamental en la evaluación de la calidad de la atención.

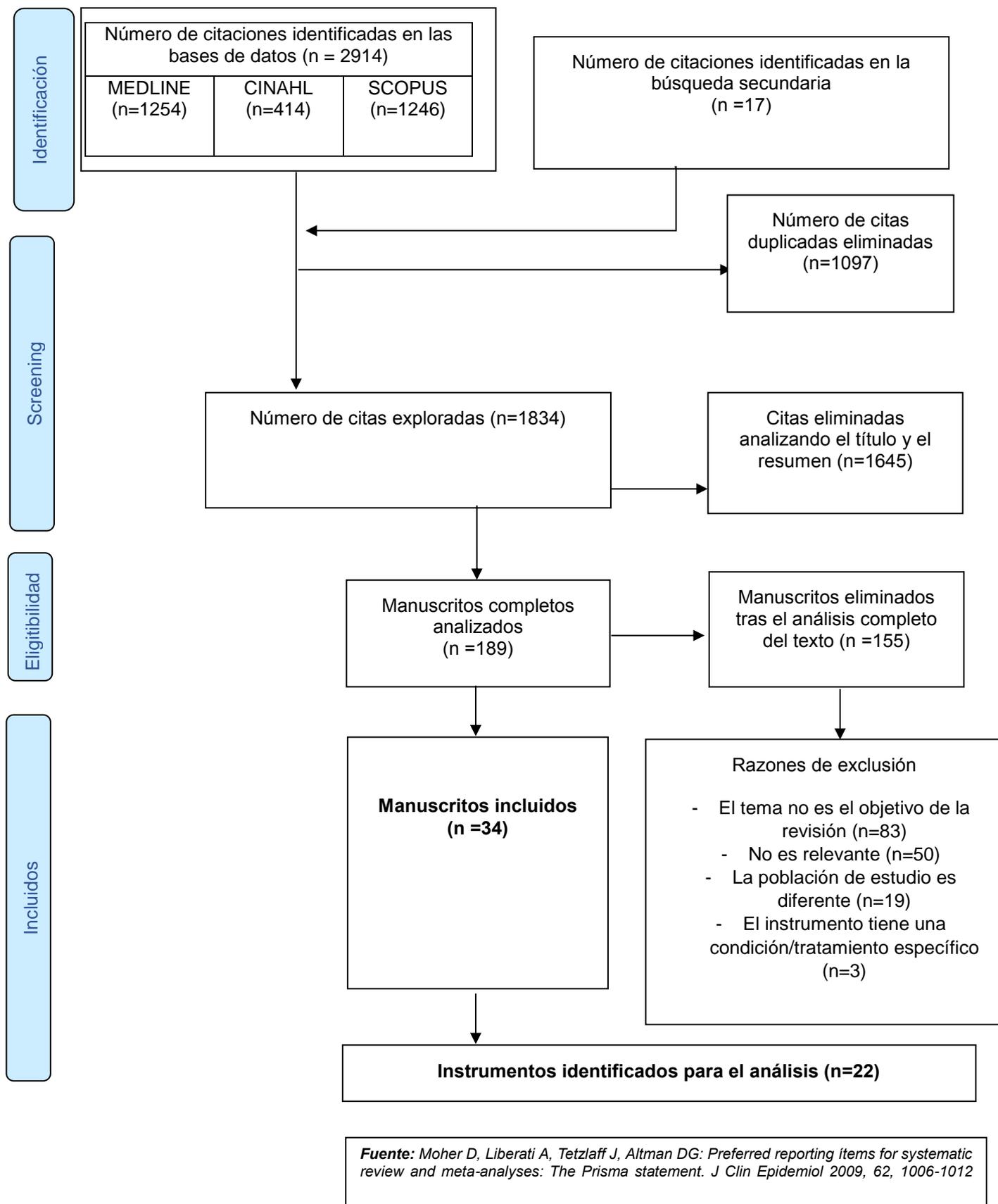
2.1. Objetivos

Los objetivos de esta revisión fueron: (i) identificar instrumentos que investigan la calidad/satisfacción con la atención en salud mental; (ii) evaluar la calidad metodológica de cada estudio; (iii) analizar las propiedades psicométricas de los instrumentos desde las perspectivas de pacientes y profesionales.

2.2. Diseño de la revisión

Se realizó una revisión sistemática psicométrica y se enmarcó de acuerdo con los estándares basados en el consenso para la selección de instrumentos de medición de la salud (COSMIN) (Mokkink et al., 2010). Además, el estudio siguió el esquema preferido para las revisiones sistemáticas y el metanálisis (Liberati et al., 2009). La búsqueda del estudio y el proceso de selección se presentan en la Figura 3. Esta revisión se registró en PROSPERO (número de registro CRD42016033859).

Figura 3. Diagrama modificado de los resultados obtenidos según los estándares de PRISMA



2.3. Métodos de búsqueda

De acuerdo con la estrategia de búsqueda recomendada por Terwee, Jansma, Riphagen and De Vet (2009), clasificamos las palabras clave y los descriptores mesh con tres filtros de búsqueda relacionados con el siguiente constructo: calidad, población de salud mental e instrumento de medición (ver Tabla 8).

Tabla 8. Estrategia de búsqueda con bases de datos

Medline	Cinahl	Scopus
# 1	Filtro de constructo	
# 2	Filtro de población	
# 3	Filtro de instrumento	
# 4	#1 AND #2 AND #3 AND filtros adicionales (idioma, periodo, y tipo de estudio)	

Fuente: Terwee, C. B., Jansma, E. P., Riphagen, I. I., & de Vet, H. C. W. (2009). Development of a methodological PubMed search filter for finding studies on measurement properties of measurement instruments National Library of Medicine. *Quality of Life Research*, 18, 1115-1123.

Los términos para cada búsqueda se muestran en la Tabla 9.

Tabla 9. Clasificación de los términos de búsqueda según la metodología propuesta por Terweem Jansma, Riphagen & de Vet, 2009

#1 Constructo	#2 Población	#3 Instrumento
Quality of Health care*	Mental Health Services*	Surveys and questionnaires*
Quality of care	Hospitals, Psychiatric*	Measures
Psychiatric care	Mental Health	Psychometrics*
evaluation Psychiatric care	Psychiatry	Instrument validation
Quality of mental health care	Inpatient *	

* Descriptores Mesh

Fuente: Terwee, C. B., Jansma, E. P., Riphagen, I. I., & de Vet, H. C. W. (2009). Development of a methodological PubMed search filter for finding studies on measurement properties of measurement instruments National Library of Medicine. *Quality of Life Research*, 18, 1115-1123.

II. REVISIÓN SISTEMÁTICA

Se analizaron los artículos publicados desde enero de 2005 hasta septiembre de 2016. Se consideraron los últimos diez años para asegurar el enfoque en la literatura más reciente, dado que uno de nuestros objetivos era determinar la situación actual con respecto a esta situación. También se realizaron búsquedas secundarias utilizando las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados.

2.4. Resultados de la búsqueda

Criterios de inclusión:

- Publicados en inglés, portugués y español.
- Artículos originales que utilizan un instrumento para evaluar la calidad de la salud mental. El concepto de interés fue la calidad de la atención: incluidas las definiciones y conceptualizaciones de calidad y satisfacción, definidas desde la perspectiva de los pacientes y/o profesionales.
- Artículos que describen las propiedades psicométricas de los instrumentos y/o se refieren al proceso de validación de escala.
- Versiones transculturales y traducidas de los instrumentos.

Criterios de exclusión:

- Se excluyeron las revisiones de literatura y las revisiones sistemáticas; estas solo fueron utilizados en la búsqueda de referencias.
- Instrumentos desarrollados para su uso en sujetos menores de 18 años.

La información de los artículos fue clasificada en tablas de evidencia. Estas Tablas se crearon siguiendo un formato estandarizado para estructurar la información y facilitar el análisis (Beattie, Lauder, Atherton, & Murphy, 2014). La información sobre los instrumentos se extrajo de las versiones más recientes de los artículos. Dos revisores (SSB¹ y JRM²) seleccionaron de forma independiente los títulos y los resúmenes de todos los registros recuperados según los criterios de inclusión. Solo el 10% de los artículos que cumplieron con los criterios de inclusión fueron revisados por un segundo revisor.

Obtuvimos los textos completos de todos los registros potencialmente elegibles. El acuerdo entre los dos revisores se evaluó según el valor Kappa de Cohen, calculado utilizando el software SPSS v18.0 (IBM Corporation, 2013) (Cohen 1960; Landis & Koch, 1977). El valor de consenso estaba entre 0.81-1.00 (Landis & Koch, 1977).

2.4.1. Valoración de la calidad de los estudios

La lista de verificación COSMIN (www.cosmin.nl) (Estándares basados en el consenso para la selección de instrumentos de medición de la salud) se aplicó para evaluar el rigor metodológico de los estudios (Mokkink et al., 2010; Terwee et al., 2012) y los criterios de calidad para las propiedades de medición (Terwee et al., 2007) para verificar la calidad de los instrumentos. Estas herramientas se utilizaron porque han obtenido un consenso a nivel internacional y siguen un proceso sistemático (Mokkink et al., 2010; Terwee et al., 2012). Los instrumentos no se rechazaron en función de estos filtros, sino que se resumieron para permitir una selección adecuada.

Las categorías analizadas fueron: consistencia interna (Categoría A), fiabilidad (Categoría B), error de medición (Categoría C), validez de contenido (Categoría D), validez estructural (Categoría E), pruebas de hipótesis (Categoría F), validez transcultural (Categoría G), y capacidad de respuesta (Categoría I). Las categorías relacionadas con la validez de criterio no se analizaron, dado que no hay una regla de oro con el cual comparar los instrumentos en esta revisión. La interpretabilidad y la generalización no se aplicaron porque se recomienda su aplicación para la extracción de datos y no para la evaluación de la calidad. La lista de verificación fue completada independientemente por dos revisores (SSB¹ y JRM²).

Para analizar los resultados obtenidos, se utilizó una puntuación COSMIN de cuatro puntos. Cada ítem se clasificó como 'excelente' cuando había una metodología apropiada, 'buena' cuando no había suficiente información relevante, pero se alcanzó un nivel adecuado de calidad, 'justa' cuando la metodología aplicada era cuestionable y 'pobre' cuando había evidencia que el

1. Sara Sanchez Balcells (investigadora principal).
2. Juan F. Roldan Merino (director de tesis).

proceso metodológico no fue correcto. Cuando aparecieron respuestas equidistantes en la evaluación de la lista de verificación, es decir, algunas "excelentes" y otras insuficientes, se eligió la puntuación más baja (Terwee et al., 2012).

En segundo lugar, se analizaron los criterios de calidad para las propiedades de medición (Terwee et al., 2007) Los resultados se clasificaron como positivos (+), indeterminados (?) o negativos (-) de acuerdo con los criterios de calidad para cada propiedad de medición. Ver los criterios de Terwee COSMIN (Terwee et al., 2007). El consenso entre revisores se evaluó de acuerdo con el valor Kappa de Cohen (Cohen, 1968). El valor de consenso estaba entre 0.81-1.00 (Landis & Koch, 1977).

2.4.2. Extracción de los datos

La información se extrajo de cada estudio de la siguiente manera: (1) las variables descriptivas se determinaron, teniendo en cuenta el año de publicación, el país de origen y el tipo de estudio; (2) se analizó la base conceptual/empírica para la generación de los ítems; (3) se identificaron las características de la muestra con la que se desarrollaron o evaluaron los instrumentos (población de estudio, edad, entorno, tamaño de la muestra); (4) se describió el contenido (número de elementos, número y definición de dimensiones); (5) se anotaron las normas de aplicabilidad (forma, tiempo de administración, puntuación); y (6) se identificaron las propiedades psicométricas de fiabilidad y validez (Tabla 10).

Tabla 10. Criterios de calidad para las propiedades psicométricas

Propiedad	Clasificación	Criterio de calidad
Fiabilidad		
Consistencia Interna	(+)	(Sub)escala unidimensional y alfa de Cronbach ≥ 0.70 .
	?	Se desconoce la dimensionalidad o alfa de Cronbach no determinada.
	(-)	(Sub)escala no es unidimensional o alfa de Cronbach < 0.70 .
Error Medida	(+)	MIC $>$ SDC o MIC fuera de LOA.
	?	MIC no definido.
	(-)	MIC \leq SDC o MIC igual o dentro de LOA.
Fiabilidad	(+)	ICC/ponderada Kappa ≥ 0.70 o Pearson $r \geq 0.80$.
	?	Ni ICC/ponderada Kappa, ni Pearson r determinada.
	(-)	ICC/ponderada Kappa < 0.70 o Pearson $r < 0.80$.
Validación		
Validación de contenido	(+)	La población objetivo considera que todos los elementos del cuestionario son relevantes Y considera que el cuestionario está completo.
	?	No hay participación de la población objetivo.
	(-)	La población objetivo considera que todos los ítems del cuestionario son irrelevantes O considera que el cuestionario está incompleto.
Validación de constructo		
Validación estructural	(+)	Los factores deben explicar al menos el 50% de la varianza.
	?	No está mencionada la varianza.
	(-)	Los factores explican menos del 50 % de la varianza.

Fuente: (Terwee et al., 2007) + positivo, - negativo, ? indeterminado, AUC área por debajo de la curva, MIC mínimo cambio importante ICC correlación intraclase, SDC mínimo cambio detectable, LOA límites de acuerdo

Tabla 10. Criterios de calidad para las propiedades psicométricas (Terwee et al., 2007) (continuación)

Propiedad	Clasificación	Criterio de calidad
Validación de constructo		
Prueba de hipótesis	(+)	Correlación con un instrumento que mide el mismo constructo $\geq 50\%$ o al menos el 75% de los resultados están de acuerdo con las hipótesis) y la correlación con constructos relacionados es mayor que con constructos no relacionados.
	?	Solamente correlaciones determinadas con construcciones no relacionadas.
	(-)	La correlación con un instrumento que mide el mismo constructo $< 50\%$ o $< 75\%$ de los resultados está de acuerdo con las hipótesis o la correlación con constructos relacionados es menor que con construcciones no relacionadas.

Fuente: (Terwee et al., 2007) + positivo, - negativo? indeterminado, AUC área por debajo de la curva, MIC mínimo cambio importante ICC correlación intraclase, SDC mínimo cambio detectable, LOA límites de acuerdo

2.5. Síntesis

Combinamos la calidad metodológica de los estudios incluidos con la consistencia de los resultados del estudio para resumir la cantidad de evidencia con respecto a las propiedades de medición de cada instrumento identificado (Terwee et al., 2007, 2012). Los criterios para establecer la evidencia de la calidad general de las propiedades de medición de cada instrumento también se muestran en la Tabla 10.

2.6. Resultados

Los resultados de la estrategia de búsqueda se muestran en un diagrama de flujo PRISMA (Moher et al., 2015) (ver Figura 3). Finalmente, se incluyeron un total de 34 artículos en la revisión, donde se identificaron 22 instrumentos que cumplían con los estándares psicométricos requeridos. Los artículos se importaron en Mendeley Reference Manager para la eliminación de duplicados de referencias y administración. Los duplicados eliminados fueron revisados por segunda vez por el revisor principal.

2.6.1. Características descriptivas de los instrumentos

Las características descriptivas de los instrumentos se muestran en la Tabla 11.

a) Estudios incluidos en la revisión (N = 34)

El análisis por año de los artículos incluidos en la revisión reveló un interés creciente en el uso de instrumentos para medir la calidad y la satisfacción con la atención médica desde la perspectiva tanto del paciente como del profesional. Progresivamente se publicaron más artículos a partir de 2010, con el mayor número en 2016. En términos de país de origen, Europa (N = 25), Estados Unidos (N = 8) y Australia (N = 1) publicaron el mayor número de artículos. Con respecto al contexto del estudio, se observó que una gran cantidad de estudios publicados se realizan en salud mental comunitaria (N = 14). En relación a las poblaciones de estudio, la mayoría se centró en los pacientes (N = 25)

b) Instrumentos analizados (N = 22)

Cinco instrumentos analizaron la calidad desde la perspectiva del equipo de salud mental (N = 5).

El desarrollo de varios instrumentos incluidos en esta revisión fue extenso. De hecho, el desarrollo teórico de un estudio publicado en 2008 (Awara & Fasey,

II. REVISIÓN SISTEMÁTICA

2008) tuvo lugar en la década de 1990 (Barker & Orrell, 1999). Estas publicaciones han sido incluidas en la revisión.

Los instrumentos revisados cubren dimensiones similares en un intento por capturar el concepto de calidad y satisfacción en la salud mental.

De los 22 instrumentos analizados, 12 midieron la calidad de la atención y 10 de satisfacción, de los cuales 3 medían la satisfacción general como punto final de la intervención (Barker & Orrell, 1999; Jerrell, 2006; Ruggeri et al., 2000). Con respecto a los instrumentos que miden la calidad, los que consideraron las perspectivas de pacientes y profesionales fueron notables (Danielson et al., 2008; Hester et al., 2015; Killaspy et al., 2012; Lundqvist, Raskl, Brunt, Ivarsson & Schröder, 2016; Madan et al., 2014; Schröder, Ågrim & Lundqvist, 2013; Schröder, Ahlström, Wilde-Larsson & Lundqvist, 2011; Schröder, Larsson & Ahlström, 2007; Schröder, Larsson, Ahlström & Lundqvist, 2010; Schröder & Lundqvist, 2013).

Las dimensiones que coinciden en los instrumentos son la participación del paciente, el empoderamiento, la relación terapéutica y el entorno (Danielson et al., 2008; Delaney, Johnson & Fogg, 2015; Lundqvist et al., 2016; Oades, Law & Marshall, 2011; Schröder et al., 2007, 2010, 2011, 2013). La dimensión relacionada con el final de la hospitalización, "alta" se destaca especialmente en instrumentos de origen nórdico (Bjertnaes et al., 2007; Lundqvist et al., 2016; Schröder et al., 2007, 2010, 2011, 2013).

Un instrumento introdujo dimensiones relacionadas con el respeto y la atención profesional de enfermería (Bowersox et al., 2013). Otro instrumento incluía dimensiones específicas para cada población (Lundqvist et al., 2016; Schröder et al., 2007, 2010, 2011, 2013).

La mayoría de los instrumentos incluían de 20 a 40 ítems (ver instrumentos con el mayor número de artículos) (Garratt et al., 2006; Killaspy et al., 2011). La gran mayoría de los instrumentos son autoadministrados, con uno diseñado para devolución por correo (Bjertnaes et al., 2007).

El tiempo requerido para administrar los instrumentos varía según las dimensiones incluidas, por ejemplo, en algunos hospitales se completó justo antes del alta y en otros hospitales después de varios días o un mes. En el entorno comunitario, se completó en el momento del reclutamiento de la muestra en las visitas de seguimiento en el centro de salud mental (Schröder et al., 2011).

Tabla 11. Descripción general de los instrumentos

Instrumento	Artículos Asociados	País de origen	Dominios	ítems	Administración	Cuando se administra
Combined Assessment of Psychiatric Environments (CAPE)	Delaney et al. (Delaney et al., 2015)	USA	<ul style="list-style-type: none"> Profesionales de enfermería: Eficacia Percepción de si hay buenos recursos / profesionales en la unidad Percepción de estar involucrado en el tratamiento. Percepción del buen trabajo en equipo. Grado de autonomía de los profesionales. 	24	Autoadministrada	La semana antes del alta
			<ul style="list-style-type: none"> Pacientes: percepción de la competencia de los profesionales y de su participación. Percepción de la efectividad del tratamiento. 	24		
Quality in Psychiatric Care-Forensic Inpatient Staff (QPC-FIPS)	Schröder et al. (Schröder & Lundqvist, 2013)	Suecia	<ul style="list-style-type: none"> Relación Terapéutica Participación Alta Soporte Aislamiento Seguridad Especificidades de entorno forense 	34	Autoadministrada	No especificado
Menninger Quality of care (MQOC)	Madan et al. (Madan et al., 2014)	USA	<ul style="list-style-type: none"> Alianza Terapéutica Cooperación familiar Planning de alta Efectividad del tratamiento 	20	No especificado	Em el ingreso cada 2 semanas, y 24-48 horas después del alta.
The Consumer Evaluation Mental Health Services (CEO-MHS)	Oades et al. (Oades et al., 2011)	Australia	<ul style="list-style-type: none"> Empoderamiento Deshumanización 	26	Autoadministrada	No especificado
Inpatient Consumer Survey (ICS)	Ortiz et al. (Ortiz & Schacht, 2012) Ortiz (Ortiz, 2014)	USA	<ul style="list-style-type: none"> Dignidad Derechos Participación Ambiente Empoderamiento 	28	Autoadministrada	Al alta
The General Practitioners Experiences Questionnaire (GPEQ)	Bjertnaes et al. (Bjertnaes, Garratt, & Ruud, 2008) Bjertnaes et al. (Bjertnaes et al., 2007) Bjertnaes et al. (Bjertnaes, Garratt, Ruud, & Hunskaar, 2010)	Noruega	<ul style="list-style-type: none"> Emergencias Alta Competencias Guías Situación laboral 	22	Por correo postal	No especificado
The Survey of Healthcare Experiences of Patients (I-SHEP)	Bowersox et al. (Bowersox et al., 2013)	USA	<ul style="list-style-type: none"> Respeto y cuidado general de enfermería Respeto y atención de los médicos Involucración y participación en la toma de decisiones 	53	Autoadministrada	Después de 30 días del alta

Tabla 11. Descripción general de los instrumentos (continuación)

Instrumento	Artículos Asociados	País de origen	Dominios	Ítems	Administración	Cuando se administra
Combined Assessment of Psychiatric Environments (CAPE)	Delaney et al. (Delaney et al., 2015)	USA	Profesionales de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> Eficacia Percepción de si hay buenos recursos / profesionales en la unidad Percepción de estar involucrado en el tratamiento. Percepción del buen trabajo en equipo. Grado de autonomía de los profesionales. Pacientes: <ul style="list-style-type: none"> percepción de la competencia de los profesionales y de su participación. Percepción de la efectividad del tratamiento. 	24 24	Autoadministrada	La semana antes del alta
The Survey of Healthcare Experiences of Patients (I-SHEP)	Bowersox et al. (Bowersox et al., 2013)	USA	<ul style="list-style-type: none"> Respeto y cuidado general de enfermería Respeto y atención de los médicos Involucración y participación en la toma de decisiones 	53	Autoadministrada	Después de 30 días del alta
Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC)	Killaspy et al. (Killaspy et al., 2016) Killaspy et al. (Killaspy et al., 2011) Killaspy et al. (Killaspy et al., 2012) Cardoso et al. (G. Cardoso et al., 2016)	Inglaterra	<ul style="list-style-type: none"> Atmosfera Ambiente terapéutico, Intervención y tratamiento Autogestión y autonomía Rehabilitación basada en la práctica Inclusión Social Derechos Humanos 	145	Autoadministrada	No especificado
The Psychiatric Outpatient Experiences Questionnaire (POPEQ)	Olsen et al. (Olsen, Garratt, Iversen, & Bjertnaes, 2010) Bjorngaard et al. (Bjorngaard, Ruud, Garratt, & Hatling, 2007) Garratt et al. (Garratt et al., 2006)	Noruega	<ul style="list-style-type: none"> Nivel de percepción de tratamiento comunitario Calidad de interacción con los médicos Información recibida 	11	Autoadministrada	Visitas sucesivas en el centro de salud mental
Psychiatric Care Satisfaction Questionnaire (PCSQ)	Awara et al. (Awara & Fasey, 2008) Barkert et al. (Barker & Orrell, 1999)	UK	<ul style="list-style-type: none"> Satisfacción general Actitud enfrente de los psiquiatras en términos de calidad y competencia Necesidades de las pacientes cubiertas 	26	Autoadministrada	No especificado
Quality in Psychiatric Care-Inpatients (QPC-IP)	Schröder et al. (Schröder et al., 2010) Schröder et al. (Schröder et al., 2007)	Suecia	<ul style="list-style-type: none"> Participación Relación terapéutica SopORTE Alta Aislamiento Seguridad 	30	Autoadministrada	No especificado

Tabla 11. Descripción general de los instrumentos (continuación)

Instrumento	Artículos Asociados	País de origen	Dominios	Ítems	Administración	Cuando se administra
Quality in Psychiatric Care- Outpatients (QPC-OP)	Schröder et al. (Schröder et al., 2011) Lundqvist et al. (Lundqvist, Ahlstrom, Wilde-Larsson, & Schröder, 2012)	Suecia	<ul style="list-style-type: none"> Participación Relación Terapéutica Soporte Alta Seguridad Especificidades en el ámbito comunitario 	32	Autoadministrada	No especificado
Quality in Psychiatric Care- Forensic In-patient (QPC-FIP)	Schröder et al. (Schröder et al., 2013) Lundqvist et al. (Lundqvist, Lorentzen, Riiskjaer, & Schröder, 2014a)	Suecia	<ul style="list-style-type: none"> Relación terapéutica Participación Alta Soporte Aislamiento Ambiente Seguridad Especificidades en el ámbito forense 	34	Autoadministrada	No especificado
Quality in Psychiatric Care- Housing Support (QPC-H)	Lundqvist et al. (Lundqvist et al., 2016)	Suecia	<ul style="list-style-type: none"> Relación Terapéutica Participación Soporte Confinamiento Seguridad Especificidades de pisos de soporte 	37	Autoadministrada	No especificado
Mental Health Statistics Improvement Program Consumer Survey (MHSIP)	Jerrell (Jerrell, 2006)	USA	<ul style="list-style-type: none"> Acceso Calidad/oportunidad Resultados Satisfacción 	56	Entrevista	Visitas sucesivas en el centro de salud mental
Quality of Care Measure Patient Form (QOC-P)	Danielson et al. (Danielson et al., 2008)	USA	Versión paciente: <ul style="list-style-type: none"> Ambiente Sensibilidad profesional Modelo de participación 	QOC-P23	Autoadministrada	Antes de 4 semanas del alta
Quality of Care Measure Staff Form (QOC-S)			Versión profesional: <ul style="list-style-type: none"> Ambiente Sensibilidad profesional Modelo de participación 	QOC-S27	Autoadministrada	
The UKU Consumer Satisfaction Rating Scale (UKU-ConSat)	Ivarsson et al. (Ivarsson & Malm, 2007)	Suecia	<ul style="list-style-type: none"> Estructura y proceso Resultados y bienestar 	11	Autoadministrada	No especificado
Service user Quality of Care (SE-QUenCE)	Hester et al. (Hester et al., 2015)	Irlanda	<ul style="list-style-type: none"> No especificado 	40	Autoadministrada	Después de 2 semanas del ingreso

Tabla 11. Descripción general de los instrumentos (continuación)

Instrumento	Artículos Asociados	País de origen	Dominios	ítems	Administración	Cuando se administra
Satisfaction Questionnaire in Psychiatry (SATISPSY-22)	Zendjidjian et al. (Zendjidjian et al., 2015)	Francia	<ul style="list-style-type: none"> • Profesionales • Calidad de la atención • Experiencias profesionales • Información • Actividad • Comida 	22	Autoadministrada	No especificado
Verona Service Satisfaction Scale-European Version (VSSS-EU)	Ruggeri et al. (Ruggeri et al., 2000)	Italia	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción total • Habilidades y actitudes profesionales • Información • Acceso • Efectividad • Tipo de intervención • Participación de los cuidadores 	54	Autoadministrada	En seguimiento de más de 3 meses antes de completar el instrumento
Inpatient Satisfaction Questionnaire (ISQ) (F-ISQ, C-ISQ)	Shiva et al. (Shiva, Haden, & Brooks, 2009a) Shiva et al. (Shiva, Haden, & Brooks, 2009b)	USA	Versión paciente forense <ul style="list-style-type: none"> • Medicación y tratamiento • Atmósfera • Acceso al teléfono • Normas y procedimientos de la unidad Versión paciente civil <ul style="list-style-type: none"> • Necesidades y oportunidades • Confort y comida 	14 11	Autoadministrada	Después de los 5 días de su ingreso
The Inpatient questionnaire and the Outpatient questionnaire	Hansson et al. (Hansson & Höglund, 1995)	Suecia	<ul style="list-style-type: none"> • No especificado 	48* 35*	Autoadministrada	Antes del alta

* Pacientes ingresados: 48

* Pacientes de alta: 35

2.6.2. Los criterios de calidad del estudio y las propiedades de medición del instrumento.

Los instrumentos fueron analizados con respecto a la calidad de la metodología de los estudios y los resultados de las propiedades psicométricas. Los resultados variaron, aunque algunos mostraron altos estándares de calidad.

Calidad metodológica de los estudios.

Cada estudio fue analizado y mostró algunos aspectos relacionados con la validez y fiabilidad (Tabla 12).

Tabla 12. Calidad metodológica de cada estudio de acuerdo con las propiedades de medición y el instrumento

Construido	Cosmin Cajas	Box A	Box B	Box D	Box E	Box F	Box G
	Estudio	Consistencia Interna	Fiabilidad	Validez de contenido	Validez Estructural	Prueba de hipótesis	Validación Transcultural
CALI DAD	Delaney et al. (2015)	Excelente	Bueno	Excelente	Bueno	Bueno	NR
	Schröder et al. (2013)	Excelente	NR	Excelente	Excelente	NR	NR
	Madan et al. (2014)	Justo	NR	Pobre	Justo	NR	NR
	Bjertnaes et al. (2007) Bjertnaes et al. (2010)* Bjertnaes et al. (2008)**	Excelente	Excelente	Excelente	Pobre	NR	NR
	Killaspy et al. (2011) Killaspy et al. (2016)** Killaspy et al. (2012)*** Cardoso et al. (2016)**	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	NR	NR
	Garrat et al. (2006) Bjorngaard et al. (2007)**	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	NR	NR
	Schröder et al. (2010) Schröder et al. (2007)	Bueno Excelente	NR NR	Excelente Bueno	NR Excelente	NR	NR
	Schröder et al. (2011) Lundqvist et al. (2012)**	Excelente	NR	Bueno	Excelente	NR	NR
	Schröder et al. (2013) Lundqvist et al. (2014)	Excelente Excelente	NR NR	Bueno Bueno	Excelente Excelente	NR NR	NR Excelente
	Lundqvist et al. (2016)	Excelente	NR	Excelente	Excelente	NR	NR
	Danielson et al. (2008)	Justo	Justo	Pobre	NR	NR	NR
	Hester et al. (2015)	Pobre	Bueno	Excelente	NR	NR	NR

Fuente: (Terwee et al., 2012)

NR: no se reporta. Error de medición y capacidad de respuesta: no informado. Cuadro H: como no hay una regla de oro, este cuadro no fue analizado.* Excepto por la escala citada por Bjertnaes (2010) en la que se analizó la capacidad de respuesta y se obtuvo una puntuación de Excelente.

** Estudios utilizando el instrumento sin evaluar las propiedades psicométricas.

*** Estudio de la validez interna del instrumento.

II. REVISIÓN SISTEMÁTICA

Tabla 12. Calidad metodológica de cada estudio de acuerdo con las propiedades de medición y el instrumento (continuación)

Constancia	Cosmin Cajas	Box A	Box B	Box D	Box E	Box F	Box G
	Estudio	Consistencia Interna	Fiabilidad	Validez de contenido	Validez Estructural	Prueba de hipótesis	Validación Transcultural
SATISFACCIÓN	Awara et al. (2008)** Barker et al. (1999)	Pobre	Bueno	Excelente	Pobre	Bueno	NR
	Jerrell (2006)	Bueno	Bueno	NR	Bueno	NR	NR
	Ivarsson et al. (2007)	Justo	Justo	Pobre	NR	NR	NR
	Bowersox et al. (2013)	Justo	NR	NR	Justo	NR	NR
	Zendjidjian et al. (2015)	Excelente	NR	Excelente	Excelente	NR	NR
	Ruggeri et al. (2000)	Bueno	Bueno	Excelente	NR	NR	NR
	Shiva et al. (2009a) Shiva et al. (2009b)**	Bueno	NR	Bueno	Bueno	NR	NR
	Hansson et al. (1995)	Justo	Justo	Excelente	NR	NR	NR
	Oades et al. (2011)	Excelente	NR	Bueno	Excelente	NR	NR
	Ortiz et al. (2012) Ortiz (2014)**	Excelente	NR	Pobre	Excelente	NR	NR

Fuente: (Terwee et al. 2012)

NR: no se reporta. Error de medición y capacidad de respuesta: no informado. Cuadro H: como no hay una regla de oro, este cuadro no fue analizado.* Excepto por la escala citada por Bjertnaes (2010) en la que se analizó la capacidad de respuesta y se obtuvo una puntuación de Excelente.

** Estudios utilizando el instrumento sin evaluar las propiedades psicométricas.

*** Estudio de la validez interna del instrumento.

Con respecto a la consistencia interna, los resultados fueron buenos en la mayoría de los estudios, especialmente los relacionados con la calidad, en contraste con los resultados de los estudios de satisfacción.

Los resultados de un estudio (Killaspy et al., 2011) fueron excelentes en cuanto a la calidad de la metodología utilizada. Por el contrario, en tres estudios (1 en calidad y 2 en satisfacción) (Danielson et al., 2008; Hansson & Höglund, 1995; Ivarsson & Malm, 2007) el resultado fue correcto, mientras que en 2 de los 34 estudios analizados (Awara & Fasey, 2008; Hester et al., 2015) el resultado fue deficiente en relación con la calidad de la metodología debido al porcentaje de ítems faltantes y la falta de explicación sobre cómo se manejaron estos ítems.

En muchos estudios, no se proporcionaron datos sobre la fiabilidad, aunque se encontraron resultados excelentes para tres estudios sobre la calidad (Awara & Fasey, 2008; Hester et al., 2015). La mayoría de los estudios se clasificaron como "buenos" o "excelentes" con respecto a la validez del contenido, excepto dos en calidad y dos en satisfacción. Uno de estos (Madan et al., 2014), que se clasificó como "pobre" no proporcionó información con respecto a la priorización de la relevancia de los elementos o su significado. En dos estudios sobre la satisfacción (Ivarsson & Malm, 2007; Ortiz & Schacht, 2012), los elementos diseñados previamente se adaptaron y se desconoce su prioridad y significado. Del mismo modo, en el caso de 2 estudios sobre satisfacción, no hubo información sobre el proceso de formulación de los ítems (Bowersox et al., 2013; Jerrell, 2006). El estudio sobre la calidad de Danielson et al. (2008) adoptaron elementos del modelo "Engagement" pero no se describieron la priorización y las fases cognitivas. Los estudios restantes presentaron puntuaciones altas en términos de validez de contenido.

La validez de constructo obtuvo puntuaciones más altas en los estudios de calidad; 8 de 12 tuvieron excelentes o buenas puntuaciones. Los resultados de un estudio (Danielson et al., 2008) fueron limitados porque no había una descripción de los elementos faltantes ni de cómo podrían recuperarse. Los siguientes estudios no describieron cómo se realizó la validación estructural (Awara & Fasey, 2008; Hansson & Höglund, 1995; Hester et al., 2015; Ivarsson

II. REVISIÓN SISTEMÁTICA

& Malm, 2007; Ruggeri et al., 2000). Uno de los 34 estudios analizados (Bowersox et al., 2013) incluyó el análisis factorial, pero no documentó el porcentaje de ítems faltantes o cómo podrían recuperarse.

Con respecto a la prueba de hipótesis, solo dos estudios reportaron buenos resultados (Barker & Orrell, 1999; Delaney et al., 2015). El estudio de Lundqvist et al. (2014a) reveló excelentes resultados en la validación transcultural. Con respecto a la capacidad de respuesta, solo se analizó un estudio (Bjertnaes, Nieland, Damerell, & Garratt, 2010) que mostró valores excelentes. No se proporcionó información sobre el error de medición en los estudios descritos anteriormente.

2.6.3. Calidad de las propiedades psicométricas de los instrumentos

Los resultados extraídos sobre las propiedades psicométricas se resumen en la Tabla 13.

Tabla 13. Calidad de las propiedades psicométricas de los instrumentos

Instrumento	Propiedad	Fiabilidad	Validez		Validez de Constructo
	Consistencia Interna	Fiabilidad	Validez de contenido	Validez estructural	Prueba de hipótesis
CAPE	+	+	+	?	NR
QPC-FIPS	+	NR	+	?	NR
MQOC	+	NR	-	+	NR
GPEQ	+	+	+	+	NR
QuIRC	?	?	+	?	NR
POPEQ	+	+	+	+	NR
QPC-IP	+	NR	+	+	NR
QPC-1 QPC-2	-		+	?	NR
QPC-OP	+	NR	+	+	NR
QPC-FIP	+	NR	+	?	NR
Danish QPC-FIP	+		+	?	NR

Tabla 13. Calidad de las propiedades psicométricas de los instrumentos (continuación)

	Propiedad	Fiabilidad		Validez		Validez de Constructo
	Instrumento	Consistencia Interna	Fiabilidad	Validez de contenido	Validez estructural	Prueba de hipótesis
CALIDAD	QPC-H	+	NR	+	+	NR
	QOC-P/QOC-S	+	NR	?	-	NR
	SEQUenCE	+	+	+	NR	NR
	PCSQ	+	-	+	-	?
SATISFACTION	MHSIP	+	-	NR	+	NR
	UKU-ConSat	+	+	?	NR	NR
	I-SHEP	+	NR	NR	?	NR
	SATISPSY-22	+	NR	+	+	NR
	VSSS-EU	+	+	+	NR	NR
	F-ISQ/C-ISQ	+	NR	+	?	NR
	The Inpatient and Outpatient Questionnaire	+	+	+	NR	NR
	CEO-MHS	+	NR	+	-	NR
	ICS	+	NR	?	+	NR

CAPE Combined Assessment of Psychiatric Environments; QPC-FIPS Quality in Psychiatric Care-Forensic InPatients Staff; MQOC Menninger Quality Of Care measure; GPEQ the General Practitioners Experiences Questionnaire; QUIRC Quality Indicator for Rehabilitative Care; POPEQ The Psychiatric Out Patient Experiences Questionnaires; QPC-IP Quality in Psychiatric Care-InPatients; QPC-OP Quality in Psychiatric Care-OutPatient; QPC-FIP Quality in Psychiatric Care-Forensic InPatients; QPC-H Quality in Psychiatric Care-Housing; QOC-P Quality Of Care-Patients/QOC-S Quality Of Care-Staff; PCSQ Psychiatric Care Satisfaction Questionnaire; MHSIP The Mental Health Statistics Improvement Program; UKU-ConSat The UKU-CONsumer SATisfaction Rating Scale; I-SHEP The Survey of Healthcare Experiences of Patients; SATISPSY-22 Satisfaction Psychiatry; VSSS-EU Verona Service Satisfaction Scale European version; F-ISQ/C-ISQ; Forensic-Inpatient Satisfaction Questionnaire/ Civil-Inpatient Satisfaction Questionnaire; CEO-MHS Consumer Evaluation Mental Health Services; ICS Inpatient Consumer Survey

Los resultados se clasificaron como positivos (+), indeterminados (?) o negativos (-) de acuerdo con los criterios de calidad para cada propiedad de medición. NR: no se reportado. Error de medida: no reportado.

II. REVISIÓN SISTEMÁTICA

Los instrumentos analizados midieron la consistencia interna para determinar la interrelación entre los ítems. Los instrumentos de calidad y satisfacción obtuvieron resultados positivos en la mayoría de los casos. Un instrumento (Killaspy et al., 2011) no describió el alfa de Cronbach total, aunque el rango fue de 0,65 a 0,86. Con respecto a la fiabilidad, por otro lado, los resultados se obtuvieron para varias escalas de satisfacción y tres recibieron evaluaciones positivas (Hansson & Höglund, 1995; Ivarsson & Malm, 2007; Ruggeri et al. 2000), mientras que dos fueron negativas. Sin embargo, los instrumentos de calidad no se describieron en su mayoría, con la excepción de cinco escalas, una de las cuales tuvo resultados indeterminados (Killaspy et al., 2011).

Con respecto a la validez del contenido, se obtuvieron resultados positivos para la mayoría de los instrumentos, especialmente los relacionados con la calidad, dado que la población de referencia consideró que los elementos eran relevantes y completos, como fue el caso con el instrumento CAPE (Delaney et al., 2015).

Del mismo modo, también se describieron QUIRC, PSCQ, QPC, SEQUENCE, SATISPSY-2 y obtuvieron puntuaciones positivas (Awara & Fasey, 2008; Hansson & Höglund, 1995; Hester et al., 2015; Killaspy et al., 2011; Schröder, Larsson, Ahlstrom & Lundqvist, 2010; Zendjidjian et al., 2015).

En cuanto a la validez estructural, los instrumentos de calidad mostraron resultados positivos con respecto a la varianza, aunque el instrumento CEO-MHS (Oades et al., 2011) tuvo puntuaciones más bajas que las esperadas dado que los factores explicaron aproximadamente menos del 50% de la varianza, como fue el caso con otros instrumentos; el QOC-P y el QOC-S (Danielson et al., 2008) y el PCSQ (Awara & Fasey, 2008).

Teniendo en cuenta el análisis de la calidad y las propiedades psicométricas de estas escalas, 5 estudios obtuvieron resultados más completos, relevando valores buenos-excelentes en consistencia interna, confiabilidad, validez de contenido, validez estructural, pruebas de hipótesis y validez intercultural

(Bjertnaes et al., 2007; Delaney et al., 2015; Garratt et al., 2006; Killaspy et al., 2011; Lundqvist, Lorentzen, Riiskjaer & Schröder, 2014a). Los instrumentos CAPE, GPEQ, POPEQ, QuIRC y QPC-FIP danés obtuvieron puntuaciones positivas en la mayoría de los casos en fiabilidad y validez, con la excepción de algunos resultados indeterminados. (Bjertnaes et al., 2007; Delaney et al., 2015; Garratt et al., 2006; Killaspy et al., 2011; Lundqvist, Lorentzen, Riiskjaer & Schröder, 2014a). El constructo principal de estos instrumentos es el de calidad.

2.7. Discusión

Según nuestro conocimiento, esta es la primera revisión sistemática que resume y analiza un total de 22 instrumentos de 34 estudios sobre la calidad y la satisfacción desde la perspectiva de los pacientes y/o los profesionales de la psiquiatría. Los resultados muestran que hay un gran grupo de instrumentos disponibles para medir la calidad o la satisfacción. Sin embargo, la revisión ilustra que hay problemas con los instrumentos existentes y tal vez el más importante parece ser que pocos parecen haber sido sometidos a procedimientos de validación satisfactorios. Esto tiene varias implicaciones. En primer lugar, una evaluación rigurosa con instrumentos válidos puede contribuir al desarrollo general de la atención de alta calidad en entornos de salud mental (Glasby & Lester, 2004). En segundo lugar, la evaluación de la calidad podría integrarse estratégicamente con los esfuerzos de mejora estándar (Dean, Proudfoot & Lindesay, 1993). La falta de instrumentos válidos dificulta seriamente la evaluación de la calidad de la atención en unidades psiquiátricas.

Dado que esta revisión sistemática utilizó una metodología basada en el análisis de la calidad de los estudios y la calidad de sus propiedades psicométricas, fue posible determinar que los cinco instrumentos para medir la calidad mostraron resultados excelentes (Bjertnaes et al., 2007; Delaney et al., 2015; Garratt et al., 2006; Killaspy et al., 2011; Lundqvist, Lorentzen, Riiskjaer & Schröder, 2014a). Respecto al resto de los instrumentos, no se han utilizado con frecuencia más allá del contexto específico en el que fueron desarrollados,

II. REVISIÓN SISTEMÁTICA

ni por autores distintos de sus respectivos desarrolladores. En general, falta información psicométrica sobre los instrumentos, por lo que los detalles no están disponibles sobre la fiabilidad test-retest o la fiabilidad entre evaluadores. Muchos de los instrumentos han sido probados de acuerdo con la teoría de medición clásica, como el alfa de Cronbach, aunque pocos han sido sometidos a métodos de medición relacionados con el análisis factorial.

Esta revisión psicométrica ha demostrado que no hay un criterio único en la selección de instrumentos para medir la calidad. Más bien, los diferentes instrumentos tienen sus fortalezas y debilidades y se deben tener en cuenta varios factores al momento de decidir su uso, incluido el entorno, el tipo de muestra y los recursos disponibles, entre otros. En relación con las propiedades psicométricas, se analizó la validez del contenido, obteniendo las mejores puntuaciones obtenidas por los instrumentos de satisfacción y calidad. Además, los instrumentos de calidad tuvieron puntuaciones más altas en fiabilidad, consistencia interna y validez de estructura y constructo.

Se consultó una revisión psicométrica de la satisfacción del paciente en un hospital psiquiátrico (Boyer et al., 2009). Este estudio destacó los problemas con los instrumentos de satisfacción psiquiátricos con pacientes hospitalizados debido a la ausencia de un enfoque unificado para la medición de la satisfacción reflejada en la variabilidad de los instrumentos disponibles. Parece que no hay revisiones sistemáticas centradas en la calidad desde la perspectiva tanto de los pacientes como de los profesionales. Por otro lado, en el contexto de la medicina general hay revisiones sistemáticas de este tipo (Beattie, Murphy, Atherton & Lauder, 2015). Estos instrumentos han sido evaluados críticamente en términos de sus características descriptivas y sus propiedades psicométricas de acuerdo con los estándares internacionales acordados por consenso para la selección de instrumentos de medición.

Principalmente, la calidad metodológica de los estudios y los resultados psicométricos de los instrumentos han mejorado en la última década, con la aparición de varios instrumentos con altos estándares psicométricos y el desarrollo del concepto de calidad en la atención. Sin embargo, los mayores

avances se han realizado en el área de medicina general (Castle, Brown, Hepner & Hays, 2005; Groene, Botje, Suñol, Lopez & Wagner, 2013).

Por lo tanto, para analizar la calidad de las diferentes especializaciones psiquiátricas desde la perspectiva de pacientes y profesionales, se debe utilizar la batería de instrumentos QPC (Lundqvist et al., 2016; Schröder et al., 2007, 2010, 2011, 2013) dado que cumplen con los altos estándares psicométricos para cada dimensión específica y consideran a las dos poblaciones.

Si, por otro lado, se analiza la calidad en términos de rehabilitación a largo plazo desde una perspectiva institucional, el QUIRC (Killaspy et al., 2011) es el instrumento más apropiado ya que se investiga la perspectiva del coordinador de la unidad.

Otro instrumento con estándares psicométricos adecuados para el contexto de la salud mental comunitaria es el instrumento POPEQ (Garratt et al., 2006). En la evaluación de la calidad en un grupo de usuarios con un trastorno específico, centrado en el constructo de satisfacción, se debe utilizar el instrumento SEQUENCE (Hester et al., 2015) ya que proporciona resultados sobre la calidad en poblaciones con trastorno bipolar o esquizofrenia. El concepto determinante en este caso es, como se señaló anteriormente, satisfacción. Estas observaciones sugieren que aún no se ha desarrollado un instrumento específico, confiable y válido en un área de salud mental que permita a los usuarios tomar decisiones relacionadas con su salud (Kinnersley, Stott, Peters, Harvey & Hackett, 1996).

El entorno donde se ha validado el instrumento es fundamental, especialmente en relación con el desarrollo teórico y la validez del contenido. Por ejemplo, para capturar datos de calidad desde la perspectiva del paciente/profesional en un país nórdico, la opción más adecuada, en términos de contenido, es la familia de instrumentos QPC (Lundqvist et al., 2016; Schröder et al., 2007, 2010, 2011, 2013). Sin embargo, si el instrumento se va a adaptar y validar para otro entorno culturalmente distinto, la validación transcultural es esencial antes de poder utilizar el instrumento.

Fortalezas y limitaciones

La validación y la fiabilidad de los estudios analizados se revisaron críticamente según los criterios de COSMIN (Mokkink et al., 2010) y Terwee et al., (2007) basados en la calidad de la metodología de estudio y los resultados psicométricos, respectivamente. Es probable que varios instrumentos hayan recibido solo puntuaciones COSMIN deficientes o justas debido a la falta de información (Terwee et al., 2012). Una puntuación de cuatro usando los criterios de COSMIN (Terwee et al., 2012) garantiza que solo los defectos fatales se califican como deficientes. No obstante, en ausencia de una descripción de los ítems faltantes y cómo estos se manejaron, un instrumento puede calificarse como bueno porque un "no" para cualquier criterio reduce la puntuación y esto sigue siendo positivo. Del mismo modo, los resultados obtenidos con la aplicación de Terwee et al. (2007) los criterios mostraron que, con un proceso riguroso, equitativo y transparente, la falta de información se interpreta como neutral (indeterminada). Los criterios relacionados con la validez estructural no son explícitos y, por lo tanto, se supone que la suma total de los factores explicados tiene un cierto porcentaje de varianza. Los instrumentos con una puntuación negativa no necesariamente deben excluirse del uso práctico, sino que deben tenerse en cuenta los resultados de esta revisión y debe utilizarse el instrumento que se considere más adecuado para el entorno del estudio.

Es evidente que la elección del instrumento depende en gran medida de su disponibilidad en los artículos científicos. Una búsqueda en MEDLINE, CINAHL y SCOPUS identificó una gran cantidad de artículos. Sin embargo, solo el 10% de los artículos que cumplieron con los criterios de inclusión fueron revisados por un segundo revisor. Además, a pesar de realizar una búsqueda secundaria, se identificaron pocos estudios basados en los criterios de inclusión establecidos. Otra limitación fue que la búsqueda se realizó para artículos en inglés, español y portugués. Como tal, es probable que se omitieran algunos instrumentos relevantes publicados en otros idiomas.

2.8. Conclusión

La información sobre una amplia variedad de instrumentos que miden la satisfacción y la calidad sirven para garantizar la evidencia científica en los entornos de salud mental. Basado en las revisiones consultadas, nuestro artículo demuestra cómo se han desarrollado los estudios en términos de calidad y que las puntuaciones de medición del instrumento son óptimas en la mayoría de los casos. También es evidente que el marco conceptual en el que se basan la mayoría de los instrumentos se ha desarrollado y fundamentado, mostrando cómo el concepto de calidad es multidimensional y se basa en la participación del paciente, el empoderamiento, la relación terapéutica y el entorno.

No existe un instrumento perfecto, fácil de recomendar, y la selección del más adecuado depende de su propósito, alcance y contexto. En resumen, cada instrumento tiene sus fortalezas y debilidades y es recomendable tenerlo en cuenta a la hora de elegir cuál es el más adecuado según en qué contexto se realice. Sin embargo, algunos instrumentos obtuvieron mejores resultados que otros según los criterios de calidad y evaluación de las propiedades psicométricas, por lo que su uso puede ser respaldado con cautela. Podemos determinar que los instrumentos de calidad tienen puntuaciones más altas con respecto a sus propiedades psicométricas y sus procesos de validación han sido más completos, en contraste con los instrumentos de satisfacción.

Se necesitan revisiones adicionales para analizar la utilidad de los instrumentos que miden la calidad y la satisfacción en salud mental en función de su coste-eficacia, aceptabilidad e impacto educativo, especialmente en la situación económica actual. Estos factores son esenciales para la elección del instrumento y deben tenerse en cuenta en una adaptación transcultural o en la construcción de nuevos instrumentos con una base conceptual sólida que considere las perspectivas de los pacientes, los profesionales y los cuidadores eje central en la calidad de la atención.

II. REVISIÓN SISTEMÁTICA

Esta sección forma parte de un manuscrito publicado. Para obtener más información véase: Sanchez-Balcells, S., Callarisa Roca, M., Rodriguez-Zunino, N., Puig-Llobet, M., Lluch-Canut, M.-T., & Roldan-Merino, J. F. (2018). Psychometric properties of instruments measuring quality and satisfaction in mental health: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.13813>

Parte III. Estudios empíricos

3.1. Justificación

3.1. JUSTIFICACIÓN

Los países occidentales comparten cada vez más el interés en evaluar y mejorar la calidad de la atención en el ámbito de la salud mental.

Se ha puesto de manifiesto en los últimos años, la importancia de conocer la opinión de las personas que reciben los cuidados. En lo que respecta al ámbito de salud mental, las personas afectadas, familias y asociaciones están movilizándose para que se les tenga en cuenta a la hora de planificar la cartera de servicios de salud mental y sean los interlocutores con las administraciones. Dada la importancia de estas circunstancias, parece necesario poder ofrecer herramientas para conocer las percepciones que tienen tanto los usuarios como los profesionales respecto a la atención recibida en salud mental.

Por lo tanto es importante disponer de cuestionarios o escalas que permitan obtener una información de especial importancia cuando se trata de planificar e implementar mejoras en la atención que se ofrece en los diferentes servicios de salud mental. La implementación de estas escalas generará unos resultados que nos ayudará en nuestra práctica clínica diaria en evidenciar carencias y fortalezas en nuestro sistema de salud actual.

Un valor añadido de estas escalas es el hecho de que se evalúe la calidad de la atención desde una doble óptica: del paciente y de los profesionales dado que permite obtener una perspectiva de confluencias y discrepancias muy enriquecedora. No se conocen escalas de este tipo en el contexto de los cuidados enfermeros en salud mental en España, por lo que el desarrollo de este estudio aportará un valor enriquecedor al ámbito de la calidad de los cuidados.

La utilidad de estas escalas en el servicio de salud nacional puede ser de gran relevancia en la investigación enfermera puesto que se establecerán sinergias entre los distintos centros asistenciales del territorio. Los resultados de dicha investigación pueden generar información sobre el rendimiento de la asistencia

hospitalaria, monitorear la efectividad de las intervenciones, clasificar por orden de puntuación las instituciones, y/o asegurar una financiación en el ámbito de la investigación y de la innovación. El medir la calidad de la atención puede reflejar las fortalezas y las oportunidades de mejora de las organizaciones.

El conocimiento de los resultados nos permitirá establecer planes terapéuticos y de curas dirigidos a mejorar aquellos aspectos que se evalúan peor y tomando en cuenta las visiones y percepciones de los pacientes y de los profesionales.

También es importante, que los bajos niveles detectados en aspectos de la calidad de la atención en los cuidados de salud mental sean también conocidos dentro del ámbito docente y en particular en las escuelas universitarias de enfermería. Es esencial que la evidencia científica sea transmitida y las futuras generaciones ofrezcan en un futuro próximo, altos estándares de calidad en las curas de salud mental.

Además, es una gran oportunidad de formar parte de un estudio de investigación internacional, siendo una enfermera de salud mental la que adapta y valida la escala QPC en España y que nos ayudará a comparar la calidad de atención en cuidados psiquiátricos a nivel internacional, dado que la familia de escalas está validada en Suecia, Dinamarca e Indonesia, y disponible en lengua escandinava, finlandesa, inglesa, persa, indonesia y portuguesa. Los países que están colaborando en este proyecto son Suecia, Dinamarca, Noruega, Escocia, Irlanda, USA, Australia, Brasil, Tailandia, Taiwán, Irán e Indonesia.

3.2. Objetivos

3.2. Objetivos generales de la investigación

La investigación se ha organizado en tres estudios, cuyos objetivos generales son los que se describen a continuación:

- **ESTUDIO I:** Adaptar y validar la versión castellana de la escala Quality in Psychiatric Care-Inpatients (QPC-IP).
- **ESTUDIO II:** Adaptar y validar la versión castellana de la escala Quality in Psychiatric Care-Inpatients Staff (QPC-IPS).
- **ESTUDIO III:** Analizar la invarianza configuracional de los ítems y de las subescalas de la escala Quality in Psychiatric Care-Inpatients (Spanish QPC-IP) y la muestra de profesionales que completaron la Quality in Psychiatric Care-Inpatients Staff (Spanish QPC-IPS) con la muestra de pacientes de la escala Quality in Psychiatric Care-Inpatients original sueca (QPC-IP).

3.3. Estudio I

Adaptación y validación de la escala QPC
“Quality in Psychiatric Care-Inpatients)

3.3. Estudio 1

3.3.1. Objetivos

General

- Adaptar y validar la versión castellana de la escala Quality in Psychiatric Care-Inpatients (QPC-IP).

Específicos:

- Realizar una adaptación transcultural al castellano de la escala QPC: “Quality in Psychiatric Care - In Patients (QPC-IP)”.
- Analizar la fiabilidad de la versión castellana de la escala en términos de consistencia interna y estabilidad temporal.
- Analizar la validez de la versión castellana de la escala en términos de contenido, validez convergente, discriminante y validez de constructo.

3.4.2 Metodología

Diseño del estudio

El estudio es de carácter métrico y se ha desarrollado en dos fases:

- Primera fase:** Adaptación transcultural al castellano de la escala QPC-IP realizado desde enero del 2017 hasta mayo del 2017.
- Segunda fase:** Validación de la escala en castellano mediante un estudio descriptivo y transversal realizado desde setiembre del 2017 hasta abril del 2018.

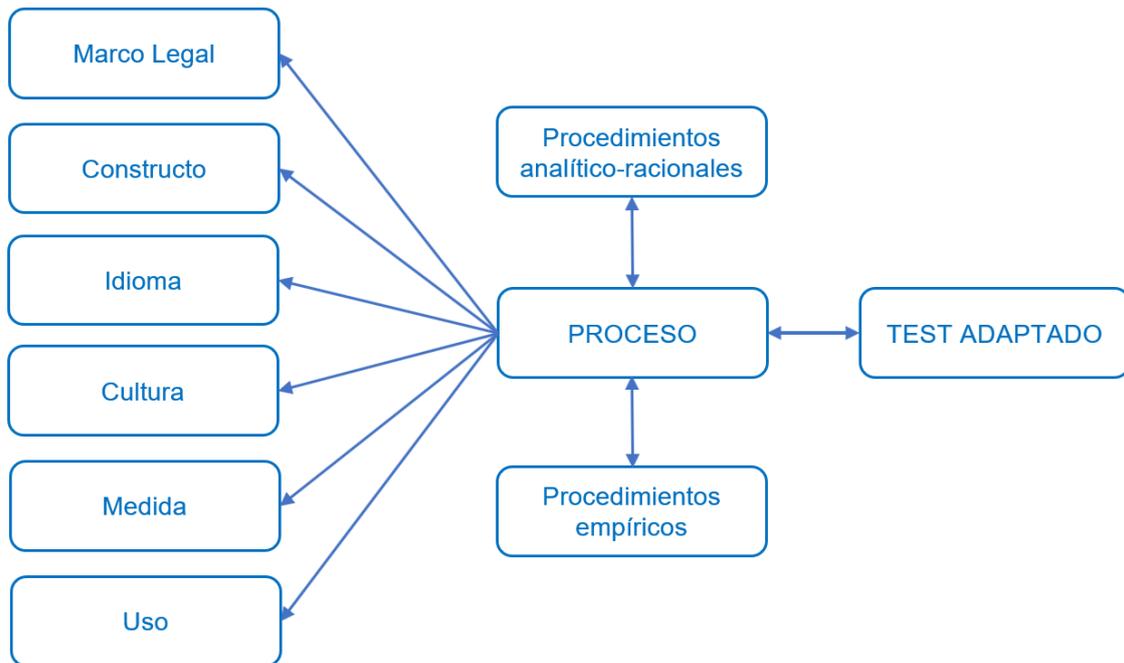
Desarrollo de la primera fase: Proceso de adaptación transcultural al castellano de la escala QPC-IP.

En el Proceso de Adaptación Transcultural (PAT) de la escala se siguieron las directrices propuestas por la *Comisión Internacional de Test*, agrupadas en seis apartados: directrices previas, desarrollo del test, confirmación, aplicación, puntuación e interpretación y documentación (Tabla 14). El objetivo de estas directrices es conseguir una equivalencia semántica, conceptual, de contenido, técnica y de criterio, considerando aspectos importantes como son el contexto cultural, aspectos técnicos del test, la administración del test y la interpretación de las puntuaciones (Figura 4) (Cardoso et al., 2010; Hambleton et al., 2005; International Test Commission, 2010; Muñiz, Elosua, & Hambleton, 2013).

Tabla 14. Directrices para la traducción o adaptación de test (2013)

<p>1. Directrices previas</p> <p>DP1. Antes de comenzar con la adaptación hay que obtener los permisos pertinentes de quien ostente los derechos de propiedad intelectual del test.</p> <p>DP2. Cumplir con las leyes y prácticas profesionales relativas al uso de test que estén vigentes en el país o países implicados.</p> <p>DP3. Seleccionar el diseño de adaptación de test más adecuado.</p> <p>DP4. Evaluar la relevancia del constructo o constructos medidos por el test en las poblaciones de interés.</p> <p>DP5. Evaluar la influencia de cualquier diferencia cultural o lingüística en las poblaciones de interés que sea relevante para el test a adaptar.</p>
<p>2. Directrices de desarrollo</p> <p>DD1. Asegurarse, mediante la selección de expertos cualificados, de que el proceso de adaptación tiene en cuenta las diferencias lingüísticas, psicológicas y culturales entre las poblaciones de interés.</p> <p>DD2. Utilizar diseños y procedimientos racionales apropiados para asegurar la adecuación de la adaptación del test a la población a la que va dirigido.</p> <p>DD3. Ofrecer información y evidencias que garanticen que las instrucciones del test y el contenido de los ítems tienen un significado similar en todas las poblaciones a las que va dirigido el test.</p> <p>DD4. Ofrecer información y evidencias que garanticen que el formato de los ítems, las escalas de respuesta, las reglas de corrección, las convenciones utilizadas, las formas de aplicación y demás aspectos son adecuados para todas las poblaciones de interés.</p> <p>DD5. Recoger datos mediante estudios piloto sobre el test adaptado, y efectuar análisis de ítems y estudios de fiabilidad y validación que sirvan de base para llevar a cabo las revisiones necesarias y adoptar decisiones sobre la validez del test adaptado.</p>
<p>3. Directrices de confirmación</p> <p>DC1. Definir las características de la muestra que sean pertinentes para el uso del test, y seleccionar un tamaño de muestra suficiente que sea adecuado para las exigencias de los análisis empíricos.</p> <p>DC2. Ofrecer información empírica pertinente sobre la equivalencia del constructo, equivalencia del método y equivalencia entre los ítems en todas las poblaciones implicadas.</p> <p>DC3. Recoger información y evidencias sobre la fiabilidad y la validez de la versión adaptada del test en las poblaciones implicadas.</p> <p>DC4. Establecer el nivel de comparabilidad entre las puntuaciones de distintas poblaciones por medio de análisis de datos o diseños de equiparación adecuados.</p>
<p>4. Directrices sobre la aplicación</p> <p>DA1. Preparar los materiales y las instrucciones para la aplicación de modo que minimicen cualquier diferencia cultural y lingüística que pueda ser debida a los procedimientos de aplicación y a los formatos de respuesta, y que puedan afectar a la validez de las inferencias derivadas de las puntuaciones.</p> <p>DA2. Especificar las condiciones de aplicación del test que deben seguirse en todas las poblaciones a las que va dirigido.</p>
<p>5. Directrices sobre puntuación e interpretación</p> <p>DPI1. Interpretar las diferencias de las puntuaciones entre los grupos teniendo en cuenta la información demográfica pertinente.</p> <p>DPI2. Comparar las puntuaciones entre poblaciones únicamente en el nivel de invarianza establecida para la escala de puntuación utilizada en las comparaciones.</p>
<p>6. Directrices sobre la documentación</p> <p>DC1. Proporcionar documentación técnica que recoja cualquier cambio en el test adaptado, incluyendo la información y las evidencias sobre la equivalencia entre las versiones adaptadas.</p> <p>DC2. Proporcionar documentación a los usuarios con el fin de garantizar un uso correcto del test adaptado en la población a la que va dirigido.</p>

Fuente: Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). *Directrices para la traducción y adaptación de los test: segunda edición*. *Psicothema*, 25(Número 2), 151-157.

Figura 4: Componentes en el proceso de adaptación de un test

Fuente: Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25(Número 2), 151-157.

Para la detección de posibles alteraciones de calidad durante el proceso de traducción-adaptación, se realizó una primera aproximación en base a las propuestas de Hambleton & Zenisky (2011). Se respondieron a las 25 preguntas que formulan por cada ítem de la escala (Tabla 15).

Tabla 15: Listado para el control de calidad de la traducción-adaptación de los ítems

<p>Generales</p> <ol style="list-style-type: none">1. ¿El ítem tiene el mismo significado o muy parecido en los dos idiomas?2. ¿El tipo de lenguaje del ítem traducido tiene una dificultad y familiaridad comparables al del idioma original?3. ¿Introduce la traducción cambios en el texto (omisiones, sustituciones o adiciones) que puedan influir en la dificultad del ítem?4. ¿Hay diferencias entre la versión original del ítem y la traducida en relación con el uso de metáforas, giros o expresiones coloquiales? <p>Formato del ítem</p> <ol style="list-style-type: none">5. ¿El formato del ítem, incluyendo los aspectos físicos, es el mismo en los dos idiomas?6. ¿La longitud del enunciado y de las alternativas de respuesta, cuando las haya, tienen una longitud similar en ambas versiones?7. ¿El formato del ítem y la tarea a realizar por la persona evaluada son de una familiaridad similar en las dos versiones?8. ¿Si se destacó una palabra o frase (negrita, cursiva, subrayado, etc.) en la versión original, se hizo también en el ítem traducido?9. En el caso de test educativos, ¿hay una respuesta correcta en ambas versiones del ítem? <p>Gramática y redacción</p> <ol style="list-style-type: none">10. ¿Hay alguna modificación de la estructura gramatical del ítem, tal como la ubicación de las oraciones o el orden de las palabras, que pueda hacer el ítem más o menos complejo en una versión que en otra?11. ¿Existen algunas pistas gramaticales que puedan hacer el ítem más fácil o más difícil en la versión traducida?12. ¿Existen algunas estructuras gramaticales en la versión original del ítem que no tienen equivalente en la versión traducida?13. ¿Existen algunas referencias al género u otros aspectos que puedan dar pistas sobre el ítem en la versión traducida?14. ¿Hay palabras en el ítem que tengan un significado unívoco, pero que en la versión traducida puedan tener más de un significado?15. ¿Hay cambios en la puntuación entre las dos versiones que puedan hacer que el ítem sea más fácil o difícil en la versión traducida? <p>Pasajes (cuando haya)</p> <ol style="list-style-type: none">16. Cuando se traduce un pasaje, ¿las palabras y frases de la versión traducida transmiten el mismo contenido e ideas que la versión original?17. ¿Describe el pasaje individuos o grupos de forma estereotipada en relación con su ocupación, emociones, situación u otro aspecto?18. ¿La forma en la que está escrito el pasaje es controvertida o polémica, o puede ser percibido de forma denigrante u ofensiva?19. ¿El pasaje incluye contenidos o requiere habilidades que pueden ser poco habituales en cualquiera de los dos idiomas o grupos culturales?20. Aparte de los cambios exigidos por la traducción, ¿los gráficos, tablas u otros elementos son iguales en las dos versiones del ítem? <p>Cultura</p> <ol style="list-style-type: none">21. ¿Los términos utilizados en el ítem en el idioma original han sido adaptados de forma adecuada al contexto cultural de la versión traducida?22. ¿Existen diferencias culturales que tengan un efecto diferencial sobre la probabilidad de que una respuesta sea elegida en la versión original y la traducida?23. Las unidades de medida y las monedas (distancia, etc.) de la versión original del ítem ¿están convenientemente adaptadas en la versión traducida?24. Los conceptos implicados en el ítem ¿están al mismo nivel de abstracción en las dos versiones?25. El concepto o constructo del ítem ¿es igual de familiar y tiene el mismo significado en las dos versiones?

Fuente: Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). *Directrices para la traducción y adaptación de los test: segunda edición*. *Psicothema*, 25(Número 2), 151-157.

Traducción de la escala “Quality Psychiatric Care” (QPC-IP)

La traducción de la escala QPC-IP en castellano se realizó mediante cuatro etapas siguiendo una metodología distinta en cada una de ellas (figura 5), y contemplando en todas las fases, la inclusión de expertos que evaluaban el contenido y desarrollo de cada etapa.

Primera etapa:

Esta etapa consiste en el proceso de traducción de la escala del idioma sueco al castellano.

La escala original QPC-IP (Schröder et al., 2011, 2007) de Suecia fue traducida al castellano por un traductor profesional, cuya lengua materna era el castellano.

Segunda etapa:

En esta etapa se realizó la validez de contenido mediante un juicio de expertos.

Para configurar el panel o comité de expertos se siguieron las recomendaciones de Skjong y Wentworht (2000) que proponen los siguientes criterios de selección: (a) Experiencia en la realización de juicios y toma de decisiones basada en evidencia o experticia (grados, investigaciones, publicaciones, posición, experiencia y premios entre otras), (b) reputación en la comunidad, (c) disponibilidad y motivación para participar, y (d) imparcialidad y cualidades inherentes como confianza en sí mismo y adaptabilidad.

El comité de expertos quedó configurado por una especialista en psicometría, dos técnicos del departamento de calidad asistencial, un profesional adjunto al departamento de metodología y calidad, y cinco enfermeros especialistas en salud mental.

Con el grupo de expertos se comprobó la correcta comprensión de los ítems y se estableció la claridad, coherencia y relevancia de cada uno de ellos (anexo 4).

III. ESTUDIOS EMPÍRICOS

La evaluación de cada ítem se evaluó mediante una escala Likert del 1 al 4 (donde 1 indica el desacuerdo total y 4 el total acuerdo) en base a la coherencia, relevancia y claridad de los ítems (Tabla 16).

Tabla 16. Clasificación de los indicadores

Categoría	Calificación	Indicador
Claridad		
El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1 No cumple con el criterio	El criterio no es claro.
	2 Bajo Nivel	El criterio requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3 Moderado Nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del criterio.
	4 Alto Nivel	El criterio es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
Coherencia		
El ítem tiene relación lógica con la dimensión o Indicador que está midiendo.	1 No cumple con el criterio	El criterio no tiene relación lógica con la dimensión.
	2 Bajo Nivel	El criterio tiene una relación tangencial con la dimensión.
	3 Moderado Nivel	El criterio tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.
	4 Alto Nivel	El criterio se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.
Relevancia		
El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1 No cumple con el criterio	El criterio puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2 Bajo Nivel	El criterio tiene alguna relevancia, pero otro criterio puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3 Moderado Nivel	El criterio es relativamente importante.
	4 Alto Nivel	El criterio es muy relevante y debe ser incluido.

Fuente: Maldonado, J. (2015). *Desarrollo de un Marco de Análisis para la Selección de Metodologías de Diseño de Objetos de Aprendizaje (OA) basado en criterios de calidad para contextos educativos específicos.* Universidad Nacional de la Plata. Buenos Aires. Argentina.

La concordancia entre jueces se calculó mediante el coeficiente de concordancia W de Kendall. La información sobre el coeficiente, las hipótesis de trabajo y los criterios de interpretación, se muestran en la Tabla 17.

Tabla 17. Información para la interpretación del Coeficiente de concordancia W de Kendall para el análisis de los datos.

Coeficiente	Escala de los datos	Información que provee	Hipótesis	Rechazo de H_0 e interpretación
Coeficiente de concordancia W de Kendall	Escala ordinal	El grado de concordancia entre varios rangos de n objetos o individuos. Aplicable a estudios interjuicio o confiabilidad interprueba.	H_0 : Los rangos son independientes, no concuerdan. H_1 : Hay concordancia significativa entre los rangos.	Se rechaza H_0 cuando el valor observado excede al valor crítico (con un α de 0.05). El SPSS indica el nivel de significancia, y cuando es inferior al 0.05, se rechaza la H_0 y se concluye que hay concordancia significativa entre los rangos asignados por los jueces. Además, se interpreta la fuerza de la concordancia, que aumenta cuando W se acerca a 1.

Fuente: Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez De Contenido Y Juicio De Expertos: Una Aproximación a Su Utilización. *Avances en Medición*, 6, 27-36.

Tercera etapa:

En esta etapa se realizó un proceso de retro-traducción. La traducción de la versión castellana al sueco fue realizada por otro traductor independiente profesional.

Los autores de la escala original analizaron la retro-traducción y la compararon con la versión sueca para identificar cualquier dificultad en el proceso de traducción y también para examinar la convergencia entre la traducción y la retro-traducción. Las discrepancias encontradas fueron analizadas juntamente con el panel de expertos y con ambos traductores creándose la versión castellana definitiva de la escala.

La versión definitiva en español, de la escala “Quality Psychiatric Care-InPatients” (QPC-IP) para medir la percepción de la calidad de los cuidados en salud mental desde la perspectiva del paciente ingresado en unidades de hospitalización de psiquiatría QPC-IP, se nombró Spanish QPC-IP (anexo 1).

Cuarta Etapa:

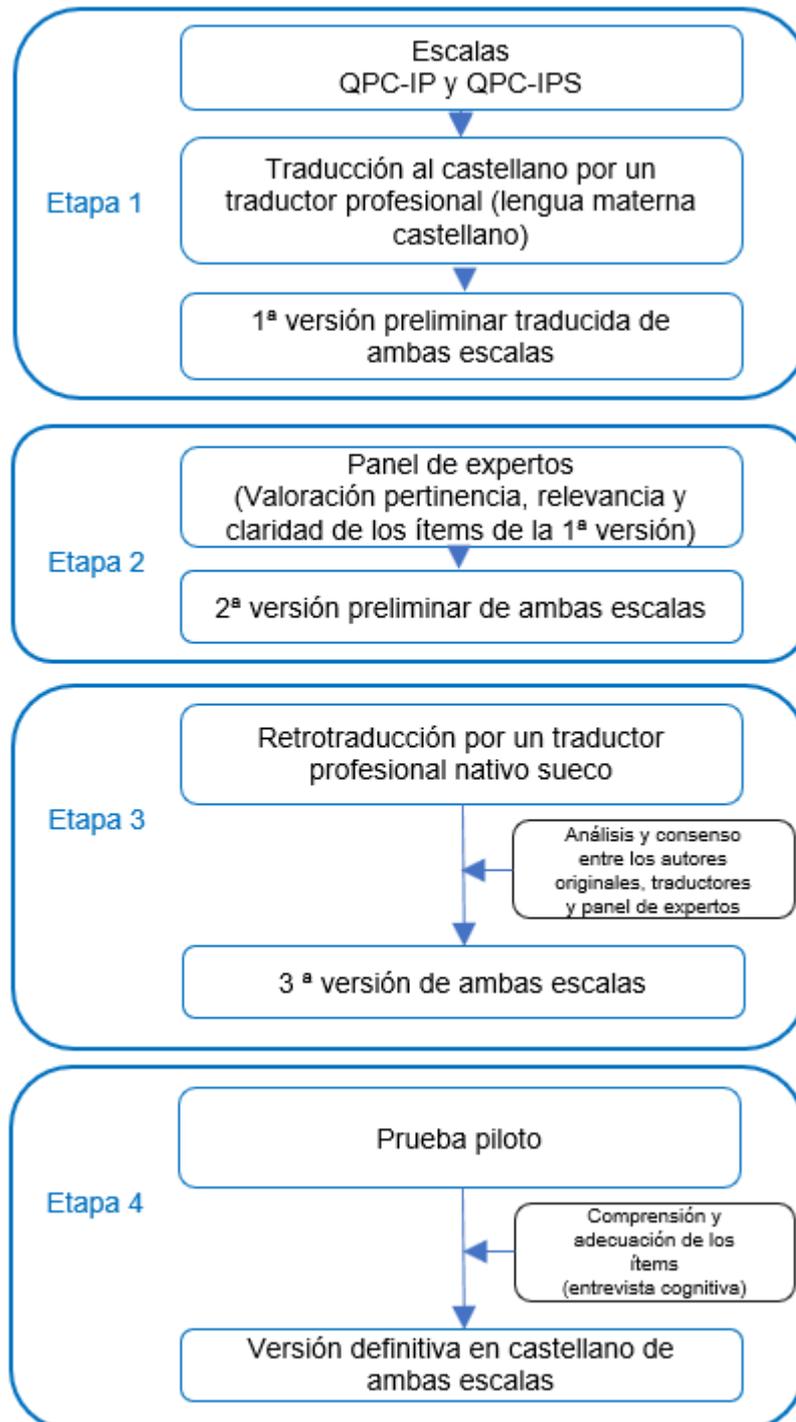
Se realizó una prueba piloto según el modelo de Hertzog (2008), mediante una entrevista cognitiva a la población de estudio, con el fin de comprobar la comprensión y adecuación de los ítems.

Las observaciones que realizaron los participantes en esta etapa fueron analizadas por el grupo de expertos.

La disponibilidad de datos obtenidos en una pequeña muestra permite analizar, estudiar y corregir aspectos relacionados con la adaptación en desarrollo. En este estudio el objetivo principal de la prueba piloto fue, entre otras cosas: a) recoger “in situ” las reacciones de las personas que realizan la prueba; b) asegurarse de que los ítems e instrucciones eran correctamente comprendidos; c) registrar el tiempo necesario para la ejecución del cuestionario; d) recoger información sobre posibles errores de contenido o formato que se pueden corregir antes de pasar a la fase operacional; y e) obtener datos que permitieron llevar a cabo un primer análisis de ítems que indiquen la dirección y sentido de los índices psicométricos más relevantes (Muñiz et al., 2013).

Según Hertzog (2008), el número de participantes para la prueba piloto se basa en el tipo de estudio el cual se desea investigar. En nuestro caso y según lo que el autor recomienda, la muestra debe estar comprendida entre 20 y 45 participantes. Teniendo en cuenta dicha premisa, se acordó incluir a 30 pacientes diagnosticados de algún trastorno de salud mental según el manual DSM-V con el objetivo de valorar la comprensión de los ítems y la factibilidad de su administración.

Figura 5: Diagrama del proceso de Traducción – Retro-traducción



Fuente: Elaboración propia

Desarrollo de la segunda fase: Análisis métrico de la escala mediante un estudio transversal.

Ámbito de estudio

El estudio se ha realizado en las unidades asistenciales de hospitalización de psiquiatría de adultos de los municipios de Sant Boi de Llobregat y Barcelona, que forman parte del área de influencia de Sant Joan de Déu (Parc Sanitari Sant Joan de Déu Baix Llobregat y Sant Joan de Déu Numancia-Barcelonés). La población de referencia consta de un total de 2.612.958 habitantes.

Población objetivo

Todos los sujetos de ambos sexos, mayores de 18 años, diagnosticados de trastorno mental y hospitalizados en unidades asistenciales de salud mental, en Cataluña.

Población accesible

Todos los sujetos de ambos sexos, mayores de 18 años, diagnosticados de trastorno mental e ingresados en las unidades de psiquiatría durante el periodo de estudio.

- **Criterios de Inclusión:**
 - Edad mayor de 18 años,
 - Diagnóstico de trastorno mental según la clasificación DSM-V,
 - Estar ingresado en el momento del estudio en alguna de las unidades de psiquiatría (Agudos, Subagudos, Servicio de Rehabilitación Intensiva, Centros Residenciales y Comunidad Terapéutica).
- **Criterios de exclusión:**
 - Pacientes con dificultad para comprender y expresarse en castellano.
 - Sujetos que presentaban una alteración en la cognición provocada por el momento agudo del trastorno.

- Pacientes que se encontrarán en régimen de aislamiento y/o contención física y/o farmacológica.

Población de estudio

Se seleccionó una muestra de la población accesible mediante un muestreo consecutivo hasta obtener el tamaño muestral necesario. El cálculo de la muestra se ha realizado siguiendo las recomendaciones de Norman y Streiner, (1996) que consideran que el tamaño de la muestra debe estar entre cinco y veinte participantes por cada ítem que forma parte de la escala (Cortina, 1993; Norman & Streiner, 1996; Streiner, 2003). La escala está compuesta por 30 ítems y para este estudio se ha considerado incluir a 5 sujetos por cada ítem. Por lo tanto, la muestra estimada necesaria fue de 150 participantes.

Instrumentos y fuentes de información

El instrumento principal de información ha sido la escala *QPC “Quality in Psychiatric Care- Inpatient”* adaptada al castellano.

1. Escala *QPC “Quality in Psychiatric Care- Inpatient”*

Esta escala fue desarrollada por la Dra. Agneta Schröder (2010) en Suecia y tiene como objetivo medir la percepción de la calidad de los cuidados en salud mental desde la perspectiva del paciente ingresado en unidades de hospitalización de psiquiatría. Se trata de una escala que está formada por 30 ítems distribuidos en 6 dimensiones. Ha sido validada en diferentes idiomas y países (Dinamarca, Indonesia) (Lundqvist, Riiskjaer, Lorentzen, & Schröder, 2014a; Lundqvist et al., 2018) y en proceso de validación en Taiwán, Tailandia, Brasil, Inglaterra, China y Noruega. Los resultados del proceso de validación muestran unas propiedades psicométricas adecuadas (Schröder, et al., 2010)

III. ESTUDIOS EMPÍRICOS

La escala QPC-IP está indicada para pacientes con diferentes trastornos mentales, con lo que su uso se puede aplicar a distintos grupos de pacientes con alteración mental crónica o aguda, que están en diferentes dispositivos de hospitalización de salud mental.

Cada ítem se evalúa mediante una escala Likert con cuatro opciones de respuesta, donde 1 indica el desacuerdo total y 4 el acuerdo total.

La puntuación total de la escala QPC-IP es la suma de todas las puntuaciones de los ítems. La puntuación máxima es de 120 puntos y la mínima de 30 puntos. Una puntuación alta en cada dimensión o en el total de la escala indicaría una percepción de calidad muy buena por parte del paciente, en contraste a una puntuación baja, lo que justificaría una necesidad de intervención en los dominios que se objetivaran carencias, tanto de los profesionales como de la institución.

Es una escala elaborada para ser autoadministrada, con lo cual no es necesario la presencia de algún componente del equipo multidisciplinar, exceptuando los casos donde exista una discapacidad visual o perfil de pacientes con edad avanzada.

La descripción de cada dimensión, distribución de los ítems que la configuran y las puntuaciones mínimas y máximas se muestra en la Tabla 18.

Tabla 18. Descripción de cada dimensión y distribución de los ítems por la escala QPC-IP

Dimensión	Descripción	Ítems	Mínima	Máxima
D1. Relación terapéutica	Se basa en la relación que se establece entre paciente y profesional con el objetivo de ofrecer ayuda y soporte durante su ingreso.	7, 10, 11, 12, 15, 18, 20, 25	8	32
D2. Participación del paciente	Corresponde al grado en que el paciente colabora o coopera de forma activa en el proceso de tratamiento y cuidado.	1, 5, 6, 13, 14, 27, 29, 30	8	32
D3. Soporte recibido	Comprende acciones de ayuda, motivación y refuerzo que sirvan de soporte emocional a la persona y le ayuden a efectuar cambios necesarios para su adecuación a la situación-problema. (Navarro & Novel, 2000).	19, 22, 23, 24	4	16
D4. Entorno	Es el ambiente asistencial donde reside el paciente durante su ingreso.	3, 26, 28	3	12
D5. Seguridad	El concepto de seguridad se define cómo la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidas como consecuencia de la atención recibida o la ausencia de ella (Merino, 2012).	2, 4, 9	3	12
D6. Alta hospitalaria	Se denomina alta hospitalaria al cierre (por curación, fallecimiento o traslado) de un episodio atendido en el área de hospitalización.	8, 16, 17, 21	4	16
Total escala QPC-IP		Ítem 1 al 30	30	120

Spanish QPC-IP: "Quality in Psychiatric Care" versión Castellana-"In Patients" (versión paciente)

2. Otras variables

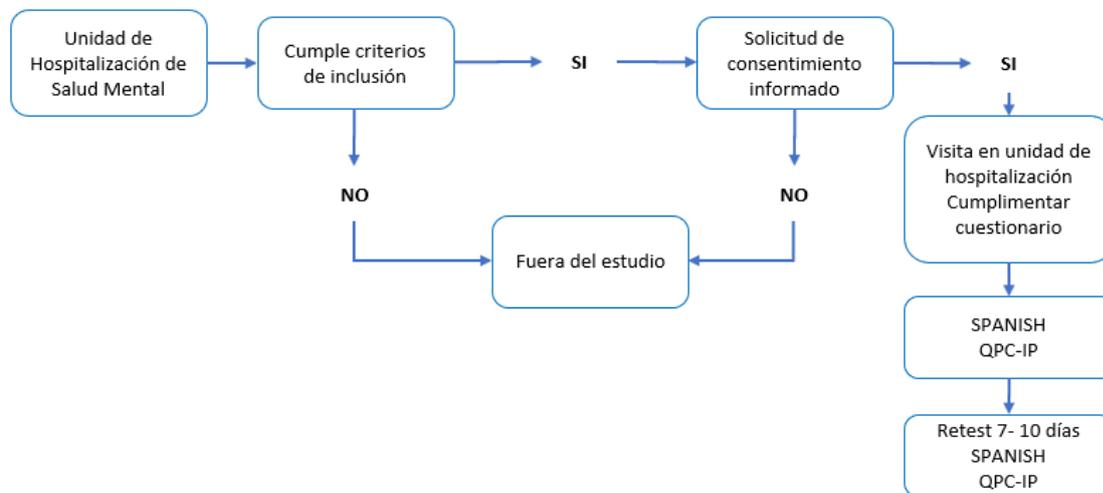
- **Edad:** edad en años en el momento del estudio.
- **Género:** hombre, mujer.
- **Nacionalidad:** española, resto de Europa, no europea.
- **Estado civil:** soltero/a, casado/a o con pareja, viudo/a o divorciado/a, NS/NC.
- **Nivel de estudios:** educación primaria incompleta, educación primaria, educación secundaria, formación profesional/ bachillerato, estudios superiores.
- **Ocupación principal:** trabajar, en busca de empleo/paro, baja por enfermedad, pensión de enfermedad, jubilación, estudios, otros, NS/NC.
- **Días ingreso en la unidad (media).**
- **Ingresos previos en una unidad de hospitalización:** si, no.
- **Número de ingresos.**
- **La opinión del tiempo de espera:** muy corto, corto, ni corto ni largo, largo, demasiado largo.
- **La participación de la planificación de los cuidados.** Se basa en conocer si ha sentido que era parte implicada durante su ingreso: si, no.
- **Tiempo de ingreso en la unidad:** desde unos días hasta una semana, más de una hora y hasta dos semanas, más de dos y hasta cuatro semanas, entre cuatro semanas y dos meses, más de dos meses.
- **Percepción del paciente de la duración del ingreso:** demasiado corta, corta, ni corta ni larga, demasiado larga.
- **Conocimientos del paciente sobre su diagnóstico:** si, no, no me dieron diagnóstico.
- **La opinión sobre si el diagnóstico es correcto o no:** si, no, NS/NC.
- **Tipo de ingreso.** Según si es voluntario o no: ingreso voluntario, involuntario con autorización judicial, involuntario con orden judicial, NS/NC.
- **Cambio de status en el tipo de ingreso:** de ingreso voluntario a ingreso involuntario, ingreso involuntario a ingreso voluntario, no hubo cambio, NS/NC.
- **Conocimiento sobre quién es el médico responsable:** si, no.

III. ESTUDIOS EMPÍRICOS

- **Información sobre los recursos asistenciales existentes en salud mental:** si, no.
- **Valoración del alta en el momento actual:** positivo, negativo.
- **Conocimientos de cómo realizar una reclamación:** si, no.
- **Recomendación de ingresar en el mismo servicio de salud mental:** de ninguna manera, preferiría que no, quizás, con gusto, absolutamente si.
- **Valoración del estado de salud mental:** muy mala, mala, ni buena ni mala, buena, muy buena.
- **Valoración del estado de salud física:** muy mala, mala, ni buena ni mala, buena, muy buena.

Procedimiento de la recogida de los datos

Se incorporaron en el estudio a todos los pacientes que estaban ingresados en las unidades de salud mental que cumplían los criterios de inclusión. Se fueron reclutando de forma consecutiva hasta completar el tamaño total de la muestra. A los sujetos seleccionados se les informó del estudio y a los que aceptaban participar voluntariamente, se les solicitaba el consentimiento para administrarles los cuestionarios. En esta primera visita, se recogieron las variables sociodemográficas y clínicas, y se les evaluó mediante la escala Spanish QPC-IP. La evaluación se realizó el mismo día. Al ser una escala autoadministrada se les entregó y se dejó un margen de tiempo para cumplimentarlas. Posteriormente se les entregó la Spanish QPC-IP en un margen de 7-14 días, con el fin de poder evaluar la fiabilidad del instrumento (estabilidad temporal). En la figura 6 se muestra el procedimiento para la recogida de los datos.

Figura 6. Algoritmo del procedimiento de recogida de los datos

Fuente: Elaboración propia.

Análisis estadístico

La validación de un instrumento se utiliza para certificar que la escala tiene las características necesarias para poder ser usada. Es un proceso complejo que quiere garantizar que la medida sea adecuada, válida, fiable y sensible a los cambios (Badía, Alonso, & Salamero, 2007; Carvajal, Centeno, Watson, Martínez, & Rubiales, 2011; Martín, 2004; Sánchez & Echeverry, 2004). Para desarrollar un nuevo instrumento, se necesitan muchos recursos técnicos y humanos altamente cualificados y con experiencia. Así pues, siempre que sea posible, y haya un instrumento válido en otro contexto, se recomienda adaptar y validar el cuestionario que hay. Este proceso, mundialmente aceptado, es más económico, más rápido y nos ofrece la posibilidad de realizar estudios entre diferentes culturas y países.

La calidad de un instrumento de medida depende básicamente de dos propiedades: su fiabilidad y su validez. La fiabilidad hace referencia a la estabilidad de la medida cuando ésta se repite varias veces, y generalmente se usa como sinónimo de

III. ESTUDIOS EMPÍRICOS

repetibilidad, reproducibilidad o concordancia. El término validez se refiere a si el procedimiento está midiendo realmente el fenómeno que queremos medir.

Para que la escala Spanish QPC-IP sea considerada un instrumento bien adaptado, se sometió a una comprobación empírica de sus propiedades psicométricas.

Los análisis realizados han sido los siguientes:

Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra

Inicialmente se ha hecho un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio, calculando para todas las variables cualitativas el porcentaje y su frecuencia y para las variables cuantitativas la media y la desviación estándar.

Análisis descriptivo de los ítems de la escala Spanish QPC versión paciente

Se calculó la puntuación media de la escala Spanish QPC-IP y su desviación estándar y para cada ítem de la escala se calcularon los valores de tendencia central, variabilidad, asimetría, curtosis y el porcentaje de respuesta mínima y máxima.

Análisis de la fiabilidad

La evaluación de la fiabilidad de la escala Spanish QPC-IP se realizó analizando la consistencia interna y la estabilidad temporal. La consistencia interna se refiere a si los ítems que miden un mismo atributo o fenómeno presentan homogeneidad entre ellos. Este método únicamente requiere la administración de la escala en una única ocasión. La técnica más utilizada para evaluar la consistencia interna de un cuestionario es el coeficiente alfa de Cronbach (Bland & Altman, 1997; Cronbach, 1951; Muñoz, 1996, 2003; Oviedo Celina & Campo-Arias, 2005) que expresa la consistencia interna entre 3 o más variables.

Sus valores están comprendidos entre 0 y 1, considerando una buena consistencia interna en el margen entre 0,70 a 0,9. Los resultados que puntúan inferior a 0,70 indican pobre correlación entre los ítems y los que superan 0,90 indican redundancia o duplicación de ítems (Jaju & Crasck, 1999).

Se calculó también el coeficiente de homogeneidad de los ítems corregido, estimando las correlaciones de cada ítem con el total de la escala y con su subescala correspondiente, aceptando como límite inferior una correlación de 0,20 (Clark & Watson, 1995).

La repetibilidad o fiabilidad test-retest (estabilidad temporal) se evaluó mediante la concordancia interobservador, que consistió en administrar el cuestionario Spanish QPC-IP a la misma muestra de estudio en dos ocasiones diferentes en el tiempo. El análisis se ha realizado mediante el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI), que es un índice que sintetiza el grado de concordancia entre dos medidas cuantitativas (Argimón & Jiménez, 2004) y se ha establecido un intervalo de confianza del 95%.

Los valores del Coeficiente de Correlación Intraclase también están comprendidos entre 0 y 1. La concordancia se considera muy buena si el coeficiente es mayor de 0,90, buena si está entre 0,71 y 0,90, moderada entre 0,51 y 0,70, mediocre entre 0,31 y 0,50 y mala o nula si es inferior a 0,31 (Fleiss, Levin, & Cho Paik, 2003).

Diversos autores evalúan también la fiabilidad utilizando el coeficiente de correlación de Pearson (r). Este coeficiente es una medida del grado en que un conjunto de puntos en un diagrama de dispersión se aproxima a la situación en la cual todos están exactamente sobre una línea recta (Szklo & Nieto, 2003).

A pesar de que es una de las medidas de fiabilidad utilizada, es una de las menos apropiadas por diversas razones. Entre sus limitaciones destaca, por un lado, que no es sensible a diferencias sistemáticas entre dos medidas. Es decir, es un índice de asociación lineal entre dos variables o medidas, pero no necesariamente una buena medida de la concordancia existente entre ellas.

Por otro lado, es muy sensible al recorrido de los valores y a la presencia de valores extremos u outliers. A pesar de todas estas limitaciones en este estudio también se calculó como información adicional al Coeficiente de Correlación Intraclase.

Análisis de la validez

Validez convergente y discriminante

Se realizó el análisis de la correlación de la escala Spanish QPC-IP con el cálculo del coeficiente de correlación de Pearson, entre las diferentes dimensiones de la escala Spanish QPC-IP y también entre el resultado de cada una de las subescalas y la total, para evaluar así la validez convergente y discriminante, partiendo de la hipótesis de que la correlación entre cada subescala y la escala total debe ser más fuerte que las correlaciones entre las subescalas (Fayers & Machin, 2000).

Validez de constructo

Por último, se hizo un análisis factorial confirmatorio mediante el método de mínimos cuadrados generalizados. Este método tiene las mismas propiedades que el método de máxima verosimilitud, aunque bajo consideraciones de normalidad multivariada menos rigurosas, utilizándose sobre todo para los ítems de nivel de medida ordinal (Batista-Foguet, Coenders, & Alonso, 2004; Rial, Varela, Abalo, & Lévy, 2006). Se calcularon los índices de ajuste absoluto, incremental y de parsimonia. En este estudio se ha utilizado el índice de ajuste absoluto GFI (Gooness-of-fit Index) y el RMSE (Root Mean Standard Error) considerando como modelos adecuados los que tienen un índice GFI próximo a 0,90 y un índice RMSE con valores comprendidos entre 0 y 0,05, y modelos aceptables cuando los valores de este índice están entre 0,05 y 0,08 (Browne & Cudeck, 1993). Los índices incrementales que se han utilizado en este estudio han sido el índice AGFI (Adjusted Goodness-of-fit Index) y los índices BBNFI (Bentler Bonnet Normed Fit Index) y BBNNFI (Bentler Bonnet Non Normed Fit Index). Estos índices también oscilan entre 0 y 1, y se consideran como

modelos adecuados los que tienen un índice próximo a 0,90. Finalmente, con respecto al índice de parsimonia se ha utilizado la Chi-cuadrado normalizada, definida como la ratio entre el valor de la Chi-cuadrado y el número de grados de libertad. Se consideran valores aceptables entre 2 y 6 (Hu & Bentler, 1998).

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico IBM® SPSS® Statistics 22.0 (IBM Corporation, 2013) y el EQS® versión 6.2. para el análisis factorial confirmatorio (Multivariate Software Inc, 2006).

Consideraciones éticas

En todo el procedimiento de la investigación se respetaron los criterios de la Declaración de Helsinki. Se acató y garantizó los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

En primer lugar, se solicitó autorización de la autora de las escalas QPC-IP y QPC-IPS y del equipo sueco (A. Schröder; RNT, PHD). En el anexo 5 se adjunta el contrato de colaboración por parte de la investigadora principal (SS) como del equipo de investigación de la Universidad de Örebro.

Previamente al inicio de la recogida de datos, se presentó la documentación oficial necesaria para la valoración del proyecto de investigación y la autorización para desarrollarla en el Comité de Recerca del Parc Sanitari Sant Joan de Déu como del Comité de Ética e Investigación Científica obteniendo dictamen favorable y código interno (PIC-128-15) (anexo 6 y 7 respectivamente).

Se evaluó el beneficio-riesgo de este estudio, del cual se deprendía que no tenía posibilidades de generar ningún riesgo sobre los participantes.

A cada participante se le entregó una hoja informativa con la descripción de los objetivos del estudio y las condiciones de participación, para que pudiera decidir sobre su participación (anexo 8). En caso de estar de acuerdo, debían firmar el consentimiento informado (anexo 10) de manera voluntaria, según la normativa vigente. El sujeto era libre de rechazar la participación en el estudio en cualquier momento y por cualquier razón, sin que este hecho tuviera ninguna consecuencia.

Con el fin de garantizar la confidencialidad de los datos del estudio, sólo tenía acceso la investigadora principal. Los datos fueron introducidos en un fichero, que se trató conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, exclusivamente para el desarrollo y buen fin del estudio. La identificación de los sujetos fue mediante un código de identificación y no constaba ni el nombre, ni ningún tipo de dato personal. De esta manera se preservó el anonimato y confidencialidad de todos los participantes.

3.3.3. Resultados

Resultados de la primera fase

La traducción de la escala del sueco al castellano y viceversa se desarrolló sin incidencias. Todos los ítems fueron traducidos y retro-traducidos sin ninguna dificultad importante. El grado de concordancia entre los expertos que participaron en la validez de contenido, se determinó mediante el coeficiente de concordancia W de Kendall. Se obtuvo una concordancia adecuada en los tres criterios analizados (claridad, coherencia y relevancia). A continuación, se muestra los datos obtenidos para cada uno de estos criterios.

- CLARIDAD

El promedio total entre las dimensiones y la media de los observadores fue de 3,64 (Tabla 19). La dimensión **D2** (Participación) fue la que obtuvo menor puntuación (3,50) y el promedio del observador 2 y 3 fue menor que el resto. El coeficiente de concordancia de W de Kendall fue 0,155 ($p < 0,001$).

Tabla 19. Promedio de las dimensiones según el juicio de claridad

Dimensiones	Obs. 1	Obs. 2	Obs. 3	Obs. 4	Obs. 5	Obs. 6	Obs. 7	Obs. 8	Media
D1. Relación terapéutica	4,00	3,25	3,38	3,25	3,88	3,50	3,38	4,00	3,58
D2. Participación	3,75	3,00	3,00	3,50	3,38	3,88	3,75	3,75	3,50
D3. Soporte	3,00	3,25	2,50	4,00	4,00	4,00	4,00	3,75	3,56
D4. Entorno	4,00	3,33	4,00	3,33	4,00	4,00	4,00	4,00	3,83
D5. Seguridad	4,00	3,67	4,00	3,67	4,00	4,00	4,00	4,00	3,92
D6. Alta hospitalaria	3,75	4,00	3,75	3,50	3,75	3,50	4,00	4,00	3,78
Promedio	3,77	3,33	3,33	3,50	3,77	3,77	3,77	3,90	3,64

- COHERENCIA

Los resultados muestran que el promedio total entre las dimensiones y la media de los observadores fue de 3,86 (Tabla 20). La dimensión **D1** (Relación terapéutica) fue la que alcanzó menor puntuación (3,80) y el promedio del observador 1 fue menor

III. ESTUDIOS EMPÍRICOS

que el resto. El coeficiente de concordancia de W de Kendall fue 0,261, siendo significativo ($p < 0,001$), es decir, se puede establecer una concordancia entre los observadores.

Tabla 20. Promedio de las dimensiones según el juicio de coherencia

Dimensiones	Obs. 1	Obs. 2	Obs. 3	Obs. 4	Obs. 5	Obs. 6	Obs. 7	Obs. 8	Media
D1. Relación terapéutica	3,13	4,00	4,00	4,00	3,88	4,00	3,38	4,00	3,80
D2. Participación	3,63	3,75	4,00	4,00	3,88	4,00	3,88	4,00	3,89
D3. Soporte	3,25	4,00	4,00	4,00	4,00	3,75	3,75	4,00	3,84
D4. Entorno	3,67	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,96
D5. Seguridad	4,00	4,00	4,00	4,00	3,33	4,00	3,67	4,00	3,88
D6. Alta hospitalaria	3,75	3,50	4,00	4,00	4,00	4,00	3,75	4,00	3,88
Promedio	3,50	3,87	4,00	4,00	3,87	3,97	3,70	4,00	3,86

- RELEVANCIA

Con respecto a la relevancia, el promedio total entre las dimensiones y la media de los observadores fue de 3,87 (Tabla 21). La dimensión **D3** (Alta hospitalaria) fue la que presentó menor puntuación (3,78) y el promedio del observador 1 también fue menor que el resto de los observadores. El coeficiente de concordancia de W de Kendall es 0,099 ($p < 0,001$).

Tabla 21. Promedio de las dimensiones según el juicio de relevancia

Dimensiones	Obs. 1	Obs. 2	Obs. 3	Obs. 4	Obs. 5	Obs. 6	Obs. 7	Obs. 8	Media
D1. Relación terapéutica	3,88	4,00	4,00	4,00	3,88	4,00	3,50	3,88	3,89
D2. Participación	3,75	3,63	4,00	4,00	3,38	4,00	4,00	4,00	3,84
D3. Soporte	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,75	3,75	3,81
D4. Entorno	3,67	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,96
D5. Seguridad	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,67	4,00	3,96
D6. Alta hospitalaria	3,75	3,50	3,75	4,00	3,75	3,50	4,00	4,00	3,78
Promedio	3,70	3,83	3,97	4,00	3,77	3,93	3,80	3,93	3,87

A partir de estos datos, el comité de expertos decidió modificar conceptualmente el ítem 2 (“la sala” por “unidad”), el ítem 11 (“calidez” por “proximidad”) y el ítem 17 (“ocupación” por “trabajo u otras ocupaciones”) para obtener el mayor grado posible de equivalencia semántica, idiomática y conceptual. Estos cambios se evaluaron juntamente con el panel de expertos y los traductores, aceptando y consensuando dichos cambios. Cuando se obtuvo la versión definitiva, se discutió juntamente con el equipo sueco, que determinó que el proceso de traducción y retro-traducción fue adecuado obteniendo una versión final de la misma.

Cuando se dispuso de la versión definitiva adaptada semánticamente, se realizó la prueba piloto (cuarta etapa) en una muestra de 30 pacientes. Las reacciones “in situ” de los participantes fueron también analizadas, y no se dieron situaciones de incomprensión o de confusión. No fue necesario modificar el formato original de la escala, el tiempo medio de cumplimentación fue de 20 minutos y ninguna pregunta precisó de ser modificada. La mayoría de los pacientes que participaron en la prueba piloto verbalizaron que era fácil y rápida de cumplimentar.

Resultados de la segunda fase

Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra

La muestra que se incluyó en este estudio fue de 150 pacientes ingresados en los hospitales de Parc Sanitari Numancia (46,6%) y Parc Sanitari Sant Boi (56,8%) respectivamente, correspondientes a 2 municipios de la provincia de Barcelona. Se incluyeron a los pacientes ingresados en nueve unidades de salud mental, entre ellas, unidad de Agudos, Subagudos, Serpi (larga estancia), Comunidad Terapéutica y Llar residencia.

En la Tabla 22 se describen las principales características sociodemográficas y clínicas de la muestra de estudio. Se puede determinar que la media de edad fue de 43,0 años (DE 12,6), siendo el 45,3% mujeres. El 86% de la muestra era de nacionalidad española. Respecto al estado civil, el 62% de los pacientes ingresados estaban solteros y el 15,3% divorciados o viudos.

Respecto a la educación recibida, un 26,6% finalizaron estudios de primaria o bien no los acabaron, y un 30,7% de la población se especializó en formación profesional. En relación con la ocupación principal, un 44% percibía la pensión por enfermedad. La media de días de ingreso fue de 43 (DE 11,0). El 73,3% de la muestra había ingresado más de una vez. La media del número de ingresos correspondió a 5,89 (DE 9,89).

La opinión del 29,1% determinó que la espera del ingreso en una unidad fue muy corta. En relación con la planificación de los cuidados, el 55,4% afirmó ser partícipe de dicha planificación. El 36,1% de la muestra aseguró que su ingreso duró más de dos meses. La percepción de la duración del ingreso no fue ni corta ni larga para el 6% de los pacientes ingresados. El 65,3% del total conocía su diagnóstico, y el 64,4% opinó que su diagnóstico era correcto. Según el tipo de ingreso, el 53,3% tenía un ingreso voluntario, y el 40,7% opinó que su estatus de tipo de ingreso no cambió durante la duración de este. El 92% conocía a su médico, y el 64% disponía de información de los recursos asistenciales existentes en salud mental.

El 70% de los encuestados opinaba que ya era el momento de darle el alta, y el 52% no conocía el procedimiento para realizar una reclamación. Respecto a la recomendación de ingresar en la misma unidad, el 33,3% opinaba que le gustaría rotundamente ingresar de nuevo si se diera la situación. Según la valoración del estado de salud mental el 28% de los encuestados opinaba que gozaba de muy buena salud mental, y a nivel de salud física, el 29,3% valoraba su salud como ni buena ni mala.

Tabla 22: Características sociodemográficas y laborales de los pacientes

Características	n	%
Edad en años	43,0 (DE 12,6)	
Género		
Mujeres	68	45,3
Hombres	82	54,7
Nacionalidad		
Española	129	86
Resto de Europa	9	6
No europea	12	8
Estado Civil		
Soltero	93	62,0
Casado o con pareja	28	18,6
Viudo o divorciado	23	15,3
NS/NC	3	2,0
Estudios		
Educación primaria incompleta	20	13,3
Educación primaria	20	13,3
Educación secundaria	31	20,7
Formación profesional/ bachillerato	46	30,7
Estudios superiores	31	20,7
Ocupación principal		
Trabajo	19	12,7
En busca de empleo/paro	21	14,0
Baja por enfermedad	20	13,3
Pensión por enfermedad	66	44,0
Jubilación	4	2,7
Estudios	7	4,7
Otros	6	4,0
NS/NC	7	4,7
Días ingreso en la unidad	43 (DE 11,0)	
Ingresos previos en una unidad de hospitalización		
Si	110	73,3
No	40	26,7
Número de ingresos	5,83 (9,89)	

DE: Desviación estándar

Tabla 22: Características sociodemográficas y laborales de los pacientes (continuación)

Características	n	%
Opinión del tiempo de espera		
Muy corto	41	29,1
Corto	21	14,9
Ni corto ni largo	36	25,5
Largo	23	16,3
Demasiado largo	20	14,2
Planificación de los cuidados		
No	62	44,6
Si	77	55,4
Tiempo ingresado en la unidad		
Desde unos días hasta una semana	11	7,6
Más de una y hasta dos semanas	20	13,9
Más de dos y hasta cuatro semanas	36	25,0
Entre cuatro semanas y dos meses	25	17,4
Más de dos meses	52	36,1
Percepción del paciente de la duración del ingreso		
Demasiado corta	5	3,5
Corta	11	7,7
Ni corta ni larga	53	37,1
Demasiado larga	39	27,3
Conocimiento del paciente sobre su diagnóstico		
No	36	24,0
Si	98	65,3
No me dieron diagnóstico	11	7,3
Opina que su diagnóstico es correcto		
Si	85	64,4
No	42	28
NS/NC	5	3,3
Tipo de ingreso		
Ingreso Voluntario	80	53,3
Ingreso Involuntario-Autorización judicial	39	26,0
Ingreso Involuntario-Orden Judicial	15	10,0
NS/NC	16	10,7

DE: Desviación estándar

Tabla 22: Características sociodemográficas y laborales de los pacientes (continuación)

Características	n	%
Tipo de ingreso		
Ingreso Voluntario	80	53,3
Ingreso Involuntario-Autorización judicial	39	26,0
Ingreso Involuntario-Orden Judicial	15	10,0
NS/NC	16	10,7
Cambio de estatus en el tipo de ingreso		
Ingreso Voluntario a Ingreso Involuntario	25	16,7
Ingreso Involuntario a Ingreso Voluntario	19	12,7
No hubo cambio	61	40,7
NS/NC	45	30
Información sobre quién es su médico		
No	8	5,3
Si	138	92,0
Información de recursos asistenciales existentes en salud mental		
No	49	32,7
Si	96	64,0
Valoración del alta en el momento actual		
Negativo	41	27,3
Positivo	105	70,0
Conocimiento de realizar una reclamación		
No	78	52,0
Si	70	46,7
Recomendación de ingresar en el mismo servicio		
De ninguna manera	10	6,7
Preferiría que no	10	6,7
Quizás	39	26,0
Con gusto	38	25,3
Absolutamente sí	50	33,3
Valoración del estado de salud mental		
Muy mala	13	8,7
Mala	17	11,3
Ni buena ni mala	27	18,0
Buena	46	30,7
Muy buena	42	28,0
Valoración del estado de salud física		
Muy mala	13	8,7
Mala	29	19,3
Ni buena ni mala	44	29,3
Buena	41	27,3
Muy buena	20	13,3

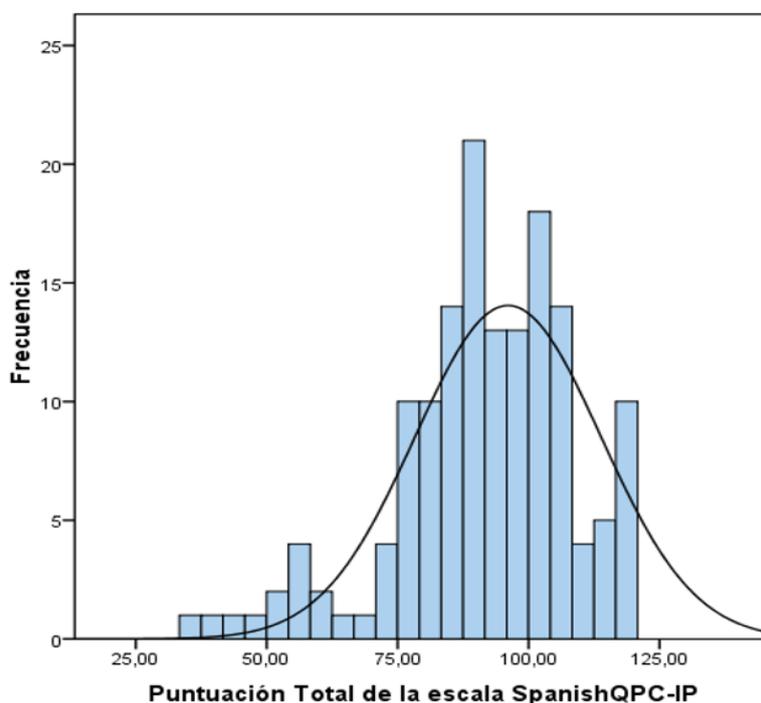
DE: Desviación estándar

Spanish QPC-IP: "Quality in Psychiatric Care" versión castellana-"In Patients" (versión paciente)

Análisis descriptivo de los ítems de la escala Spanish QPC-IP versión paciente

La media de la puntuación total de la escala Spanish QPC-IP fue de 89,6 (DE 12,3) con una mediana de 90, siendo el valor mínimo obtenido de 51 y el valor máximo de 120. En el gráfico 2 se representa su histograma de frecuencias observándose que la distribución es mesocúrtica, pero con una asimetría negativa.

Gráfico 2. Histograma de frecuencias de la puntuación total de la escala Spanish QPC-IP



En la Tabla 23 se ofrecen los resultados de los 30 ítems de la escala Spanish QPC-IP. Se muestran los valores de tendencia central, variabilidad, asimetría, curtosis y el porcentaje de respuesta mínima y máxima para cada uno de ellos. Lo más destacable es la asimetría negativa existente en la práctica totalidad de los ítems de la escala, siendo negativa o a la izquierda. Se observa una asimetría negativa débil en el ítem 3 (acceso privado), en el ítem 9 (no sentirse molestado por otros usuarios), en el ítem 28 (sitio íntimo) y en el ítem 30 (diferentes opciones de tratamiento). También se observa una curtosis negativa en 19 ítems, destacando el ítem 15 con una fuerte curtosis positiva (el respeto de los profesionales).

Tabla 23: Estadísticos descriptivos de los ítems de la escala Spanish QPC-IP

Resumen de los contenidos de los ítems	Media	DE	Mediana	Curtosis	Asimetría	% Respuesta mínima	% Respuesta máxima	
P1	Puedo decidir en la toma de decisiones de mis cuidados y mi tratamiento	2,93	0,92	3	-0,33	-0,64	10,0	30,0
P2	Me siento seguro en esta unidad	3,20	0,90	3	0,48	-1,10	8,0	44,7
P3	Tengo acceso a un lugar privado al que puedo ir cuando quiero estar tranquilo	2,65	1,11	3	-1,24	-0,29	23,3	28,0
P4	Me siento seguro con los demás pacientes de la unidad	2,87	0,96	3	-0,54	-0,60	12,7	28,7
P5	Se respeta mi opinión sobre lo que para mí es correcto en relación a la atención y tratamiento que recibo	3,04	0,91	3	0,04	-0,84	9,3	34
P6	Participo en las decisiones sobre mis cuidados	3,05	0,93	3	-0,12	-0,82	9,3	36,7
P7	Recibo apoyo y escucha por parte de los profesionales cuando lo necesito	3,28	0,81	3	1,10	-1,18	5,3	45,3
P8	Participo en las decisiones de mi tratamiento y plan de actividades al alta	2,92	0,95	3	-0,48	-0,63	11,3	31,3
P9	Los demás usuarios/as no me molestan durante la estancia	2,60	1,03	3	-1,13	-0,08	16,7	24,7
P10	Los profesionales se implican y están en los espacios comunes con los demás pacientes	3,20	0,85	3	0,45	-0,99	6	42
P11	Los profesionales me tratan con consideración y proximidad	3,28	0,84	3,28	0,94	-1,20	6	47,3
P12	Los profesionales se interesan si estoy enfadado o irritado	3,22	0,88	3,22	0,84	-1,19	8	43,3
P13	Mi experiencia anterior se tiene en cuenta a la hora de establecer el tratamiento médico	3,06	0,85	3	0,74	-1,01	8,7	30,7
P14	Soy capaz de reconocer cuando mi salud mental empeora	3,34	0,86	4	1,26	-1,39	6,7	53,3
P15	Los profesionales me tratan con respeto	3,51	0,70	4	2,81	-1,65	2,7	59,3
P16	Se me ofrece seguimiento al alta	3,29	0,88	3,29	1,29	-1,40	8	46
P17	Recibo ayuda para buscar trabajo u otras ocupaciones	2,75	0,95	2,76	-0,44	-0,55	16	22,7
P18	Siento que los profesionales comprenden mis sentimientos	3,02	0,93	3	-0,12	-0,81	10	34,7
P19	Los profesionales me ayudan a no hacer daño a los demás si tengo ese tipo de ideas	3,11	0,79	3,11	1,43	-1,16	7,3	28,7
P20	Los profesionales dedican tiempo a escucharme	3,28	0,80	3,28	0,98	-1,14	4,7	44,7
P21	Recibo información sobre dónde puedo dirigirme si necesito ayuda una vez finalizado el ingreso	3,18	0,91	3,19	0,75	-1,21	10	41,3
P22	Los profesionales me ayudan a no hacerme daño si tengo este tipo de ideas	3,21	0,83	3,21	1,33	-1,26	7,3	37,3
P23	Los profesionales me ayudan a entender que no es vergonzoso tener una enfermedad	3,27	0,85	3,28	1,33	-1,33	7,3	44,7
P24	Los profesionales me ayudan a entender que el sentimiento de culpa y vergüenza no debe impedir que solicite ayuda	3,14	0,94	3,14	0,41	-1,11	11,3	40,7
P25	Los profesionales se preocupan por mis cuidados y tratamiento	3,33	0,81	3,33	1,94	-1,44	6,7	48
P26	Tengo opción de disponer de una habitación individual	2,58	1,13	2,58	-1,30	-0,21	26,7	26,7
P27	Recibo información de forma comprensible sobre la enfermedad/el diagnóstico que padezco	2,84	1,06	3	-0,93	-0,54	17,3	33,3
P28	Hay un sitio íntimo en donde puedo recibir la visita de mis familiares y amigos	2,67	1,09	3	-1,20	-0,28	21,3	28,7
P29	Adquiero conocimientos sobre mi enfermedad mental de tal forma que puedo participar en mi tratamiento	2,73	1,00	3	-0,91	-0,34	15,3	26,7
P30	Recibo información de diferentes opciones de tratamiento para decidir cuál es la más adecuada para mí	2,69	1,06	3	-1,11	-0,29	18,7	28

DE: Desviación Estándar

Análisis de la fiabilidad

Análisis de la consistencia interna

El coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach para el total de la escala fue de 0,94 y para cada dimensión se obtuvieron valores superiores a 0,70 en 5 de las 6 dimensiones de la Spanish QPC-IP. La dimensión **D4** (Entorno) arrojó una alfa de Cronbach de 0,67. También se calcularon los valores del alfa excluyendo cada ítem o pregunta de la escala, no observándose que la exclusión de ninguna pregunta mejorase la consistencia interna de la escala total de forma relevante (Tabla 24).

En la Tabla 25 se presenta el coeficiente de homogeneidad de los ítems para cada dimensión o subescala, resultando valores superiores a 0,20 en todas ellas.

Tabla 24. Coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) del cuestionario Spanish QPC-IP

Contenido de los ítems resumidos	Alfa de Cronbach		
	Total subescala	Total subescala sin ítem	Total escala sin ítem
D1. Relación terapéutica	,891		
P7 Recibo apoyo y escucha por parte de los profesionales cuando lo necesito		,880	,940
P10 Los profesionales se implican y están en los espacios comunes con los demás pacientes		,890	,940
P11 Los profesionales me tratan con consideración y proximidad		,878	,940
P12 Los profesionales se interesan si estoy enfadado o irritado		,879	,940
P15 Los profesionales me tratan con respeto		,876	,940
P18 Siento que los profesionales comprenden mis sentimientos		,868	,939
P20 Los profesionales dedican tiempo a escucharme		,878	,940
P25 Los profesionales se preocupan por mis cuidados y tratamiento		,872	,939
D2. Participación del paciente	,836		
P1 Puedo decidir en la toma de decisiones de mis cuidados y mi tratamiento		,826	,942
P5 Se respeta mi opinión sobre lo que para mí es correcto en relación a la atención y tratamiento que recibo		,814	,940
P6 Participo en las decisiones sobre mis cuidados		,806	,940
P13 Mi experiencia anterior se tiene en cuenta a la hora de establecer el tratamiento médico		,813	,940
P14 Soy capaz de reconocer cuando mi salud mental empeora		,851	,942
P27 Recibo información de forma comprensible sobre la enfermedad/el diagnóstico que padezco		,799	,939
P29 Adquiero conocimientos sobre mi enfermedad mental de tal forma que puedo participar en mi tratamiento		,805	,939
P30 Recibo información de diferentes opciones de tratamiento para decidir cuál es la más adecuada para mí		,814	,940
D3. Soporte recibido	,889		
P19 Los profesionales me ayudan a no hacer daño a los demás si tengo ese tipo de ideas		,882	,940
P22 Los profesionales me ayudan a no hacerme daño si tengo este tipo de ideas		,857	,940
P23 Los profesionales me ayudan a entender que no es vergonzoso tener una enfermedad		,839	,940
P24 Los profesionales me ayudan a entender que el sentimiento de culpa y vergüenza no debe impedir que solicite ayuda		,848	,939
D4. Entorno	,679		
P3 Tengo acceso a un lugar privado al que puedo ir cuando quiero estar tranquilo		,574	,941
P26 Tengo opción de disponer de una habitación individual		,652	,943
P28 Hay un sitio íntimo en donde puedo recibir la visita de mis familiares y amigos		,524	,942
D5. Seguridad	,739		
P2 Me siento seguro en esta unidad		,696	,941
P4 Me siento seguro con los demás pacientes de la unidad		,509	,941
P9 Los demás usuarios/as no me molestan durante la estancia		,739	,942
D6. Alta hospitalaria	,712		
P8 Participo en las decisiones de mi tratamiento y plan de actividades al alta		,702	,942
P16 Se me ofrece seguimiento al alta		,610	,940
P17 Recibo ayuda para buscar trabajo u otras ocupaciones		,693	,941
P21 Recibo información sobre dónde puedo dirigirme si necesito ayuda una vez finalizado el ingreso		,586	,941
Total cuestionario	,942		

Spanish QPC-IP: "Quality in Psychiatric Care" versión castellana-"In Patients" (versión paciente)

Tabla 25. Correlación ítem – total del cuestionario Spanish QPC-IP

Contenido de los ítems resumidos		Correlación ítem-total escala corregida	Correlación ítem-subescala corregida
D1. Relación terapéutica			
P7	Recibo apoyo y escucha por parte de los profesionales cuando lo necesito	,620	,647
P10	Los profesionales se implican y están en los espacios comunes con los demás pacientes	,568	,536
P11	Los profesionales me tratan con consideración y proximidad	,635	,662
P12	Los profesionales se interesan si estoy enfadado o irritado	,659	,652
P15	Los profesionales me tratan con respeto	,619	,704
P18	Siento que los profesionales comprenden mis sentimientos	,745	,763
P20	Los profesionales dedican tiempo a escucharme	,649	,666
P25	Los profesionales se preocupan por mis cuidados y tratamiento	,730	,727
D2. Participación del paciente			
P1	Puedo decidir en la toma de decisiones de mis cuidados y mi tratamiento	,451	,493
P5	Se respeta mi opinión sobre lo que para mí es correcto en relación a la atención y tratamiento que recibo	,608	,589
P6	Participo en las decisiones sobre mis cuidados	,568	,653
P13	Mi experiencia anterior se tiene en cuenta a la hora de establecer el tratamiento médico	,641	,603
P14	Soy capaz de reconocer cuando mi salud mental empeora	,362	,260
P27	Recibo información de forma comprensible sobre la enfermedad/el diagnóstico que padezco	,673	,686
P29	Adquiero conocimientos sobre mi enfermedad mental de tal forma que puedo participar en mi tratamiento	,675	,653
P30	Recibo información de diferentes opciones de tratamiento para decidir cuál es la más adecuada para mí	,585	,586
D3. Soporte recibido			
P19	Los profesionales me ayudan a no hacer daño a los demás si tengo ese tipo de ideas	,666	,688
P22	Los profesionales me ayudan a no hacerme daño si tengo este tipo de ideas	,660	,758
P23	Los profesionales me ayudan a entender que no es vergonzoso tener una enfermedad	,667	,805
P24	Los profesionales me ayudan a entender que el sentimiento de culpa y vergüenza no debe impedir que solicite ayuda	,673	,786
D4. Entorno			
P3	Tengo acceso a un lugar privado al que puedo ir cuando quiero estar tranquilo	,521	,500
P26	Tengo opción de disponer de una habitación individual	,377	,440
P28	Hay un sitio íntimo en donde puedo recibir la visita de mis familiares y amigos	,472	,538
D5. Seguridad			
P2	Me siento seguro en esta unidad	,550	,528
P4	Me siento seguro con los demás pacientes de la unidad	,539	,682
P9	Los demás usuarios/as no me molestan durante la estancia	,470	,497
D6. Alta hospitalaria			
P8	Participo en las decisiones de mi tratamiento y plan de actividades al alta	,467	,413
P16	Se me ofrece seguimiento al alta	,624	,568
P17	Recibo ayuda para buscar trabajo u otras ocupaciones	,506	,428
P21	Recibo información sobre dónde puedo dirigirme si necesito ayuda una vez finalizado el ingreso	,551	,601

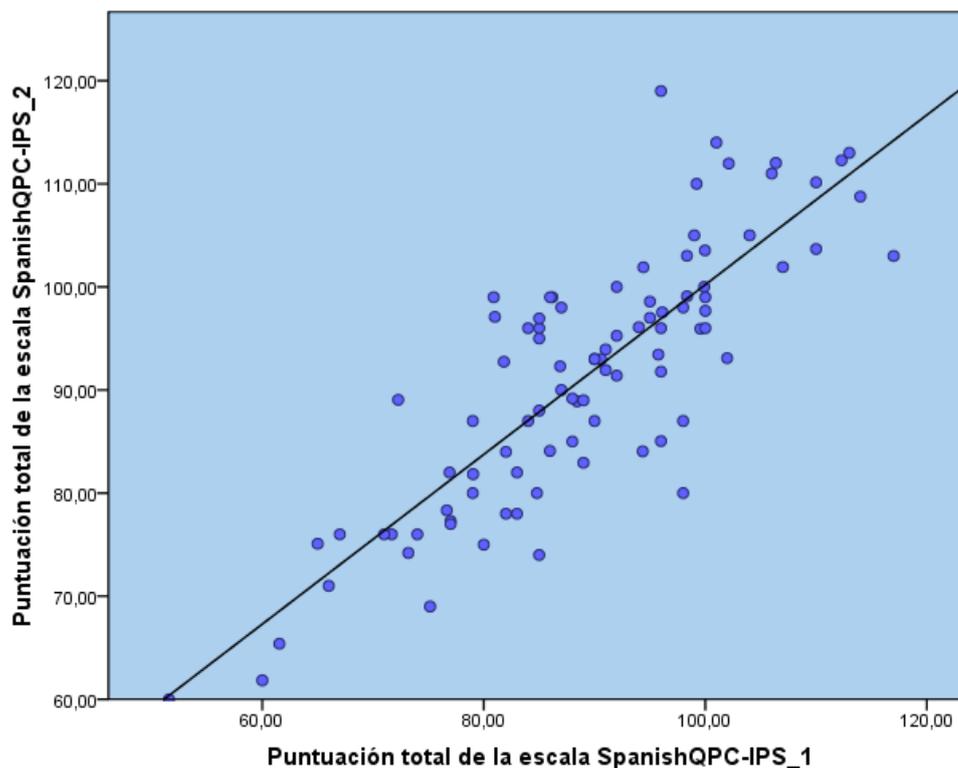
Spanish QPC-IP: "Quality in Psychiatric Care" versión castellana-"In Patients" (versión paciente)

Análisis test-retest

De los 150 participantes que colaboraron en el estudio, a sólo 75 (50%) de ellos se les pasó la escala Spanish QPC-IP en dos ocasiones. Los principales motivos por los que no se les pudo pasar el retest fueron porque se les dio el alta durante el intervalo test-retest.

El coeficiente de correlación de Pearson entre las dos escalas fue de 0,54 ($p=0,01$) (Gráfico 3).

Gráfico 3: Análisis de la correlación entre las puntuaciones totales de las escalas Spanish QPC-IP



Posteriormente se calculó el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) de la escala total y para cada una de las dimensiones. El CCI total fue de 0,69. Este coeficiente osciló entre 0,62 y 0,74 entre las dimensiones (Tabla 26).

Tabla 26: Coeficiente de Correlación intraclase (CCI) test-retest de la Escala SpanishQPC-IP

Factores o dimensiones del cuestionario	CCI	IC 95%
F1: Relación terapéutica	0,625	0,407 - 0,763
F2: Participación del paciente	0,747	0,600 - 0,840
F3: Soporte recibido	0,624	0,405 - 0,762
F4: Entorno	0,699	0,524 - 0,810
F5: Seguridad	0,667	0,473 - 0,790
F6: Alta hospitalaria	0,744	0,595 - 0,838
TOTAL	0,699	0,524 - 0,810

CCI: Coeficiente de correlación intraclase; *IC:* Intervalo de confianza

Spanish QPC-IP: "Quality in Psychiatric Care" versión castellana- "In Patients" (versión pacientes)

Análisis de la validez

Análisis de la validez convergente y discriminante

El análisis de las correlaciones entre las dimensiones de la escala y la escala total se presentan en la Tabla 27. Las correlaciones más fuertes se mostraron entre la mayoría de las dimensiones y la escala total. La dimensión **D1** (Relación terapéutica) y la dimensión **D2** (Participación del paciente) correlacionaron más fuertemente con la escala total ($r=0,902$ y $r=0,892$ respectivamente), mientras que la dimensión **D4** (Entorno) correlacionó más débilmente con la escala total ($r=0,650$). La correlación más fuerte entre las subescalas fue mostrada entre la dimensión **D1** (Relación terapéutica) y dimensión **D3** (Soporte recibido) ($r=0,744$), mientras que la correlación más débil fue entre dimensión **D4** (Entorno) y dimensión **D6** (Alta hospitalaria) ($r=0,369$). Todas las correlaciones fueron estadísticamente significativas.

Tabla 27. Correlaciones entre las subescalas de Spanish QPC-IP

Dimensiones	D1. Relación terapéutica	D2. Participación	D.3 Soporte recibido	D.4 Entorno	D.5 Seguridad	D.6 Alta hospitalaria
D1. Relación terapéutica	1					
D2. Participación del paciente	0,724*	1				
D.3 Soporte recibido	0,744*	0,598*	1			
D.4 Entorno	0,473*	0,513*	0,406*	1		
D.5 Seguridad	0,596*	0,517*	0,449*	0,502*	1	
D.6 Alta hospitalaria	0,623*	0,730*	0,605*	0,369*	0,374*	1
TOTAL	0,902*	0,892*	0,800*	0,650*	0,688*	0,782*

* Todas las correlaciones son significativas $p = 0.01$; Nivel de significancia $p < 0.05$

Análisis de la validez de constructo: Análisis factorial confirmatorio

La estructura factorial se analizó mediante un análisis factorial confirmatorio en el que se planteó un modelo de factores idéntico a la estructura de la escala original.

Estimación de parámetros

La estimación de parámetros se realizó mediante el método de mínimos cuadrados. Los resultados ponen de manifiesto que los factores 1 y 3 son los que presentaron mayores cargas factoriales o saturaciones, mientras que el factor 2 y 6 son los que parecen estar peor reflejados por sus indicadores. Todas las saturaciones son estadísticamente significativas (Tabla 28).

Tabla 28. Cargas factoriales derivadas de la estimación de los LS (mínimos cuadrados) Análisis Factorial Confirmatorio (λ_{ij})

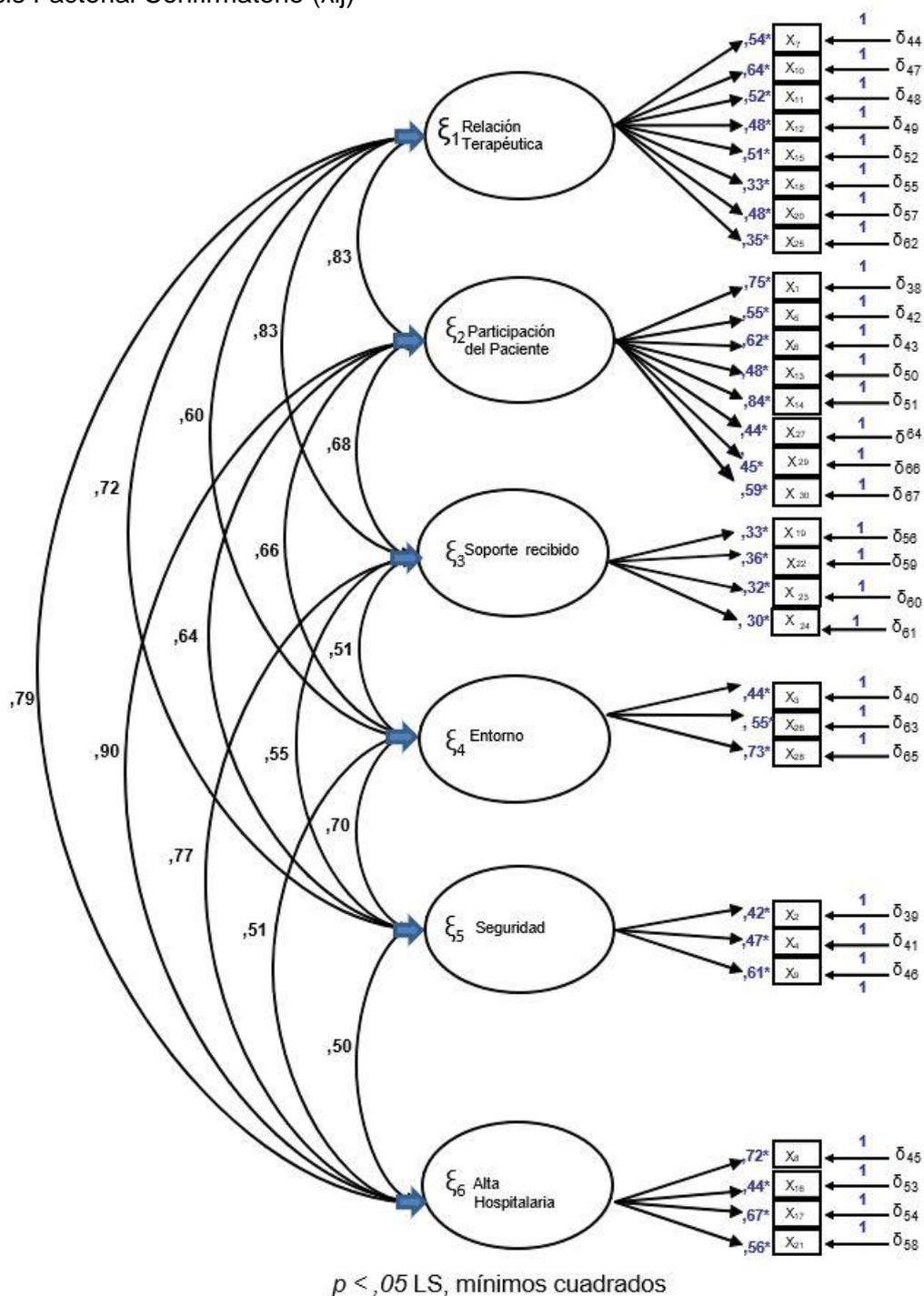
Ítem	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Factor6
Ítem 7	,673*					
Ítem 10	,596*					
Ítem 11	,690*					
Ítem 12	,721*					
Ítem 15	,694*					
Ítem 18	,817*					
Ítem 20	,717*					
Ítem 25	,805*					
Ítem 1		,498*				
Ítem 5		,668*				
Ítem 6		,616*				
Ítem 13		,718*				
Ítem 14		,390*				
Ítem 27		,743*				
Ítem 29		,736*				
Ítem 30		,634*				
Ítem 19			,815*			
Ítem 22			,798*			
Ítem 23			,821*			
Ítem 24			,836*			
Ítem 3				,744*		
Ítem 26				,521*		
Ítem 28				,668*		
Ítem 2					,755*	
Ítem 4					,728*	
Ítem 9					,621*	
Ítem 8						,529*
Ítem 16						,742*
Ítem 17						,717*
Ítem 21						,657*

* $p < ,05$

III. ESTUDIOS EMPÍRICOS

Las correlaciones entre los factores fueron altas en todos los casos. En la figura 7 se muestra las cargas de factores del análisis factorial confirmatorio.

Figura 7. Cargas de factores derivadas de la estimación LS (mínimos cuadrados) Análisis Factorial Confirmatorio (λ_{ij})



Bondad de ajuste del modelo

La prueba de Chi cuadrado es estadísticamente significativa pero la razón de ajuste es de 2,08, de manera que si está entre 2-6 el ajuste es razonablemente bueno (Rial et al., 2006). Asimismo, tanto el resto de los índices de ajuste absoluto, como de ajuste incremental y de parsimonia analizados, presentan la misma tendencia, por lo que se puede concluir que el modelo se ajusta convenientemente (Tabla 29).

Tabla 29. Índices de bondad de ajuste del Modelo Confirmatorio

Índice	Valor
BBNFI	,869
BBNNFI	1.001
GFI	,967
AGFI	,961
CFI	1.000
RMSEA	,000
Alpha de Cronbach	,945
Test de Bondad de Ajuste	$\chi^2 = 935,500$; $df = 390$; $p < ,0001$
Razón de ajuste	$\chi^2 / df = 2,39$

BBNFI: Índice Normalizado de Ajuste Bentler Bonnet. **BBNNFI:** Índice No Normalizado de Ajuste Bentler Bonnet **GFI:** Índice de Bondad de Ajuste. **AGFI:** Índice de Bondad de Ajuste ajustado **CFI:** Índice de Ajuste Comparativo **RMSEA:** Raíz del Error Cuadrático Medio de Aproximación. **df:** Grados de libertad

3.3.4. Discusión

El propósito de este estudio fue realizar una adaptación transcultural y validar la versión castellana del instrumento “Quality in Psychiatric Care-Inpatients” (QPC-IP).

El instrumento QPC-IP fue sometido a un proceso de traducción al castellano con el fin de disponer de un instrumento para conocer la calidad de la atención desde la perspectiva de los pacientes ingresados en unidades de psiquiatría.

El proceso utilizado de traducción y retro-traducción en la Spanish QPC-IP fue idéntico a las escalas adaptadas al danés (Lundqvist, Riiskjaer, Lorentzen, & Schröder, 2014a) y al indonesio (Lundqvist et al., 2018). Sin embargo, la validación del contenido del instrumento solo se llevó a cabo en la Spanish QPC-IP mediante un panel de expertos. Teniendo en cuenta contextos culturales parecidos, como Suecia, Dinamarca y España, y contextos culturalmente diferentes, como Indonesia, es interesante destacar que el concepto de calidad de la atención expresa el mismo significado en poblaciones de pacientes ingresados en unidades de salud mental de diferentes países.

La fiabilidad de la escala se realizó analizando la consistencia interna y la estabilidad temporal. Según Nunnally & Bernstein, (1994) consideran que un instrumento tiene una fiabilidad adecuada en términos de consistencia interna cuando sus valores alfa de Cronbach son superiores a 0,70.

En este estudio la consistencia interna alfa de Cronbach fue de 0,94. Sin embargo, algunos investigadores estiman que si supera 0,90 el coeficiente indica que hay redundancia o duplicidad de los ítems y también se pueden observar valores superiores a 0,90 cuando la escala está configurada por más de 20 ítems, ya que este índice depende del número de ítems que forma la escala de manera que puede sobreestimar su valor (Jaju & Crasck, 1999). Por este motivo se aconseja que para instrumentos formados por más de 20 ítems se calcule la consistencia interna de cada subescala que la configuran. En este estudio fue superior a 0,70 en 5 de 6 dimensiones. La dimensión que puntuaba peor fue la **D4** (Entorno). En el estudio de Schröder et. al (2010), la dimensión **D4** (Entorno) obtuvo resultados superiores a la

nuestra (0,81), en cambio en la versión indonesia fue de 0,47 (Lundqvist et al., 2018).

.

Los valores de la escala total son superiores en la versión original sueca con un resultado de 0,96 (Schröder et. al, 2010) mientras que en la versión indonesia son ligeramente peores siendo de 0,70 (Lundqvist et al., 2018).

Cabe señalar que los resultados de consistencia interna obtenidos para la Spanish QPC-IP son similares a los presentados en una revisión sistemática sobre los instrumentos de calidad y satisfacción en entornos de salud mental (Sanchez-Balcells et al., 2018). En concreto, los instrumentos que demuestran resultados similares son el instrumento SEQUENCE (Hester et al., 2015), con un alfa de Cronbach de 0,87 y la escala MQOC (Madan et al., 2014), con un alfa de 0,92.

El coeficiente de homogeneidad de los ítems para cada dimensión o subescala de la Spanish QPC-IP, fue superior a 0,20 en todas ellas. Según Clark & Watson, (1995) los valores superiores a 0,20 son aceptables.

La fiabilidad test-retest (estabilidad temporal) consistió en administrar el cuestionario Spanish QPC-IP a la misma muestra de estudio en dos ocasiones diferentes en el tiempo. Se realizó la segunda evaluación entre los 7 y 14 días. Este intervalo se propuso dado que pueden existir problemas si el intervalo es demasiado corto porque los pacientes pueden recordar las respuestas de la primera evaluación o bien, puede llegar a ser demasiado largo y provocar cambios en las variables que se pretenden medir. Según Streiner & Norman, (2003) lo más frecuente es llevarlo a cabo entre los 2 y los 14 días.

Para medir la estabilidad temporal se propuso el CCI. El valor del coeficiente de correlación intraclase obtenido en el presente estudio (CCI = 0,69) presenta una concordancia moderada. Según Fleiss, Levin, & Cho Paik (2003) la concordancia se considera muy buena si el coeficiente es mayor de 0,90, buena si está entre 0,71 y 0,90, moderada entre 0,51 y 0,70, mediocre entre 0,31 y 0,50 y mala o nula si es

inferior a 0,31. Este coeficiente osciló entre 0,62 y 0,74 entre las dimensiones, resultando mediocre en la **D3** (Soporte recibido) 0,624. El coeficiente CCI no se evaluó en la escala original sueca ni en la adaptada al idioma indonesio.

También se analizó el coeficiente de correlación de Pearson (r). El valor del coeficiente de correlación puede variar de -1 a $+1$. Mientras mayor sea el valor absoluto del coeficiente, más fuerte será la relación entre las variables. Para la correlación de Pearson, un valor absoluto de 1 indica una relación lineal perfecta. Una correlación cercana a 0 indica que no existe relación lineal entre las variables (Guàrdia Olmos, 2008). En esta investigación el valor de la correlación de Pearson fue de 0,54, indicando una relación moderada.

Se analizó la validez convergente y discriminante mediante el análisis de la correlación de la escala Spanish QPC-IP, entre las diferentes dimensiones de la escala Spanish QPC-IP y también entre el resultado de cada una de las subescalas y la total. La correlación entre cada subescala y la escala total fue más fuerte que las correlaciones entre las subescalas (Fayers & Machin, 2000).

Con respecto a la validez de constructo, el CFA mostró un modelo de seis factores consistente con el QPC-IP original (Schröder et al., 2010), confirmando así la naturaleza multidimensional del concepto de calidad (Hansson & Höglund, 1995). En esta línea, resultados similares se han obtenido en otros estudios relacionados con la familia de la QPC, por ejemplo, en el ámbito penitenciario sueco (Schröder & Lundqvist, 2013), y en el ámbito penitenciario danés (Lundqvist, Riiskjaer, Lorentzen y Schröder, 2014a).

Todas las cargas factoriales de los ítems fueron superiores a 0,30, lo que puede considerarse como un mínimo aceptable (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1995). Los índices de bondad de ajuste también indicaron un ajuste razonablemente bueno del modelo (Rial et al., 2006). En general, los resultados del CFA respaldan la validez de la Spanish QPC-IP y están en línea con los publicados para el QPC-IP

(Schröder et al., 2010), el QPC-OP (Schröder et al., 2011) el QPC-FIPS (Schröder & Lundqvist, 2013), el danés QPC-FIPS (Lundqvist, Riiskjaer, Lorentzen y Schröder, 2014a) y el indonesio QPC-IP (Lundqvist et al., 2018).

Cabe destacar, sin embargo, que se observaron algunas diferencias con respecto a la adaptación recientemente validada en Indonesia del QPC-IP de Lundqvist et al., (2018), posiblemente debido a diferencias culturales con respecto a nuestro país. El estudio mostró que los índices del modelo fueron aceptables, pero mejoraban si se excluía la dimensión de entorno (Lundqvist et al., 2018).

En resumen, los resultados muestran que la Spanish QPC-IP tiene propiedades adecuadas en términos de consistencia interna, estabilidad temporal (test-retest), validez convergente-discriminante y validez de constructo.

Limitaciones

Este instrumento ha sido creado en Suecia para conocer la calidad de la atención desde la perspectiva del paciente y del profesional en el ámbito de la hospitalización de salud mental.

Una posible limitación de este estudio es que la muestra utilizada es una población procedente del área de influencia de un único centro de estudio (Parc Sanitari Sant Joan de Déu Baix Llobregat y Sant Joan de Déu Numancia-Barcelonés) y puede ser no representativa de toda la provincia de Barcelona o de Cataluña. Sin embargo, las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes son muy similares a otros estudios realizados en Cataluña (Ochoa & Lopez-Carrilero, 2015).

Otra posible limitación de este estudio es que el tamaño de la muestra de estudio sea pequeño debido a que se seleccionaron a 5 participantes por cada ítem que configura la escala. Pero por otro lado el número de participantes es el mínimo que recomiendan los autores (Norman & Streiner, 1996) y es el mismo número que utilizaron para validar la escala original.

Finalmente, hay que comentar que no se ha podido evaluar la sensibilidad al cambio, ni la validez predictiva, ya que el diseño del estudio ha sido transversal, por lo que podría plantearse en futuros estudios.

Implicaciones para la práctica asistencial

El instrumento que se ha validado en este estudio está desarrollado desde la perspectiva del usuario y miden aquellos aspectos que estos consideran más importantes a la hora de recibir una atención de calidad en el ámbito de la salud mental. Este instrumento generará información sobre las valoraciones que han dado los usuarios a la calidad de los cuidados recibidos. Estos resultados resultan de especial importancia cuando se trata de planificar e implementar mejoras en la atención que se ofrece en los diferentes centros. Los resultados que se obtengan de la utilización de esta escala permitirán identificar qué modelos hay que seguir en nuestra práctica clínica diaria. La escala podría usarse de forma rutinaria en las unidades con el fin de mejorar los cuidados de los pacientes y constituirse como una herramienta eficaz dentro del departamento de calidad.

3.4. Estudio II

Adaptación y validación de la escala QPC
“Quality in Psychiatric Care-Inpatients
Staff)

3.4. Estudio 2

3.4.1. Objetivos

Objetivo General:

- Adaptar y validar la versión castellana del instrumento Quality in Psychiatric Care-Inpatients Staff (QPC-IPS).

Objetivos específicos:

- Realizar una adaptación transcultural al castellano de la escala QPC: “Quality in Psychiatric Care - In Patients Staff (QPC-IPS)”.
- Analizar la fiabilidad de la versión castellana de la escala citada en términos de consistencia interna y estabilidad temporal.
- Analizar la validez en la versión castellana de la escala citada en términos de contenido y validez del constructo.

3.4.2. Metodología

Diseño del estudio

El estudio es de carácter métrico y se ha desarrollado en dos fases:

- Primera fase:** Adaptación transcultural al castellano de la escala QPC-IPS realizado desde enero del 2017 hasta mayo del 2017.
- Segunda fase:** Validación de la escala en castellano mediante un estudio descriptivo y transversal realizado desde setiembre del 2017 hasta mayo del 2018.

Desarrollo de la primera fase: Proceso de adaptación transcultural al castellano de la escala QPC-IPS.

La traducción de la escala QPC-IPS versión profesional se basa en el mismo proceso utilizado para la traducción de la versión de los pacientes (**primera etapa:** traducción del idioma sueco al castellano; **segunda etapa:** validez de contenido mediante un juicio de expertos; **tercera etapa:** proceso de retro-traducción; **cuarta etapa:** prueba piloto).

La versión definitiva en español, de la escala “Quality Psychiatric Care-Inpatients Staff” (QPC-IPS) para medir la percepción de la calidad de los cuidados en salud mental desde la perspectiva de los profesionales asistenciales que trabajan en las unidades de hospitalización de psiquiatría QPC-IPS, se nombró Spanish QPC-IPS (anexo 2).

Desarrollo de la segunda fase: Validación de la escala QPC-IPS en castellano mediante un estudio descriptivo y transversal.

Ámbito de estudio

El estudio se ha realizado en las unidades asistenciales de hospitalización de psiquiatría de adultos de los municipios de Sant Boi de Llobregat y Barcelona, que forman parte del área de influencia de Sant Joan de Déu (Parc Sanitari Sant Joan de Déu Baix Llobregat y Sant Joan de Déu Numancia-Barcelonés). La población de referencia consta de un total de 2.612.958 habitantes.

Población objetivo

Todos los sujetos de ambos sexos, mayores de 18 años, que trabajen en unidades asistenciales de salud mental, en Cataluña.

Población accesible

Todos los profesionales de ambos sexos, mayores de 18 años que estén trabajando en las unidades asistenciales de referencia de PSSJD.

- **Criterios de inclusión:**

- Profesionales asistenciales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores sociales, monitores, auxiliares de enfermería, ...).
- Activos laboralmente trabajando en las unidades asistenciales de psiquiatría.
- Participar voluntariamente en el estudio.

- **Criterios de exclusión:**

- Profesionales con menos de seis meses de experiencia en Salud Mental.

Población de estudio

El cálculo de la muestra se ha realizado siguiendo las recomendaciones de Norman y Streiner, (1996) que consideran que el tamaño de la muestra debe estar entre cinco y veinte participantes por cada ítem que forma parte de la escala (Cortina, 1993; Norman & Streiner, 1996; Streiner, 2003). La escala está compuesta por 30 ítems y para este estudio también se ha considerado incluir a 5 sujetos por cada ítem. Por lo tanto, la muestra estimada necesaria fue de 150 participantes.

El muestreo fue consecutivo, todos los profesionales que cumplían con los criterios de inclusión fueron invitados a formar parte del estudio hasta completar el tamaño muestral.

Instrumentos y fuentes de información

El instrumento principal de información ha sido la escala *QPC-IPS “Quality in Psychiatric Care- Inpatient Staff”* adaptada al castellano.

1. Escala QPC “Quality in Psychiatric Care- Staff”

Esta escala fue desarrollada por la Dra. Agneta Schröder (2010) en Suecia y tiene como objetivo medir la percepción de la calidad de la asistencia en salud mental desde la perspectiva de los profesionales que trabajan en unidades de hospitalización de psiquiatría. Se trata de una escala que está formada por 30 ítems distribuidos en 6 dimensiones. Ha sido validada en diferentes idiomas y países (Dinamarca, Indonesia) (Lundqvist, Riiskjaer, Lorentzen, & Schröder, 2014a; Lundqvist et al., 2018) y actualmente está en proceso de validación y publicación, en otros más (Taiwán, Tailandia, Brasil, Inglaterra, China, Noruega).

El proceso de validación y los resultados de las propiedades psicométricas fueron satisfactorios (Schröder & Lundqvist, 2013).

III. ESTUDIOS EMPÍRICOS

La escala QPC-IPS está indicada para profesionales asistenciales que trabajen en diferentes dispositivos de hospitalización de psiquiatría. La descripción de las dimensiones y la distribución de los ítems se presentan en la Tabla 30.

Tabla 30. Descripción de cada dimensión y distribución de los ítems por la escala QPC-IP

Dimensión	Descripción	Ítems	Mínima	Máxima
D1. Relación terapéutica	Se basa en la relación que se establece entre paciente y profesional con el objetivo de ofrecer ayuda y soporte durante su ingreso.	7, 10, 11, 12, 15, 18, 20, 25	8	32
D2. Participación del paciente	Corresponde al grado en que el paciente colabora o coopera de forma activa en el proceso de tratamiento y cuidado.	1, 5, 6, 13, 14, 27, 29, 30	8	32
D3. Soporte recibido	Comprende acciones de ayuda, motivación y refuerzo que sirvan de soporte emocional a la persona y le ayuden a efectuar cambios necesarios para su adecuación a la situación-problema. (Navarro & Novel, 2000).	19, 22, 23, 24	4	16
D4. Entorno	Es el ambiente asistencial donde reside el paciente durante su ingreso.	3, 26, 28	3	12
D5. Seguridad	El concepto de seguridad se define cómo la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidas como consecuencia de la atención recibida o la ausencia de ella (Merino, 2012).	2, 4, 9	3	12
D6. Alta hospitalaria	Se denomina alta hospitalaria al cierre (por curación, fallecimiento o traslado) de un episodio atendido en el área de hospitalización.	8, 16, 17, 21	4	16
Total escala QPC-IP		Ítem 1 al 30	30	120

Fuente: Spanish QPC-IP: "Quality in Psychiatric Care" versión Castellana-"In Patients" (versión profesional)

2. La escala NTP 394. Escala general de satisfacción laboral

Para evaluar la validez convergente se administró la Escala General de Satisfacción (“Overall Job Satisfaction”) fue desarrollada por Warr, Cook y Wall en 1979. Las características de esta escala son las siguientes:

- Es una escala que operacionaliza el constructo de satisfacción laboral, reflejando la experiencia de los trabajadores de un empleo remunerado.
- Recoge la respuesta afectiva al contenido del propio trabajo.

Esta escala fue creada a partir de detectarse la necesidad de escalas cortas y robustas que pudieran ser fácilmente completadas por todo tipo de trabajador con independencia de su formación (Warr, Cook, & Wall, 1979). A partir de la literatura existente, de un estudio piloto y de dos investigaciones en trabajadores de la industria manufacturera de Reino Unido, se configuro la escala (Cook, Hepworth, Wall, & Warr, 1981).

La escala está formada por 15 ítems que se agrupan en dos subescalas. Cada ítem se evalúa mediante una escala ordinal con siete posibles respuestas, donde 1 indica mucha insatisfacción y 15 mucha satisfacción. La suma de las puntuaciones de todos los ítems refleja la satisfacción general con el trabajo, siendo 15 la puntuación mínima y 105 la puntuación máxima.

La descripción de cada dimensión, distribución de los ítems que la configuran y las puntuaciones mínimas y máximas se muestra en la Tabla 31.

Tabla 31: Distribución de los ítems en cada subescala y puntuaciones mínimas y máximas de la escala NTP 394.

Subescalas	Ítems	Mínimo	Máximo
S1. Factores intrínsecos (aborda aspectos como el reconocimiento obtenido por el trabajo, responsabilidad, promoción, aspectos relativos al contenido de la tarea, etc...)	2, 4, 6, 8, 10, 12 y 14	7	49
S2. Factores extrínsecos (indaga sobre la satisfacción del trabajador con aspectos relativos a la organización del trabajo como el horario, la remuneración, las condiciones físicas del trabajo, etc...)	1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 y 15	8	56
Total escala	Ítems del 1 a 15	15	105

Fuente: Escala NTP394

Esta escala puede ser administrada por un entrevistador, pero una de sus ventajas es la posibilidad de ser autocumplimentada y de ser aplicada colectivamente (anexo 3).

Se puede utilizar cada subescala por separado para conocer la satisfacción intrínseca y extrínseca. Su corrección es idéntica a la de la escala general si bien, debido a su menor longitud, sus valores oscilan entre 7 y 49 (satisfacción intrínseca) y 8 y 56 (satisfacción extrínseca).

Esta escala no permite establecer análisis objetivos sobre la bondad o no de las condiciones de trabajo. Sin embargo, la escala es un buen instrumento para la determinación de las vivencias personales que los trabajadores tienen de esas condiciones.

Esta escala está extensamente traducida y adaptada a otros idiomas, concretamente adaptada al castellano por Pérez y Fidalgo (1994) y recientemente por Boluarte (2014). La versión que se ha seleccionado es la traducida y validada en territorio español (Pérez & Fidalgo, 1994). Los resultados de fiabilidad y validez de constructo demuestran resultados psicométricos aceptables (Boluarte, 2014).

3. Otras variables

- **Edad:** edad en años en el momento del estudio.
- **Género:** hombre, mujer.
- **Nacionalidad:** española, resto de Europa, no europea.
- **Categoría profesional:** terapeuta ocupacional, trabajador social, psiquiatra, psicólogo, enfermera, auxiliar de enfermería, educador social, monitores y médico internista.
- **Años trabajados en la unidad actual** (media).
- **Turnos dónde habitualmente trabaja:** turno solamente de día, turno solamente de noche o bien de día y de noche.
- **Tiempo que dispone en realizar sus funciones laborales:** nunca, rara vez, algunas veces, a menudo, siempre.
- **La evolución en su trabajo:** nunca, rara vez, algunas veces, a menudo, siempre.
- **Disposición personal en promover la mejora de la calidad en la unidad:** nunca, rara vez, algunas veces, a menudo, siempre.
- **Oportunidades de participar en el trabajo de calidad de la unidad:** nunca, rara vez, algunas veces, a menudo, siempre.
- **El ambiente laboral:** muy malo, malo, ni bueno ni malo, bueno, muy bueno.
- **Recomendación de ingresar a un familiar de un profesional en la unidad:** de ninguna manera, preferiría que no, quizás, con gusto, absolutamente.
- **La valoración de la salud mental del profesional:** muy mala, mala, ni buena ni mala, buena, muy buena.
- **La valoración de la salud física del profesional:** muy mala, mala, ni buena ni mala, buena, muy buena.

Procedimiento de la recogida de los datos

Se incorporaron en el estudio todos los profesionales que realizaban asistencia en dichos centros y que cumplían los criterios de inclusión. Se fueron reclutando de forma consecutiva hasta completar el tamaño total de la muestra. A los sujetos seleccionados se les informó del estudio y a los que aceptaban participar voluntariamente, se les solicitaba el consentimiento para administrarles los cuestionarios. En este primer encuentro, si aceptaban participar, se rellenaba el consentimiento informado y se hacía entrega de la hoja informativa del estudio. Se recogieron las variables sociodemográficas y clínicas del grupo de estudio, y se le evaluó mediante la escala Spanish QPC-IPS y el cuestionario de satisfacción laboral NTP 394. La evaluación se realizó el mismo día. Al ser escalas autocumplimentadas se les entregaba y se les daba un margen de tiempo para rellenarlas. Posteriormente se les entregó la Spanish QPC-IPS en un margen de 7-14 días, con el fin de evaluar la fiabilidad del instrumento (estabilidad temporal).

Análisis estadístico

Este estudio usó el mismo paradigma de análisis estadístico para la validación que el utilizado para la validación de la escala versión paciente. Para obtener más información sobre el análisis realizado, consulte el apartado al que se hace referencia.

Se destacan varias diferencias con respecto al estudio 1:

1. La estabilidad temporal se analizó mediante el Coeficiente de Correlación Intraclase y la Correlación de Spearman, a diferencia del estudio 1 que se analizó mediante el CCI y la Correlación de Pearson. La correlación de Spearman pretende examinar la dirección y magnitud de la asociación entre dos variables, es decir la intensidad de la relación entre las variables, en cualquier tipo de asociación, no necesariamente lineal. Asimismo, permite identificar si, al aumentar el valor de una variable, aumenta o disminuye el valor de la otra variable, y ofrece un coeficiente de correlación, que cuantifica el grado de asociación entre dos variables ordinales. El resultado se interpretó de acuerdo con los criterios propuestos por Martínez González, Sánchez Villegas, Toledo Atucha, & Faulin-Fajardo (2014), resultando ser: un valor de cero, sin correlación; $<,30$, asociación débil, $\geq,31 \leq,70$, asociación moderada; $>,71$, asociación fuerte. El valor obtenido ($\rho = 0,53$, $p <,001$) indica una asociación moderada.
2. La validez convergente se analizó mediante el análisis del coeficiente de correlación de Spearman de la escala Spanish QPC-IPS con la escala de satisfacción laboral de NTP 394 administradas al mismo tiempo.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico IBM® SPSS® Statistics 22.0 (IBM Corporation, 2013) y el EQS® versión 6.2. para el análisis factorial confirmatorio (Multivariate Software Inc, 2006).

Consideraciones éticas

Durante toda la investigación se establecieron las mismas consideraciones éticas del procedimiento del estudio I. En el anexo 9 se presenta la hoja informativa de los profesionales.

3.4.3. Resultados

Resultados de la primera fase

No surgió ninguna situación problemática durante el proceso de traducción y retro-traducción. Los ítems se sometieron a este proceso sin ninguna dificultad aparente. El grado de concordancia entre los expertos que participaron en la validez de contenido, se determinó mediante el coeficiente de concordancia W de Kendall. Se obtuvo una concordancia adecuada en los tres criterios analizados (claridad, coherencia y relevancia). A continuación, se muestra los datos obtenidos para cada uno de estos criterios.

- CLARIDAD

Los resultados muestran que el promedio total entre las dimensiones y la media de los observadores fue de 3,66 (Tabla 32). La dimensión **D3** (Soporte) fue la que tuvo menor puntuación (3,38) y el promedio del observador 2 y 3 fue menor que el resto. El coeficiente de concordancia de W de Kendall fue de 0,111($p < ,001$).

Tabla 32. Promedio de las dimensiones según el juicio de claridad

Dimensiones	Obs. 1	Obs. 2	Obs. 3	Obs. 4	Obs. 5	Obs. 6	Obs. 7	Obs. 8	Media
D1. Relación terapéutica	3,50	3,38	3,13	3,25	4,00	3,88	4,00	3,88	3,63
D2. Participación	3,88	3,63	3,25	3,50	3,75	3,75	3,75	3,88	3,67
D3. Soporte	3,75	2,00	2,75	3,50	4,00	4,00	4,00	3,00	3,38
D4. Entorno	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,33	3,79
D5. Seguridad	4,00	4,00	4,00	4,00	3,67	4,00	3,67	4,00	3,92
D6. Alta hospitalaria	3,25	3,75	3,50	3,75	3,75	3,75	3,75	4,00	3,69
Promedio	3,70	3,33	3,33	3,57	3,87	3,87	3,87	3,73	3,66

- COHERENCIA

Los resultados muestran que el promedio total entre las dimensiones y la media de los observadores fue de 3,88 (Tabla 33). La dimensión **D6** (Alta hospitalaria) fue la que presentó menor puntuación (3,75) y el promedio del observador 7 fue menor que el resto. El coeficiente de concordancia de W de Kendall fue de 0,157, siendo significativo ($p < 0,001$).

Tabla 33. Promedio de las dimensiones según el juicio de coherencia

Dimensiones	Obs. 1	Obs. 2	Obs. 3	Obs. 4	Obs. 5	Obs. 6	Obs. 7	Obs. 8	Media
D1. Relación terapéutica	3,88	4,00	4,00	4,00	4,00	3,63	3,63	4,00	3,89
D2. Participación	3,88	4,00	4,00	4,00	4,00	3,75	3,75	4,00	3,92
D3. Soporte	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,75	4,00	3,84
D4. Entorno	3,50	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,67	4,00	3,90
D5. Seguridad	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,67	4,00	3,96
D6. Alta hospitalaria	3,00	3,50	4,00	4,00	4,00	3,75	3,75	4,00	3,75
Promedio	3,79	3,80	4,00	4,00	4,00	3,80	3,70	4,00	3,89

- RELEVANCIA

Los resultados muestran que el promedio total entre las dimensiones y la media de los observadores fue de 3,90 (Tabla 34). La dimensión **D2** (Participación) fue la que alcanzó menor puntuación (3,86) y el promedio del observador 7 fue menor que el resto. El coeficiente de concordancia de W de Kendall fue 0,092, siendo significativo ($p < 0,001$).

Tabla 34. Promedio de las dimensiones según el juicio de relevancia

Dimensiones	Obs. 1	Obs. 2	Obs. 3	Obs. 4	Obs. 5	Obs. 6	Obs. 7	Obs. 8	Media
D1. Relación terapéutica	3,63	4,00	3,88	4,00	4,00	4,00	3,75	3,63	3,91
D2. Participación	3,63	4,00	4,00	4,00	4,00	3,75	3,50	3,63	3,86
D3. Soporte	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,88
D4. Entorno	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
D5. Seguridad	4,00	4,00	4,00	4,00	3,67	4,00	3,67	4,00	3,92
D6. Alta hospitalaria	4,00	3,50	4,00	4,00	3,75	3,75	4,00	4,00	3,88
Promedio	3,80	3,80	3,97	4,00	3,93	3,90	3,77	4,00	3,90

A partir de los datos obtenidos en el anterior análisis, el comité de expertos modificó en términos conceptuales el ítem 2 (“la sala” por “unidad”), el ítem 11 (“calidez” por “proximidad”) y el ítem 17 (“ocupación” por “trabajo u otras ocupaciones”) con el fin de obtener la mayor concordancia de equivalencia semántica, idiomática y conceptual.

Estos cambios se evaluaron juntamente con el comité de expertos y los traductores, aceptando y consensuando dichos cambios. Cuando se obtuvo la versión definitiva, se discutió juntamente con el equipo sueco, que concluyó que el proceso de traducción y retro-traducción fue adecuado obteniéndose la versión final de la misma.

Tras obtener la versión definitiva adaptada semánticamente, se realizó la prueba piloto (cuarta etapa) en una muestra de 30 profesionales. Las valoraciones “in situ” de los participantes fueron positivas, por lo que no fue necesario modificar el formato original de la escala y ninguna pregunta requirió modificación. El tiempo medio de cumplimentación fue de 15 minutos. Los profesionales verbalizaron que la escala era fácil y no requería esfuerzos adicionales para completarla.

Resultados de la segunda fase

Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra de estudio

La muestra que se incluyó en el estudio fue de 163 profesionales pertenecientes de los hospitales de Parc Sanitari Numancia (46,6%) y Parc Sanitari Sant Boi (56,8%) correspondientes a 2 municipios de la provincia de Barcelona. Se incluyeron a los profesionales de 10 unidades de salud mental, entre ellas, unidad de Agudos, Subagudos, Serpi (servicio de rehabilitación comunitaria- larga estancia), Comunidad Terapéutica, Llar residencia y unidad de Trastorno de la Conducta Alimentaria de Subagudos.

En la Tabla 35 se describen las principales características sociodemográficas y clínicas de la muestra de estudio. Se puede determinar que la media de edad fue de 38,7 años (DE 10,3), siendo el 57,1% mujeres. El 96,9% de la muestra era de nacionalidad española. Respecto a la categoría profesional, el 39,9% eran enfermeras/os y el 47,2% auxiliares de enfermería, resultando ser el 87,1% del total de la muestra. Los profesionales de psicología y psiquiatría sumaban el 7,4% de la muestra. Los años de media trabajados en la unidad actual eran de 4,3 (DE 5,6).

Más de la mitad de los profesionales trabajaba de día (60,1%). El 47,2% de los profesionales afirmaban que siempre disponían de tiempo para realizar las tareas y el 30,1% aseguran que a menudo podían disponer de tiempo en realizar tareas asistenciales. Respecto a la evolución en su trabajo el 35,6% afirmaba que siempre se podía evolucionar en contraste con el 27,6 % que respondían que solo algunas veces. Con relación a la disposición del profesional en promover la mejora de calidad en su unidad, el 74,8% aseguraban que siempre estaban dispuestos. El 28,2% de los profesionales aseguraban que algunas veces tenían oportunidad de participar en el trabajo de calidad. Correspondiente a la percepción del ambiente laboral de la unidad, el 57,1% de profesionales aseguraban tener un buen ambiente y el 35% recomendaría con gusto que un familiar ingresara en la unidad donde el profesional trabaja. El 62% de los profesionales afirmaban tener un buen estado de salud mental y un 64,4% afirmaban tener buena salud física.

Tabla 35. Características sociodemográficas y laborales de los profesionales de la salud

Características	n	%
Edad en años	38,7 (DE 10,3)	
Sexo		
Mujeres	93	57,1
Hombres	70	42,9
Nacionalidad		
Española	158	96,9
Resto de Europa	4	2,5
Sudamericana	1	0,6
Categoría profesional		
Terapeuta ocupacional	1	0,6
Trabajador social	4	2,5
Psiquiatra	8	4,9
Psicólogo	4	2,5
Enfermera	65	39,9
Auxiliar de enfermería	77	47,2
Educador social	1	0,6
Monitores	2	1,2
Médico internista	1	0,6
Años trabajando en la unidad actual	4,3 (DE 5,6)	
Turno de trabajo		
Solamente de día	98	60,1
Solamente de noche	40	24,5
De día y de noche	25	15,3
Tiempo suficiente en realizar las tareas		
Nunca	5	3,1
Rara vez	5	3,1
Algunas veces	27	16,6
A menudo	49	30,1
Siempre	77	47,2
Evolución en su trabajo		
Nunca	17	10,4
Rara vez	22	13,5
Algunas veces	45	27,6
A menudo	21	12,9
Siempre	58	35,6

DE: Desviación estándar

Spanish QPC-IPS: "Quality in Psychiatric Care" versión Española-"In Patients Staff" (versión profesionales)

Tabla 35. Características sociodemográficas y laborales de los profesionales de la salud (continuación)

Características	n	%
Disposición personal en promover la mejora de la calidad en la unidad		
Nunca	1	0,6
Rara vez	4	2,5
Algunas veces	15	9,2
A menudo	21	12,9
Siempre	122	74,8
Oportunidad de participar del trabajo de calidad de la unidad		
nunca	20	12,3
rara vez	27	16,6
algunas veces	46	28,2
a menudo	30	18,4
siempre	40	24,5
Percepción del ambiente laboral en la unidad		
Muy malo	1	,6
Malo	1	,6
Ni bueno ni malo	23	14,1
Bueno	93	57,1
Muy bueno	45	27,6
Recomendaría su unidad a un familiar		
De ninguna manera	6	3,7
Preferiría que no	23	14,1
Quizás	45	27,6
Con gusto	57	35,0
Absolutamente	32	19,6
Valoración del estado de salud mental		
Muy mala	1	0,6
Mala	2	1,2
Ni buena ni mala	16	9,8
Buena	101	62,0
Muy buena	43	26,4
Valoración del estado de salud física		
Muy mala	0	0,0
Mala	4	2,5
Ni buena ni mala	25	15,3
Buena	105	64,4
Muy buena	29	17,8

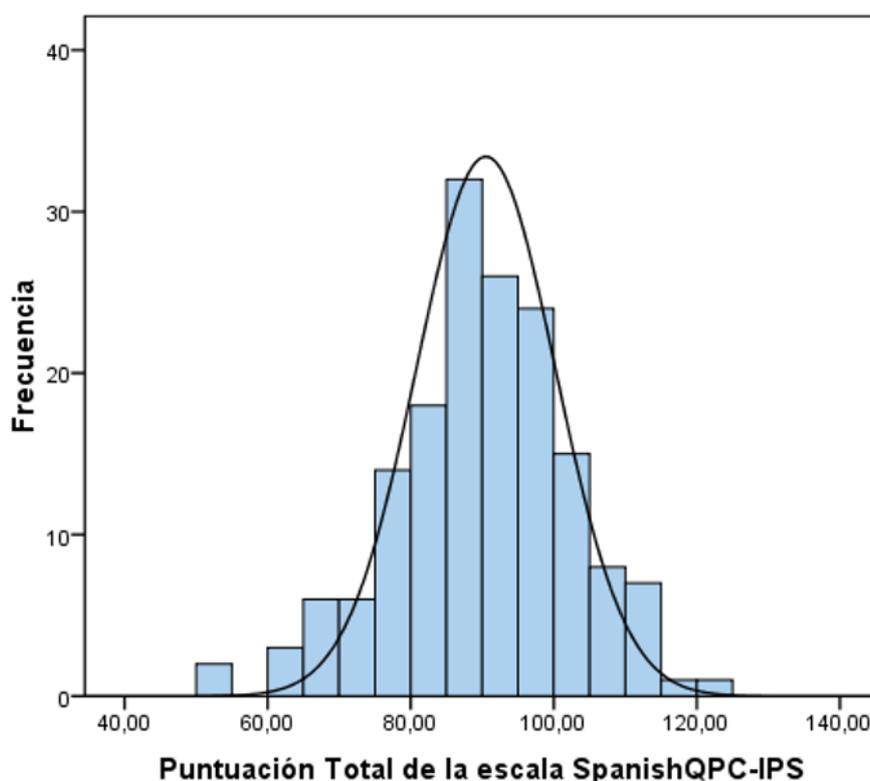
DE: Desviación estándar

Spanish QPC-IPS: "Quality in Psychiatric Care" versión Española-"In Patients Staff" (versión profesionales)

Análisis descriptivo de los ítems de la escala Spanish QPC-IPS versión profesionales

La media de la puntuación total de la escala Spanish QPC-IPS en los 163 profesionales fue de 89,6 (DE 12,3) con una mediana de 90, siendo el valor mínimo obtenido de 51 y el valor máximo de 120. En el gráfico 4 se representa su histograma de frecuencias observándose que la distribución es mesocúrtica.

Gráfico 4. Histograma de frecuencias de la puntuación total de la escala Spanish QPC-IPS



En la Tabla 36 revela los resultados de los 30 ítems de la Spanish QPC-IPS. Se muestran los valores de tendencia central, variabilidad, asimetría, curtosis y el porcentaje de respuesta mínima y máxima para cada uno de ellos. Lo más destacable es la asimetría existente en la práctica totalidad de los ítems de la escala, siendo negativa o a la izquierda a excepción del ítem 1 (decidir los cuidados y el tratamiento), ítem 9 (los pacientes no se sientes molestados por otros pacientes) e ítem 28 (sitio íntimo para las visitas). También se observa una curtosis negativa en 19 de los ítems, destacando el ítem 15 con una fuerte curtosis positiva (el respeto de los profesionales).

Tabla 36. Estadísticos descriptivos de los ítems del cuestionario Spanish QPC-IPS

Resumen de los contenidos de los ítems	Media	DE	Mediana	Curtois	Asimetría	% Respuesta mínima	% Respuesta máxima
P1 Los pacientes deciden sobre sus cuidados y tratamiento	2,26	0,72	2	-0,10	0,14	12,9	3,7
P2 La seguridad de la unidad es elevada	2,43	1,03	3	-1,17	-0,09	25,2	15,3
P3 Los pacientes tienen acceso a un lugar privado, al que pueden ir cuando quieran estar tranquilos	2,61	0,95	3	-0,89	-0,10	13,5	19,6
P4 Los pacientes pueden sentirse seguros junto con los demás pacientes	2,78	0,88	3	-0,51	-0,37	9,2	20,9
P5 La opinión de los pacientes se respeta a la hora de establecer sus cuidados y tratamiento	2,67	0,68	3	-0,16	-0,05	3,1	9,2
P6 Los pacientes participan en las decisiones de sus cuidados.	2,60	0,68	3	0,15	-0,48	6,1	4,9
P7 Los pacientes reciben apoyo y escucha cuando lo necesitan	3,33	0,69	3	-0,78	-0,54	0,0	45,4
P8 Los pacientes participan en el tratamiento de forma continuada y de las actividades diarias	2,90	0,64	3	0,18	-0,18	1,2	14,7
P9 Los pacientes no se sienten molestados por otros pacientes	2,21	0,78	2	-0,54	0,08	18,4	3,7
P10 Los profesionales se implican y se encuentran en la unidad junto a los pacientes	3,34	0,69	3	0,97	-0,91	1,8	4,8
P11 Los profesionales tratan a los pacientes con consideración y proximidad	3,43	0,64	4	-0,53	-0,67	0,0	50,9
P12 Los profesionales se preocupan por conocer el motivo por el cual el paciente está enfadado o irritado	3,42	0,64	3	0,30	-0,78	0,6	49,1
P13 La experiencia del paciente se tiene en cuenta a la hora de establecer el tratamiento médico	2,76	0,75	3	-0,03	-0,24	4,9	14,7
P14 Se ofrece a los pacientes educación sanitaria para aprender a identificar los síntomas de empeoramiento de la enfermedad	3,07	0,77	3	-0,06	-0,53	3,1	30,1
P15 Los profesionales tratan con respeto al paciente	3,63	0,59	4	2,31	-1,55	0,6	68,1
P16 Se ofrecen seguimiento a los pacientes después del alta	2,98	0,86	3	-0,35	-0,53	6,1	30,1
P17 Los pacientes reciben ayuda para buscar trabajo u otras ocupaciones	2,80	0,81	3	-0,20	-0,34	6,7	19,0
P18 Los profesionales comprenden los sentimientos de los pacientes	3,15	0,67	3	-0,27	-0,30	0,6	30,1
P19 Los profesionales ofrecen estrategias a los pacientes para evitar que hagan daño a los demás, si tienen estas ideas	3,39	0,69	3	0,53	-0,93	1,2	49,1
P20 Los profesionales dedican tiempo a escuchar a los pacientes	3,26	0,73	3	0,19	-0,74	1,8	41,1
P21 Los pacientes reciben información sobre dónde pueden dirigirse si necesitan ayuda una vez finalizado el ingreso	3,30	0,59	3	-0,44	-0,28	7,4	35,6
P22 Los profesionales ofrecen estrategias a los pacientes para evitar que se hagan daño a sí mismos, si tuviesen ese tipo de ideas	3,44	0,60	3	0,54	-0,72	0,6	48,5
P23 Los profesionales ayudan a entender que no es vergonzoso tener una enfermedad mental	3,44	0,66	4	1,06	-1,03	1,2	52,1
P24 Los profesionales ayudan a entender que los sentimientos de culpa y de vergüenza no debe impedir que pida ayuda	3,49	0,63	4	0,67	-1,00	0,6	55,2
P25 Los profesionales se preocupan por los cuidados y tratamiento de los pacientes	3,53	0,58	4	-0,33	-0,80	4,3	57,7
P26 Hay posibilidades de tener habitación individual	2,59	0,96	3	-0,90	-0,08	14,7	19,6
P27 Se informa al paciente de forma clara sobre su enfermedad mental y su diagnóstico	3,12	0,63	3	0,75	-0,41	1,2	24,5
P28 Hay un sitio íntimo donde los pacientes pueden recibir visitas de sus familiares y amigos	2,30	1,00	2	-1,03	0,18	25,8	13,5
P29 Se ofrece información a los pacientes sobre su enfermedad mental para que puedan participar en su tratamiento	3,08	0,66	3	-0,18	-0,23	0,6	25,2
P30 Los pacientes reciben información sobre diferentes opciones de tratamiento para poder decidir cuál les parece la más adecuada	2,38	0,76	2	-0,08	0,16	11,0	7,4

DE: Desviación Estándar

Análisis de la fiabilidad

Análisis de la consistencia interna

El coeficiente de consistencia interna de alfa de Cronbach para el total de la escala fue de 0,92 y para cada dimensión se obtuvieron valores superiores a 0,70 en 4 de las 6 dimensiones de la Spanish QPC-IPS. La dimensión **D6** (Alta hospitalaria) obtuvo una alfa de Cronbach de 0,62 y la dimensión **D4** (Entorno) de 0,66. Dada la influencia de varios elementos en el coeficiente alfa de Cronbach, las alfas bajas de esas dimensiones probablemente se deben al bajo número de ítems (dos o tres ítems). También se calcularon los valores del alfa excluyendo cada ítem o pregunta de la escala, no observándose que la exclusión de ninguna pregunta mejorase la consistencia interna de la escala total de forma relevante (Tabla 37).

En la Tabla 38 se presenta el coeficiente de homogeneidad de los ítems para cada dimensión o subescala, resultando valores superiores a 0,20 en todas ellas.

III. ESTUDIOS EMPÍRICOS

Tabla 37: Coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) del cuestionario Spanish QPC-IPS

Contenido de los ítems resumidos	Alfa de Cronbach		
	Total subescala	Total subescala sin ítem	Total escala sin ítem
Relación terapéutica	,868		
P7 Los pacientes reciben apoyo y escucha cuando lo necesitan		,859	,921
P10 Los profesionales se implican y se encuentran en la unidad junto a los pacientes		,859	,921
P11 Los profesionales tratan a los pacientes con consideración y proximidad		,847	,920
P12 Los profesionales se preocupan por conocer el motivo por el cual el paciente está enfadado o irritado		,842	,920
P15 Los profesionales tratan con respeto al paciente		,847	,921
P18 Los profesionales comprenden los sentimientos de los pacientes		,859	,920
P20 Los profesionales dedican tiempo a escuchar a los pacientes		,850	,919
P25 Los profesionales se preocupan por los cuidados y tratamiento de los pacientes		,849	,920
Participación del paciente	,828		
P1 Los pacientes deciden sobre sus cuidados y tratamiento		,814	,923
P5 La opinión de los pacientes se respeta a la hora de establecer sus cuidados y tratamiento		,807	,921
P6 Los pacientes participan en las decisiones de sus cuidados.		,811	,921
P13 La experiencia del paciente se tiene en cuenta a la hora de establecer el tratamiento médico		,794	,921
P14 Se ofrece a los pacientes educación sanitaria para aprender a identificar los síntomas de empeoramiento de la enfermedad		,814	,920
P27 Se informa al paciente de forma clara sobre su enfermedad mental y su diagnóstico		,821	,920
P29 Se ofrece información a los pacientes sobre su enfermedad mental para que puedan participar en su tratamiento		,801	,919
P30 Los pacientes reciben información sobre diferentes opciones de tratamiento para poder decidir cuál les parece la más adecuada		,805	,922
Soporte recibido	,867		
P19 Los profesionales ofrecen estrategias a los pacientes para evitar que hagan daño a los demás, si tienen estas ideas		,867	,919
P22 Los profesionales ofrecen estrategias a los pacientes para evitar que se hagan daño a sí mismos, si tuviesen ese tipo de ideas		,825	,920
P23 Los profesionales ayudan a entender que no es vergonzoso tener una enfermedad mental		,818	,920
P24 Los profesionales ayudan a entender que los sentimientos de culpa y de vergüenza no debe impedir que pida ayuda		,812	,920
Entorno	,665		
P3 Los pacientes tienen acceso a un lugar privado, al que pueden ir cuando quieran estar tranquilos		,615	,923
P26 Hay posibilidades de tener habitación individual		,620	,923
P28 Hay un sitio íntimo donde los pacientes pueden recibir visitas de sus familiares y amigos		,457	,922
Seguridad	,768		
P2 La seguridad de la unidad es elevada		,738	,922
P4 Los pacientes pueden sentirse seguros junto con los demás pacientes		,570	,920
P9 Los pacientes no se sienten molestados por otros pacientes		,744	,922
Alta hospitalaria	,620		
P8 Los pacientes participan en el tratamiento de forma continuada y de las actividades diarias		,560	,921
P16 Se ofrecen seguimiento a los pacientes después del alta		,612	,923
P17 Los pacientes reciben ayuda para buscar trabajo u otras ocupaciones		,531	,922
P21 Los pacientes reciben información sobre dónde pueden dirigirse si necesitan ayuda una vez finalizado el ingreso		,503	,920
Total cuestionario	,923		

Spanish QPC-IPS: "Quality in Psychiatric Care" versión Española- "In Patients Staff" (versión profesionales)

Tabla 38. Correlación ítem – total del cuestionario Spanish QPC-IPS

Contenido de los ítems resumidos		Correlación ítem-total escala corregida	Correlación ítem-subescala corregida
Relación terapéutica			
P7	Los pacientes reciben apoyo y escucha cuando lo necesitan	,551	,518
P10	Los profesionales se implican y se encuentran en la unidad junto a los pacientes	,559	,534
P11	Los profesionales tratan a los pacientes con consideración y proximidad	,660	,545
P12	Los profesionales se preocupan por conocer el motivo por el cual el paciente está enfadado o irritado	,703	,603
P15	Los profesionales tratan con respeto al paciente	,673	,554
P18	Los profesionales comprenden los sentimientos de los pacientes	,553	,560
P20	Los profesionales dedican tiempo a escuchar a los pacientes	,636	,640
P25	Los profesionales se preocupan por los cuidados y tratamiento de los pacientes	,655	,644
Participación del paciente			
P1	Los pacientes deciden sobre sus cuidados y tratamiento	,515	,358
P5	La opinión de los pacientes se respeta a la hora de establecer sus cuidados y tratamiento	,567	,517
P6	Los pacientes participan en las decisiones de sus cuidados.	,533	,463
P13	La experiencia del paciente se tiene en cuenta a la hora de establecer el tratamiento médico	,653	,532
P14	Se ofrece a los pacientes educación sanitaria para aprender a identificar los síntomas de empeoramiento de la enfermedad	,516	,586
P27	Se informa al paciente de forma clara sobre su enfermedad mental y su diagnóstico	,448	,571
P29	Se ofrece información a los pacientes sobre su enfermedad mental para que puedan participar en su tratamiento	,612	,651
P30	Los pacientes reciben información sobre diferentes opciones de tratamiento para poder decidir cuál les parece la más adecuada	,580	,424
Soporte recibido			
P19	Los profesionales ofrecen estrategias a los pacientes para evitar que hagan daño a los demás, si tienen estas ideas	,635	,639
P22	Los profesionales ofrecen estrategias a los pacientes para evitar que se hagan daño a sí mismos, si tuviesen ese tipo de ideas	,737	,607
P23	Los profesionales ayudan a entender que no es vergonzoso tener una enfermedad mental	,748	,605
P24	Los profesionales ayudan a entender que los sentimientos de culpa y de vergüenza no debe impedir que pida ayuda	,765	,610
Entorno			
P3	Los pacientes tienen acceso a un lugar privado, al que pueden ir cuando quieran estar tranquilos	,441	,401
P26	Hay posibilidades de tener habitación individual	,437	,407
P28	Hay un sitio íntimo donde los pacientes pueden recibir visitas de sus familiares y amigos	,555	,497
Seguridad			
P2	La seguridad de la unidad es elevada	,574	,455
P4	Los pacientes pueden sentirse seguros junto con los demás pacientes	,704	,576
P9	Los pacientes no se sienten molestados por otros pacientes	,553	,443
Alta hospitalaria			
P8	Los pacientes participan en el tratamiento de forma continuada y de las actividades diarias	,390	,543
P16	Se ofrecen seguimiento a los pacientes después del alta	,338	,385
P17	Los pacientes reciben ayuda para buscar trabajo u otras ocupaciones	,427	,443
P21	Los pacientes reciben información sobre dónde pueden dirigirse si necesitan ayuda una vez finalizado el ingreso	,496	,574

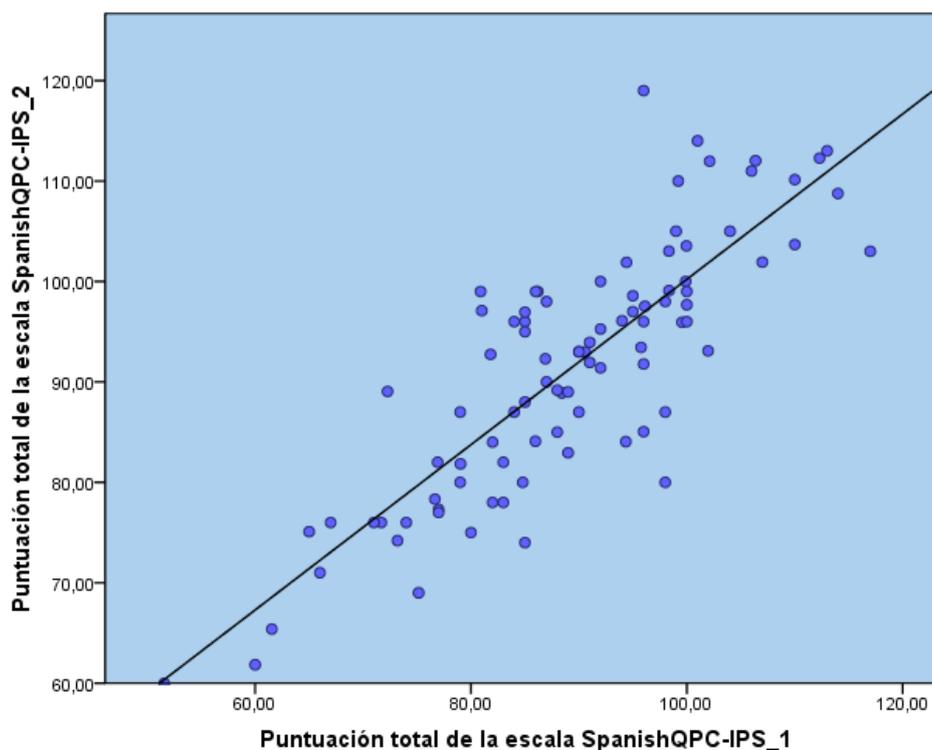
Spanish QPC-IPS: "Quality in Psychiatric Care versión" Española- "In Patients Staff" (versión profesionales)

Análisis test-retest

De los 163 participantes que participaron en el estudio, sólo 92 (56,4%) de ellos cumplimentaron la escala Spanish QPC-IPS en dos ocasiones. Probablemente, se debe a la alta rotación de profesionales en este tipo de dispositivos.

El coeficiente de correlación de Spearman entre las dos escalas fue de 0,53 ($p=0,01$) (Gráfico 5).

Gráfico 5. Análisis de correlación entre las puntuaciones totales de las escalas Spanish QPC-IPS



Posteriormente se calculó el Coeficiente de Correlación Intraclass (CCI) de la escala total y para cada una de las dimensiones. El CCI total fue de 0,91 y para todas las dimensiones de la escala este coeficiente también fue superior a 0,70, exceptuando la dimensión **D6** (Alta Hospitalaria) que puntuó por debajo a 0,70 (0,68) (Tabla 39).

Tabla 39. Coeficiente de Correlación intraclase (CCI) test-retest de la Escala Spanish QPC-IPS

Factores o dimensiones del cuestionario	CCI	IC 95%
F1: Relación terapéutica	0,869	0,802 - 0,913
F2: Participación del paciente	0,892	0,837 - 0,929
F3: Soporte recibido	0,727	0,588 - 0,820
F4: Entorno	0,853	0,778 - 0,903
F5: Seguridad	0,856	0,782 - 0,905
F6: Alta hospitalaria	0,681	0,518 - 0,789
TOTAL	0,911	0,865 - 0,941

CCI: Coeficiente de correlación intraclase

IC: Intervalo de confianza

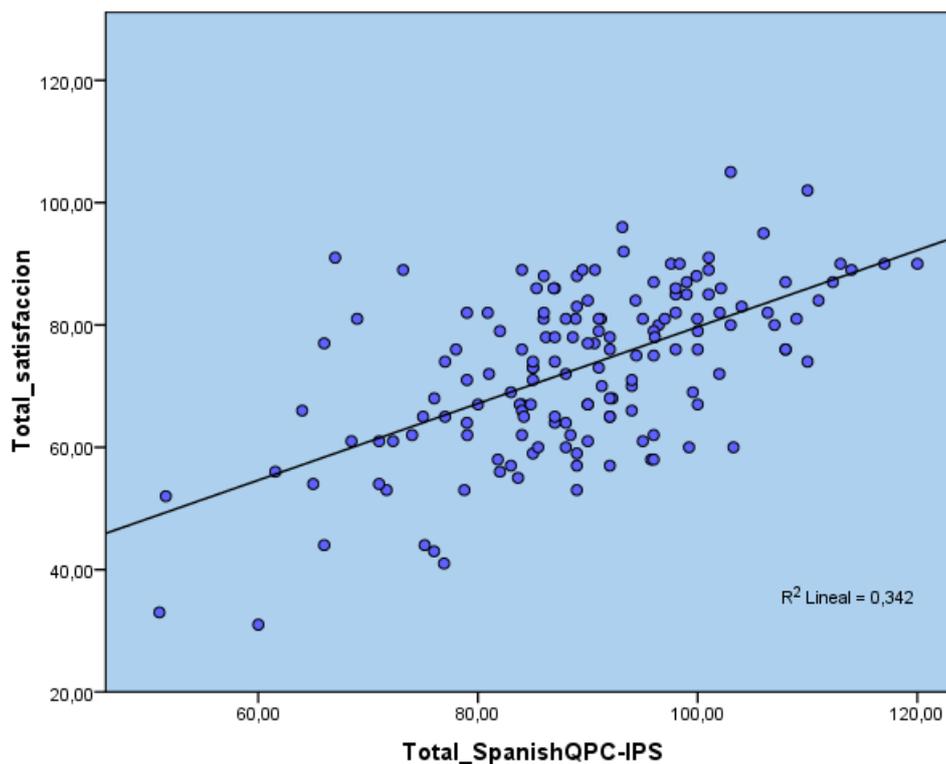
Spanish QPC-IPS: "Quality in Psychiatric Care" versión Española-"In Patients Staff" (versión profesionales)

Análisis de la validez

Análisis de la validez convergente

Para este análisis se calculó el coeficiente de correlación de Spearman con su intervalo de confianza del 95% entre la Spanish QPC-IPS y el cuestionario NTP 394 adaptado al castellano. La correlación obtenida según el coeficiente de correlación de Spearman fue de $\rho = 0,58$. Los resultados arrojan que la correlación fue positiva debido a que las puntuaciones de las dos escalas eran en sentido equivalente. En el sentido de que a mayor satisfacción laboral, la percepción de la calidad de los cuidados es más positiva. En el gráfico 6 se representa la correlación entre ambos instrumentos.

Gráfico 6. Análisis de correlación entre las puntuaciones totales de la escala SPANISH QPC-IPS y la escala NTP394



Análisis de la validez de constructo: Análisis factorial confirmatorio

La estructura factorial se analizó mediante un análisis factorial confirmatorio en el que se planteó un modelo de factores idéntico a la estructura original de la escala.

Estimación de parámetros

La estimación de parámetros se realizó también mediante el método de mínimos cuadrados. Los resultados ponen de manifiesto que los factores 1 y 3 son los que presentaron mayores cargas factoriales o saturaciones, mientras que el factor 2 y 6 son los que parecen estar peor reflejados por sus indicadores. Todas las saturaciones son estadísticamente significativas (Tabla 40).

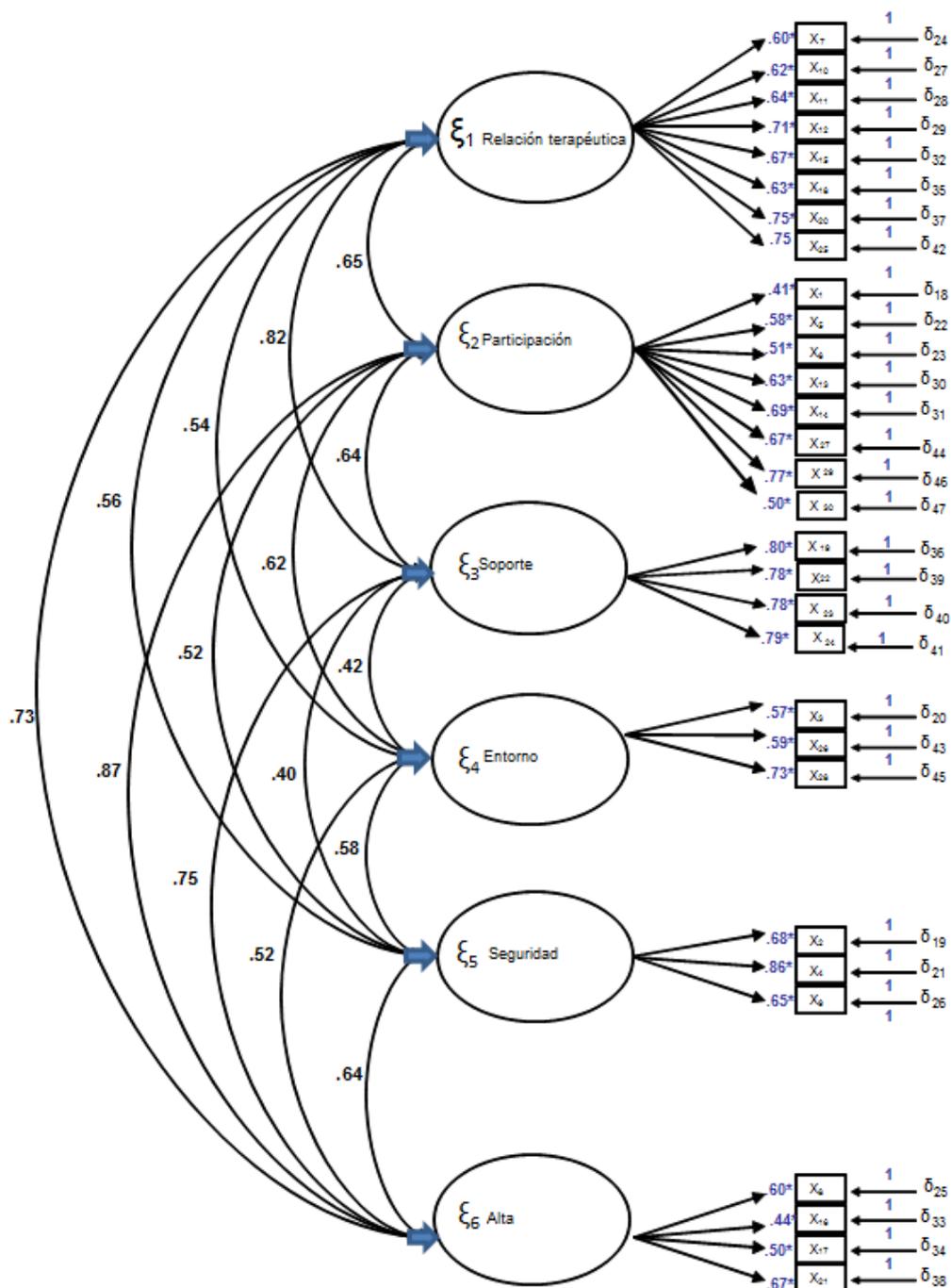
Tabla 40. Cargas factoriales derivadas de la estimación de los LS (mínimos cuadrados) Análisis Factorial Confirmatorio (λ_{ij})

Ítem	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Factor6
Ítem 7	,604*					
Ítem 10	,624*					
Ítem 11	,641*					
Ítem 12	,714*					
Ítem 15	,673*					
Ítem 18	,636*					
Ítem 20	,753*					
Ítem 25	,755*					
Ítem 1		,419*				
Ítem 5		,588*				
Ítem 6		,519*				
Ítem 13		,636*				
Ítem 14		,696*				
Ítem 27		,677*				
Ítem 29		,774*				
Ítem 30		,502*				
Ítem 19			,804*			
Ítem 22			,780*			
Ítem 23			,687*			
Ítem 24			,793*			
Ítem 3				,574*		
Ítem 26				,598*		
Ítem 28				,731*		
Ítem 2					,689*	
Ítem 4					,863*	
Ítem 9					,654*	
Ítem 8						,609*
Ítem 16						,440*
Ítem 17						,505*
Ítem 21						,671*

* $p < ,05$

Respecto a las correlaciones entre los factores, todos mostraron unas correlaciones elevadas, en relación con los demás factores, exceptuando el factor 3 que al correlacionarse con el factor 4 y 5, las puntuaciones eran menores a 0,5 (0,42 y 0,40 respectivamente). En la figura 8 se muestra las cargas de factores del análisis factorial confirmatorio.

Figura 8. Cargas de factores derivadas de la estimación LS (mínimos cuadrados) Análisis Factorial Confirmatorio (λ_{ij})



$P < .05$, LS, mínimos cuadrados

Bondad de ajuste del modelo

La prueba de Chi cuadrado fue estadísticamente significativa pero la razón de ajuste es de 2,08, de manera que si está entre 2-6 el ajuste es razonablemente bueno (Rial et al., 2006). Asimismo, tanto el resto de los índices de ajuste absoluto, como de ajuste incremental y de parsimonia analizados, presentan la misma tendencia, por lo que se puede concluir que el modelo se ajusta convenientemente (Tabla 41).

Tabla 41. Índices de bondad de ajuste del Modelo Confirmatorio

Índice	Valor
BBNFI	,866
BBNNFI	1,018
GFI	,964
AGFI	,958
CFI	1,000
RMSEA	,060
Alpha de Cronbach	,929
Test de Bondad de Ajuste	$\chi^2 = 811,925$; $df = 390$; $p < ,0001$
Razón de ajuste	$\chi^2 / df = 2,08$

BBNFI: Índice Normalizado de Ajuste Bentler Bonnet. **BBNNFI:** Índice No Normalizado de Ajuste Bentler Bonnet **GFI:** Índice de Bondad de Ajuste. **AGFI:** Índice de Bondad de Ajuste ajustado **CFI:** Índice de Ajuste Comparativo **RMSEA:** Raíz del Error Cuadrático Medio de Aproximación. **df:** Grados de libertad

3.4.4. Discusión

El propósito de este estudio fue adaptar y validar la versión castellana del instrumento Quality in Psychiatric Care-Inpatients Staff (QPC-IPS).

Para el estudio de la fiabilidad, se analizaron las propiedades de consistencia interna y estabilidad temporal. Los valores adecuados para que un instrumento tenga una consistencia interna buena deben ser superiores a un alpha de Cronbach de 0,70 (Nunnally y Bernstein, 1994). El alfa de Cronbach fue de 0,92 para el total de la escala, mientras que se obtuvieron valores cercanos o superiores a 0,70 para todas las dimensiones. Estos resultados presentan valores superiores o similares a los obtenidos en la versión original sueca y en otros estudios que han usado otras versiones del instrumento QPC (Lundqvist et al., 2014a, 2014b, 2016; Schröder et al., 2007, 2010, 2011). Según Jaju & Crasck (1999), si los valores superan el 0,90, el coeficiente indica que hay redundancia o duplicidad de ítems. Al igual que en el estudio anterior, se tiene en cuenta la consistencia interna de cada subescala que la configuran. Los resultados del presente estudio, indican que los resultados fueron superiores a 0,70 en 4 de las seis dimensiones. La dimensión **D6** (Alta hospitalaria) obtuvo una alfa de Cronbach de 0,62 y la dimensión **D4** (Entorno) de 0,66. Si observamos los resultados del estudio de Schröder & Lundqvist (2013), las mismas dimensiones no superan el 0,70. Tampoco la **D5** (Seguridad) con valores de 0,60. En la versión danesa, las mismas dimensiones anteriormente citadas presentan valores inferiores (0,58, 0,65 y 0,61, respectivamente) (Lundqvist, Riiskjaer, Lorentzen, y Schröder, 2014a). Dada la influencia de varios elementos en el coeficiente alfa de Cronbach, el valor bajo en esas dimensiones probablemente se deben al reducido número de ítems (dos o tres ítems).

Según Sanchez-Balcells et al. (2018), los valores de la consistencia interna en el instrumento Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC) (Killaspy et al., 2011) fueron similares a los valores presentados en este estudio, tanto en el total de la escala como para cada subescala. El instrumento QuIRC valora la

calidad desde la perspectiva profesional en unidades de larga estancia de salud mental como en los dispositivos comunitarios.

Los resultados del coeficiente de homogeneidad de los ítems para cada dimensión o subescala de la Spanish QPC-IPS, presentaron valores superiores a 0,20 en todos los casos. Según Clark & Watson, esto indica que los valores son aceptables si son mayores a 0,20.

Se analizó la estabilidad temporal mediante el CCI. Este estudio presentó el CCI de 0,91 y valores de 0,68 a 0,87 para las dimensiones, resultando una concordancia muy buena. Según Fleiss, Levin, & Cho Paik (2003) la concordancia se considera muy buena si el coeficiente es mayor de 0,90, buena si está entre 0,71 y 0,90, moderada entre 0,51 y 0,70, mediocre entre 0,31 y 0,50 y mala o nula si es inferior a 0,31. Respecto a los resultados de CCI en las escalas QPC, no se reportaron estos resultados. En cambio, en otros dos estudios, los resultados de CCI presentaron estimaciones entre 0,75-0,90 en el instrumento POPEQ (Garratt et al., 2006) y valores de 0,72-0,87 en el instrumento GPEQ (Bjertnaes, Garratt y Nessa, 2007). Como resultado, se considera que los resultados del instrumento Spanish QPC-IPS evidencia una buena concordancia entre las dos evaluaciones.

La validez convergente de la Spanish QPC-IPS se examinó mediante el cálculo del coeficiente de correlación rho de Spearman con la escala NTP 394. Se obtuvo una correlación positiva con el instrumento NTP 394. Según Martínez González, Sánchez Villegas, Toledo Atucha y Faulin-Fajardo (2014), los valores $\geq 0,31 \leq 0,70$, presentan una asociación moderada. El valor obtenido ($\rho = 0,58$, $p < 0,001$) indica una asociación moderada. Este es el único estudio donde se ha analizado la validez convergente con otro instrumento.

Con respecto a la validación de constructo, el análisis factorial confirmatorio presentó la misma estructura factorial que la versión original de la escala QPC-IPS, donde el concepto de calidad en la atención de salud mental reflejaba las

seis dimensiones del original (Schröder et al. 2010). Se puede concluir, que las dimensiones de la Spanish QPC-IPS son idénticas a las dimensiones de la escala original. Sin embargo, en el instrumento INDO-QPC (Lundqvist et al. 2018), se observa como dos dimensiones son débiles y no se comportan de la misma manera que la Spanish QPC-IPS y la original sueca. Probablemente, en contextos culturales parecidos, mayor relación de similitud existente entre los ítems y sus factores. Respecto a los índices de ajuste analizados, se identifican similitudes con la escala QPC-IP original (Schröder et al., 2010).

Los índices de bondad de ajuste analizados a partir del modelo confirmatorio, en relación con los índices de parsimonia utilizando Chi-cuadrado, muestran un ajuste razonablemente bueno (Rial et al., 2006). Estos resultados son muy similares a los encontrados en los estudios realizados hasta la fecha en QPC-IP (Schröder et al., 2010), QPC-OP (Schröder, Ahlström, Larsson, & Lundqvist, 2011) y QPC-FIPS (Lundqvist et al. 2014a).

Los resultados presentes en este estudio demuestran que las propiedades psicométricas en términos de consistencia interna, estabilidad temporal (test-retest), validez convergente y validez de constructo (análisis factorial confirmatorio) son adecuadas. Estos resultados confirman que la estructura de los factores propuestos en la versión castellana es idéntica a la versión sueca original de la QPC-IPS.

Limitaciones

Este instrumento forma parte de una familia de escalas que miden el constructo de calidad de la atención y que han sido adaptadas y validadas en diferentes países y entornos culturales diversos.

Este estudio presenta varias limitaciones. En primer lugar, la muestra utilizada es una población procedente de una determinada zona de la provincia de Barcelona, y puede no ser representativa, de toda Cataluña o de otras provincias de España. Sin embargo, en otros estudios realizados con profesionales sanitarios en el mismo ámbito de estudio que el presente, comparten similitudes en relación a las características sociodemográficas y clínicas de la población de estudio (Ibáñez, Vilaregut, & Abio, 2004). En segundo lugar, aunque se estimó el mínimo de muestra necesaria para el análisis (Norman & Streiner, 1996), debido a que se seleccionaron también a 5 participantes por cada ítem que configura la escala, aunque es el mismo número que utilizaron para validar la escala original.

Por último, hay que destacar que no se ha podido evaluar la sensibilidad al cambio, ni la validez predictiva, ya que el diseño del estudio ha sido transversal, por lo que podría plantearse en futuros estudios.

Implicaciones para la práctica asistencial

La Spanish QPC-IPS es una escala de uso simple y fácil de administrar que miden aspectos del ámbito de la psiquiatría de hospitalización desde la perspectiva del profesional sanitario. Los resultados de este estudio tienen varias implicaciones. Primera, el conocimiento de la valoración de la calidad de los profesionales puede usarse para mejorar la calidad asistencial. Segunda, esta herramienta puede incorporarse de forma rutinaria en las unidades de salud mental como medida de evaluación y mejora de la calidad y ser una herramienta integrada en los departamentos de calidad de los hospitales. Tercero, este instrumento nos permitirá conocer la calidad asistencial en salud mental mediante estudios comparativos con el fin de determinar el nivel de calidad asistencial de las unidades y así mejorar la atención al usuario.

Por otra parte, puede ser también un instrumento que motive a los profesionales de salud en su práctica diaria a seguir mejorando.

El manuscrito de esta sección ha sido enviado y en vías de revisión en la revista *International Journal of Nursing Practice* (Enero, 2019). Ver apartado financiación y difusión de la investigación.

3.5. Estudio III

Invarianza configuracional de las escalas
“Spanish QPC-IP” y “Spanish QPC-IPS” y
“QPC-IP original Sueca”

Estudio 3

3.5.1. Objetivo General

Analizar la invarianza configuracional de una muestra de pacientes que rellenó la escala Quality in Psychiatric Care-Inpatients (Spanish QPC-IP) y otra muestra de profesionales que completó la Quality in Psychiatric Care-Inpatients Staff (Spanish QPC-IPS) y la muestra de pacientes suecos que completó la Quality in Psychiatric Care-Inpatients original sueca (QPC-IP).

Objetivos específicos

- Analizar la invarianza configuracional de las tres muestras con el modelo 1 (tres grupos juntos) y el modelo 2 (ajustado por cada grupo separado) mediante el análisis factorial confirmatorio.
- Analizar la invarianza configuracional con las tres muestras mediante el modelo exploratorio de ecuaciones estructurales

3.5.2. Metodología

Diseño del estudio

El estudio que se presenta a continuación es un estudio de carácter métrico. Se ha desarrollado desde enero del 2019 hasta mayo del 2019.

Ámbito de estudio

El estudio se ha realizado en las unidades asistenciales de hospitalización de psiquiatría de adultos de los municipios de Sant Boi de Llobregat y Barcelona, del mismo ámbito que en el estudio I y II. Se ha realizado también en dos provincias de Suecia, en ocho unidades de psiquiatría de adultos. La población de referencia de Suecia consta de un total de 550.000 habitantes.

Población de estudio

Los criterios de inclusión y exclusión del grupo de estudio se presentan en el estudio I y II. La muestra seleccionada está compuesta por los pacientes que completaron la Spanish QPC-IP (150 pacientes), los profesionales que completaron la Spanish QPC-IPS (163 profesionales) y los pacientes suecos que completaron la original QPC-IP (265 pacientes). La muestra total está compuesta por 578 participantes. Mediante el muestreo consecutivo se alcanzó la muestra deseada.

Procedimiento de recogida de datos

El procedimiento de recogida de datos para los participantes españoles se representa de la misma manera que en el estudio I y II. En el procedimiento de recogida de datos de los pacientes suecos, una enfermera o un supervisor de la unidad, informaron a los pacientes verbalmente y por carta sobre el objetivo y el diseño del estudio. Los pacientes que dieron su consentimiento verbal en participar, se les pidió que completaran el cuestionario QPC-IP de forma anónima el día de su alta. Al finalizar, debían introducir el cuestionario en un sobre y cerrarlo, y después dejarlo en un buzón habilitado dentro de la unidad.

Análisis estadístico

En la primera fase del análisis, se utilizó el software R (R Core Team, 2018), con la librería lavaan (Rosseel, 2012), para comprobar la invarianza configural del modelo latente (6 dimensiones), mediante la estimación por CFA del mismo modelo latente en los tres grupos (pacientes suecos, pacientes y profesionales españoles) conjuntamente, pero permitiendo que los parámetros varíen dentro de cada grupo. Se utilizó CFI, TLI, RMSEA y SRMS como medidas del ajuste. Los índices de BIC y AIC fueron también considerados para el análisis.

En la segunda fase del análisis, la estructura de medición fue confirmada a través del modelo exploratorio de ecuaciones estructurales (ESEM). El modelo ESEM integra muchas de las ventajas del análisis factorial confirmatorio (CFA), el modelo de ecuación estructural (SEM) y el análisis factorials exploratorio (EFA). La evaluación de la invarianza del modelo en grupos diferentes (por ejemplo, género o etnia) o en diferentes tiempos en el mismo grupo se desarrolla ampliamente en los estudios SEM (Meredith, 1993; Meredith & Teresi, 2006; Pedersen, Jöreskog, & Sörbom, 1981).

El modelo ESEM puede extenderse a múltiples análisis grupales, donde el modelo se estima por separado para cada grupo y algunos parámetros pueden ser restringidos a invariantes en esos grupos. ESEM proporcionó información sobre la estimación de CFA y las cargas factoriales de los ítems. Además, el modelo CFA fijó los factores a cero, con el fin de confirmar la influencia de otros factores. En este sentido, los modelos CFA, al fijar las cargas de factor a cero, se aplican restricciones al modelo de medición que se basa en suposiciones teóricas (Asparouhov & Muthén, 2009). El propósito de ESEM es permitir que se utilicen modelos de medición menos restrictivos además del CFA tradicional para proporcionar información adicional sobre el ajuste del modelo teórico.

El modelo general de ESEM está descrito en la figura 9 siguiente:

Figura 9: Ecuaciones ESEM

$$Y = v + \Lambda\eta + KX + \varepsilon$$

$$\eta = \alpha + B\eta + \Gamma X + \zeta$$

Fuente: Asparouhov & Muthén, 2009

Donde los factores η_i se pueden dividir en dos grupos, factores exploratorios y factores confirmatorios. $\eta_1, \eta_2; \dots, \eta_r$ son los factores exploratorios y $\eta_{r+1}; \dots; \eta_m$ son los factores confirmatorios. Los factores confirmatorios se identifican de la misma manera que los factores tradicionales en SEM (Modelo de ecuación estructural). Los modelos, por ejemplo, tienen diferentes variables de indicadores de factores para cada uno de los factores. El grupo de factores exploratorios se divide en bloques de variables latentes exploratorias que se miden simultáneamente.

La elección del criterio de rotación es, hasta cierto punto, un área desconocida en investigación. En general, no se sabe qué estructuras de matriz de carga se conservan en cada criterio de rotación. Los estudios de simulación presentados en una investigación (Asparouhov & Muthén, 2009), sin embargo, indican que el criterio de Geomin es el criterio de rotación más prometedor cuando se sabe poco sobre la verdadera estructura de carga. Geomin parece estar funcionando muy bien para estructuras matriciales de carga simples y moderadamente complicadas. Es por eso que se ha escogido Geomin para el análisis en las tres muestras.

Consideraciones éticas

Durante toda la investigación se establecieron las mismas consideraciones éticas del procedimiento del estudio I y II.

3.5.3. Resultados

Se analizó las tres muestras (pacientes Spanish QPC-IP, profesionales Spanish QPC-IPS y pacientes suecos QPC-IP) con el paquete estadístico R (R Core Team, 2013).

El modelo latente se observa en la Tabla 42 siguiente:

Tabla 42. Modelo latente

QPCEnc=i07+i10+i11+i12+i15+i18+i20+i25
QPCPa=i01+i05+i06+i13+i14+i27+i29+i30
QPCSu=i19+i22+i23+i24
QPCDis=i08+i16+i17+i21
QPCScIE=i03+i26+i28
QPCScrE=i02+i04+i09

El primer paso fue analizar las tres escalas con el modelo 1 con los tres grupos juntos y en la segunda fase fue a través del modelo 2 ajustado por cada grupo separado (invarianza configuracional). Los resultados se presentan a continuación en la Tabla 43:

Tabla 43. Resultados del Modelo 1 y 2

Medida	Modelo 1	Modelo 2
CFI	0,896	0,855
TLI	0,884	0,838
RMSEA	0,065	0,079
SRMS	0,050	0,065
AIC	37713,671	36784,154
BIC	38171,426	38157,419

CFI: Índice de Ajuste comparativo, TLI: Índice de Tucker-Lewis, RMSEA: Raíz del Error Cuadrático Medio Aproximada, SRMS: Media cuadrática, AIC: Criterio de información Akaike, BIC: Criterio de información Bayesiano

III. ESTUDIOS EMPÍRICOS

Los resultados presentes demuestran que tanto el modelo 1 como el modelo 2 no se ajustan adecuadamente en términos de CFI y quedan por debajo del límite establecido (Barrett, 2006). Pese a esto, hay autores que afirman resultados de CFI aceptables por encima de 0,85 (Bollen, 1989). Respecto a la medida de TLI tanto el modelo 1 como el 2 tiene resultados por debajo de 0,90-0,95, lo cual indican que los resultados son por debajo de los aceptables (Hu & Bentler, 1995). Respecto a la medida de RMSEA, el modelo 1 y el modelo 2 presenta un buen ajuste (MacCallum, Browne, & Sugawara, 1996) ($\leq 0,60$). En relación al SRMS el modelo 1 y 2 muestran ajustes adecuados según Browne & Cudeck (1989) ($\leq 0,80$). Los índices BIC y AIC son inferiores en el modelo 2 que del modelo 1, respectivamente (AIC=36784,154, AIC=37713,671, BIC=38157,419, BIC=38171,426).

En el modelo 2, si estimamos el mismo modelo en cada grupo por separado, de forma totalmente independiente de los demás, obtenemos que el mejor ajuste se obtiene en el grupo de la escala QPC-IP (CFI=0,913), siendo peor en el grupo de la Spanish QPC-IPS (CFI=0,809) y aún peor en el grupo de la Spanish QPC-IP (CFI=0,784), demostrando que no existe equivalencia en la estructura factorial de los tres grupos. En la Tabla 44 que se muestra a continuación, se visualiza el resultado del resto de medidas teniendo en cuenta los grupos por separado:

Tabla 44. Resultados de medias por grupos separados (modelo 2)

Medida	QPC-IP	Spanish QPC-IPS	Spanish QPC-IP
CFI	0,913	0,787	0,784
TLI	0,903	0,802	0,759
RMSEA	0,064	0,072	0,097
SRMS	0,054	0,065	0,076
AIC	17650,957	9028,399	10134,797
BIC	17996,829	9353,243	10450,914

CFI: Índice de Ajuste comparativo, TLI: Índice de Tucker-Lewis, RMSEA: Raíz del Error Cuadrático Medio Aproximada, SRMS: Media cuadrática, AIC: Criterio de información Akaike, BIC: Criterio de información Bayesiano

Los resultados demuestran que tanto la Spanish QPC-IPS como la Spanish QPC-IP no se ajustan adecuadamente en términos de CFI y quedan por debajo del límite establecido (Barrett, 2006). En cambio, si se ajusta adecuadamente la escala original de Suecia QPC-IP. Sucede de la misma manera, si observamos la medida TLI (Hu & Bentler, 1995). Respecto a la medida de RMSEA, las tres escalas presentan un buen ajuste (MacCallum et al., 1996). En relación con el SRMS, las tres escalas tienen un buen ajuste, la que más se aproxima a valores excelentes de ajuste es la escala sueca QPC-IP. Los índices de AIC y BIC, son superiores en el grupo QPC-IP sueco.

Teniendo en cuenta estos resultados, se propuso otro modelo a fin de encontrar si existía invarianza entre los dominios o ítems de los tres grupos. El análisis consistió en el modelo de ecuación estructural de tipo exploratorio (ESEM: Exploratory Structural Equation Modelling) (Asparouhov & Muthén, 2009) con el paquete estadístico Mplus (Muthén & Muthén, 2017). Se exponen a continuación los resultados encontrados:

El modelo ESEM explora tres muestras (Tabla 45).

Tabla 45. Tres submuestras analizadas con ESEM

Λ_{X1}	Muestra de profesionales de la Spanish QPC-IPS
Λ_{X2}	Muestra de pacientes de la Spanish QPC-IP
Λ_{X3}	Muestra de pacientes suecos de la Sueca QPC-IP

Fuente: Propia

III. ESTUDIOS EMPÍRICOS

En la siguiente Tabla 46 se muestra los valores globales del ajuste del modelo propuesto en su forma general:

Tabla 46. Índices de bondad de ajuste del Modelo ESEM

Índice	Valor
SMRS	,181 (0,1-0,2)
TLI	,849
CFI	,832
RMSEA	,080
AIC	36958,804
BIC	38305,912
Estadística de ajuste	$\chi^2 = 2630,186$; $df=1176$; $p<,001$
Ratio	$\chi^2 / df = 2,23$
Estadística de ajuste de χ^2 para cada grupo	
Profesionales españoles	1009,123
Pacientes españoles	809,215
Pacientes suecos	811,848

SMRS: Media cuadrática del residual estandarizado TLI: Índice de Tucker-Lewis CFI: Índice de Ajuste Comparativo RMSEA: Raíz del Error Cuadrático Medio Aproximado AIC: Criterio de Información Akaike BIC: Criterio de Información Bayesiano df: Grados de libertad

Una revisión de los valores mostró un ajuste moderado, excepto por la estadística de ajuste de χ^2 , que fue estadísticamente significativa ($p < ,001$). Sin embargo, los valores resultantes de la ratio fueron excelentes ($2,23 < 3$). Respecto al ajuste por cada grupo, el modelo de los pacientes suecos tiene mejor ajuste que los demás grupos. El resto de los índices de ajuste mostraron valores entre 0,832 y 0,849. Para interpretar estos índices se utilizaron los siguientes criterios: relación $\chi^2 / df < 2$ (excelente); $\chi^2 / df < 3$ (bueno); $\chi^2 / df < 5$ (aceptable); en términos de CFI los valores quedar por debajo del límite establecido (Barrett, 2006). Pese a esto, hay autores que afirman resultados de CFI aceptables por encima de 0,85 (Bollen, 1989). Respecto la medida de TLI, los resultados indican que son por debajo de los aceptables (Hu & Bentler, 1995). Respecto a la medida de RMSEA, el ajuste es adecuado (MacCallum et al., 1996) ($\leq 0,60$). En relación al SRMS el ajuste es aceptado, según Browne & Cudeck (1989) ($\leq 0,80$). Los índices AIC y BIC presentan valores de 36958,804 y 38305,912, respectivamente.

Las cargas factoriales de los factores resultantes de la estimación de ESEM, no son estadísticamente significativas y presentan cargas aceptables en su subdominio correspondiente, que van desde 0,434 a 0,927.

III. ESTUDIOS EMPÍRICOS

Los resultados de las cargas factoriales de los ítems del grupo de pacientes españoles se presenta en la siguiente Tabla 47:

Tabla 47. Cargas factoriales derivadas de la estimación de los LS (mínimos cuadrados) del modelo ESEM para el grupo pacientes españoles

Ítem	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Factor6
Ítem 7	,595					
Ítem 10	,613					
Ítem 11	,689					
Ítem 12	,753					
Ítem 15	,707					
Ítem 18	,608					
Ítem 20	,719					
Ítem 25	,730					
Ítem 1		,463				
Ítem 5		,579				
Ítem 6		,529				
Ítem 13		,674				
Ítem 14		,632				
Ítem 27		,621				
Ítem 29		,756				
Ítem 30		,588				
Ítem 19			,697			
Ítem 22			,766			
Ítem 23			,851			
Ítem 24			,864			
Ítem 3				,583		
Ítem 26				,569		
Ítem 28				,745		
Ítem 2					,683	
Ítem 4					,874	
Ítem 9					,663	
Ítem 8						,602
Ítem 16						,434
Ítem 17						,524
Ítem 21						,666

* $p < ,001$

Los resultados ponen de manifiesto que los factores 3 (ítem 23 y 24) y factor 5 (ítem 4) son los que presentaron mayores cargas factoriales o saturaciones, mientras que el factor 2 (ítem 1) y factor 6 (ítem 16) son los que parecen estar peor reflejados por sus indicadores. Todas las saturaciones son estadísticamente significativas.

Los resultados de las cargas factoriales de los ítems del grupo de profesionales españoles se presenta en la siguiente Tabla 48:

Tabla 48. Cargas factoriales derivadas de la estimación de los LS (mínimos cuadrados) del modelo ESEM para el grupo profesionales españoles

Ítem	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Factor6
Ítem 7	,859					
Ítem 10	,732					
Ítem 11	,827					
Ítem 12	,837					
Ítem 15	,843					
Ítem 18	,911					
Ítem 20	,852					
Ítem 25	,893					
Ítem 1		,789				
Ítem 5		,812				
Ítem 6		,819				
Ítem 13		,830				
Ítem 14		,451				
Ítem 27		,856				
Ítem 29		,830				
Ítem 30		,775				
Ítem 19			,884			
Ítem 22			,886			
Ítem 23			,927			
Ítem 24			,927			
Ítem 3				,802		
Ítem 26				,611		
Ítem 28				,737		
Ítem 2					,850	
Ítem 4					,878	
Ítem 9					,718	
Ítem 8						,782
Ítem 16						,831
Ítem 17						,740
Ítem 21						,824

* $p < ,001$

Los resultados ponen de manifiesto que los factores 1 (ítem 18) y factor 3 (ítem 23 y 24) son los que presentaron mayores cargas factoriales o saturaciones, mientras que el factor 2 (ítem 14) es el que parece estar peor reflejado por sus indicadores. Todas las saturaciones son estadísticamente significativas.

III. ESTUDIOS EMPÍRICOS

Los resultados de las cargas factoriales de los ítems del grupo de pacientes suecos se presenta en la siguiente Tabla 49:

Tabla 49. Cargas factoriales derivadas de la estimación de los LS (mínimos cuadrados) del modelo ESEM para el grupo pacientes suecos

Ítem	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Factor6
Ítem 7	,717					
Ítem 10	,740					
Ítem 11	,734					
Ítem 12	,661					
Ítem 15	,672					
Ítem 18	,738					
Ítem 20	,786					
Ítem 25	,723					
Ítem 1		,635				
Ítem 5		,714				
Ítem 6		,746				
Ítem 13		,620				
Ítem 14		,734				
Ítem 27		,812				
Ítem 29		,857				
Ítem 30		,885				
Ítem 19			,472			
Ítem 22			,568			
Ítem 23			,801			
Ítem 24			,904			
Ítem 3				,900		
Ítem 26				,842		
Ítem 28				,640		
Ítem 2					,614	
Ítem 4					,671	
Ítem 9					,755	
Ítem 8						,726
Ítem 16						,628
Ítem 17						,590
Ítem 21						,726

**p < ,001*

Los resultados ponen de manifiesto que el factor 3 (ítem 24) y el factor 4 (ítem 3) son los que presentaron mayores cargas factoriales o saturaciones, mientras que el factor 3 (ítem 19) es el que parece estar peor reflejado por sus indicadores. Todas las saturaciones son estadísticamente significativas.

Se determina que las cargas factoriales son estadísticamente significativas por cada uno de los grupos de estudio.

3.5.4. Discusión

El estudio 3 analizó la invariancia configuracional en dos fases. El objetivo de dicho estudio fue examinar las estructuras de factores equivalentes en todos los grupos. Este es el nivel más básico de invariancia y verifica si existen factores similares, aunque no necesariamente idénticos, en los tres grupos (Brown, 2015).

El propósito de la primera fase del estudio, fue analizar la invarianza configuracional de los ítems o subescalas de QPC-IP (pacientes suecos), y la Spanish QPC-IP (pacientes españoles) y la QPC-IPS (profesionales españoles), con el modelo 1 (los tres grupos juntos) y el modelo 2 (ajustado por cada grupo separado) mediante el análisis factorial confirmatorio. En la segunda fase del estudio, se llevó a cabo un análisis de la invarianza configuracional con las tres muestras mediante el modelo exploratorio de ecuaciones estructurales.

El tamaño muestral del presente estudio es similar a otros estudios que han realizado comparaciones con diferentes poblaciones (Asparouhov & Muthén, 2009). Como por ejemplo, un estudio realizado en las escuelas públicas de un territorio de Estados Unidos, donde se analizó mediante una escala de comportamiento agresivo y perturbador en una muestra de 509 estudiantes (Ialongo, Werthamer, Brown, Kellam, & Wang, 1999). Respecto al tópico de estudio, se desconocen los análisis comparativos entre países realizados con escalas propiamente de calidad de la atención asistencial. Concretamente, no existen estudios comparativos entre países que han adaptado y validado las escalas QPC. Sin embargo, se han encontrado estudios referentes en el campo de la satisfacción en el ámbito de la hospitalización aguda, comparando los grupos de estudio según el género (hombre versus mujer) (Mark & Wan, 2005). En el estudio de Burduli, Barbosa-Leiker, Fleming, Hollins Martin, & Martin (2017), analizaron la invarianza de una escala de Satisfacción en relación a la experiencia del parto en 409 mujeres de los Estados Unidos y el Reino Unido.

III. ESTUDIOS EMPÍRICOS

Cabe señalar que uno de los dominios de este instrumento representa la calidad de la atención.

En la primera fase del análisis, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio con el modelo 1 (los tres grupos juntos) y el modelo 2 (ajustado por cada grupo separado). Los resultados del modelo 1 fueron los siguientes: CFI= 0,896, TLI= 0,884, RMSEA=0,065, SRMS=0,050. Según estos resultados, en el CFI los valores quedaron por debajo del límite establecido $\geq 0,90$ (Barrett, 2006) y los valores de TLI eran por debajo de 0,90-0,95,(Hu & Bentler, 1995). Respecto a la medida de RMSEA, el ajuste fue inferior a 0,60 (MacCallum et al., 1996). En relación al SRMS el ajuste fue inferior a 0,80 según Browne & Cudeck (1989). Los resultados del modelo 2 se presentan a continuación: CFI= 0,855, TLI= 0,838, RMSEA= 0,079, SRMS= 0,065. Los índices de ajuste del modelo 2 fueron inferiores a lo aceptado, exceptuando el índice de RMSEA y SRMS.

En el modelo 2, se estimó el mismo modelo en cada grupo por separado, de forma totalmente independiente de los demás, resultando ser que el mejor ajuste se obtuvo en el grupo de pacientes suecos (CFI=0,913), siendo peor en el grupo de profesionales españoles (CFI=0,809) y aún peor en el grupo de pacientes españoles (CFI=0,784), demostrando que el ajuste no fue satisfactorio y por lo tanto, la estructura factorial no fue homogénea en las tres muestras consideradas (Lévy Mangin, Varela Mallou, & Abad González, 2006). En el estudio de Schaufeli & Janczur (1994), se realizó un análisis factorial confirmatorio con el Inventario de Bournout de Maslach en una muestra de 200 enfermeras de Polonia y 183 enfermeras alemanas. Los resultados confirmaron discrepancias significativas entre los ajustes del modelo de los dos grupos.

En una investigación relacionada, Marsh, Hau, & Grayson (2005) propusieron la siguiente afirmación:

“Los criterios de bondad de ajuste de CFA convencionales son demasiado restrictivos cuando se aplican a la mayoría de los instrumentos multifactoriales. Según mi experiencia, es casi imposible

obtener un ajuste aceptable (p. Ej., CFI, RNI, TLI > .9; RMSEA <.05) incluso para instrumentos multifactoriales “buenos” cuando los análisis se realiza por cada ítem y existen múltiples factores (p. ej., 5-10), cada uno medido con un número razonable de ítems (p. ej., al menos 5-10 por escala).”

En consecuencia con los resultados obtenidos, en la segunda fase del análisis, se propuso el modelo ESEM. Este modelo puede extenderse a múltiples análisis grupales y se estima por separado para cada grupo y algunos parámetros pueden ser restringidos a invariantes en esos grupos.

Los resultados del modelo ESEM fueron los siguientes: CFI= 0,832, TLI= 0,849, RMSEA=0,080, SRMS=0,181, $\chi^2= 2630,186$; $df=1176$, $\chi^2/df= 2,23$. Los valores resultantes de la ratio fueron excelentes ($2,23 < 3$) (relación $\chi^2 / df < 2$ (excelente); $\chi^2 / df < 3$ (bueno); $\chi^2 / df < 5$ (aceptable)), sin embargo, la estadística de ajuste χ^2 no fue significativa ($p < ,001$). El chi-cuadrado suele estar muy influenciado por los tamaños de gran efecto (Hooper, Coughlan, & Mullen, 2008), el valor de la ratio (χ^2 / df) se propone como un índice razonable para el ajuste global (Byrne, 2013), especialmente considerando las debilidades del índice chi cuadrado.

Respecto al ajuste por cada grupo, el modelo de los pacientes suecos presentó mejor ajuste que los demás grupos. El resto de los índices de ajuste mostraron valores entre 0,832 y 0,849, inferiores a los valores adecuados (CFI y TLI= $\geq 0,90$, RMSEA $\leq 0,60$ y SRMS= $\leq 0,80$). Los índices AIC y BIC mostraron valores de 36958,804 y 38305,912, respectivamente. Los factores resultantes de la estimación de ESEM, fueron seis por cada escala. Las cargas factoriales fueron estadísticamente significativas y presentaron cargas aceptables en su subdominio correspondiente (0,434 a 0,927).

Si bien la invarianza configuracional nos sugiere que, por el momento, todos los ítems se pueden retener, se recomienda investigaciones más amplias de ESEM, que permitan la identificación de los ítems potenciales que se deberán eliminar (por ejemplo, aquellos con valores de cargas factoriales inferiores a 0,40). Antes de considerar la reducción de la escala, se necesita más trabajo para examinar los patrones de discriminación de los ítems y explorar los ítems que funcionan y así facilitar la toma de decisiones en la modificación de las escalas.

Limitaciones

El presente estudio, ofrece interesantes oportunidades para realizar comparaciones con las poblaciones y examinar la invarianza de unos instrumentos que miden la calidad asistencial del paciente y la calidad asistencial del profesional.

Sin embargo, también tiene varias limitaciones. En primer lugar, el constructo de calidad asistencial puede ser entendido de diferente manera según el contexto cultural. Por lo tanto, los países implicados en esta investigación deben tener muy en cuenta el proceso de adaptación y traducción de las escalas para favorecer que el constructo que se pretende medir no se altere durante dicho proceso. En segundo lugar, el reclutamiento de la muestra se realizó en dos periodos diferentes. Esto implica, que durante esta brecha de tiempo, han aparecido nuevas políticas enfocadas a la mejora de la calidad asistencial en el ámbito de la salud mental. En tercer lugar, no se disponía de la muestra de profesionales suecos por lo que la falta de representatividad haya afectado los resultados, dado que se ha demostrado que la estructura factorial de las QPC no es invariable. Futuras investigaciones son necesarias para poder realizar una comparación con sujetos similares a la muestra española. En cuarto lugar, el modelo ESEM presenta varias limitaciones. Primero, en términos de usabilidad, se está implementado únicamente en el software Mplus. Segundo, en términos de recorrido histórico, mientras que las investigaciones sobre EFA y CFA cuentan con décadas, el ESEM es una alternativa mucho más reciente. Tercero, los puntos de corte para dar el ajuste por satisfactorio que habitualmente se emplean son los que se recomiendan para los CFAs, puesto que no se han llevado a cabo estudios específicos para el ESEM.

Implicaciones para la investigación enfermera

Los hallazgos de esta investigación fueron relevantes, dado que los instrumentos de calidad asistencial en el contexto español no se habían comparado anteriormente con otras poblaciones de diferentes contextos culturales. Esto supone que este estudio es el primero que investiga la invarianza con muestras diferentes en términos de calidad asistencial en el ámbito de la hospitalización en salud mental. Las diferencias entre los grupos de estudio no fueron estadísticamente significativas, lo que sugiere que la estructura factorial no fue homogénea en las muestras analizadas. Este estudio tiene diversas implicaciones. En primer lugar, la oportunidad de conocer de primera mano cómo es la perspectiva de calidad en otros países que están llevando a cabo validaciones y ampliar el cuerpo de conocimientos mediante evidencia científica. En segundo lugar, dado que la validación de escalas se está llevando a cabo en diversos países de forma simultánea, será importante evaluar de forma progresiva la invarianza (por ejemplo la invarianza métrica) mediante el modelo ESEM con el modelo sueco y con otros países que forman parte de este proyecto internacional. Esto supondría, crear sinergias con equipos de investigación enfermera a nivel internacional y formar una amplia red internacional de investigación liderando la calidad de los cuidados en salud mental.

Conclusiones

Conclusiones

Estudio 1

Objetivo específico 1

Realizar una adaptación transcultural al castellano de la escala QPC: "Quality in Psychiatric Care - In Patients (QPC-IP)"

1. La adaptación y traducción al castellano de la escala Spanish QPC-IP se realizó mediante un proceso consensuado obteniendo resultados adecuados. Se han modificado tres ítems de la escala Spanish QPC-IP para mejorar su comprensión. Todos los ítems fueron claros, coherentes y relevantes.

Objetivo específico 2

Analizar la fiabilidad de la versión castellana de la escala en términos de consistencia interna y estabilidad temporal

2. La escala QPC-IP presentó unas buenas propiedades psicométricas en términos de consistencia interna y aceptables con respecto a la estabilidad temporal.

Objetivo específico 3

Analizar la validez de la versión castellana de la escala en términos de validez convergente, discriminante y validez de constructo

3. La validez convergente y discriminante presentó resultados adecuados entre las diferentes dimensiones de la escala Spanish QPC-IP y también entre el resultado de cada una de las subescalas y la total.

4. El análisis factorial confirmatorio de la escala Spanish QPC-IP reveló que los seis factores son idénticos a los de la escala original sueca y mostraron un buen ajuste del modelo.

Estudio 2

Objetivo específico 1

Realizar una adaptación transcultural al castellano de la escala QPC: "Quality in Psychiatric Care - In Patients Staff (QPC-IPS)"

1. La adaptación y traducción al castellano de la escala Spanish QPC-IPS se llevó a cabo mediante un proceso consensuado. También fue necesario modificar tres ítems de la escala Spanish QPC-IPS para mejorar su claridad, coherencia y relevancia.

Objetivo específico 2

Analizar la fiabilidad de la versión castellana de la escala en términos de consistencia interna y estabilidad temporal

2. La escala QPC-IPS presentó unas buenas propiedades psicométricas en términos de consistencia interna y estabilidad temporal.

Objetivo específico 3

Analizar la validez de la versión castellana de la escala en términos de validez convergente y validez de constructo

3. Los resultados revelaron que la correlación de la escala NTP 394 y la Spanish QPC-IPS presentaban una asociación moderada. Esto indicó que la validez convergente presentaba unos resultados adecuados.

4. El análisis factorial confirmatorio de la escala Spanish QPC-IPS presentó los mismos seis factores que la escala original sueca. Mostró un buen ajuste del modelo.

Estudio 3

Objetivo específico 1

Analizar la invarianza configuracional de las tres muestras con el modelo 1 (tres grupos juntos) y el modelo 2 (ajustado por cada grupo separado) mediante el análisis factorial confirmatorio

1. En la primera fase, tanto el modelo 1 como el modelo 2 no se ajustó adecuadamente. La escala original sueca QPC-IP presentó un buen ajuste del modelo cuando se estimó en cada grupo por separado.

Objetivo específico 2

Analizar la invarianza configuracional con las tres muestras mediante el modelo exploratorio de ecuaciones estructurales

2. En la fase 2 por el modelo exploratorio de ecuaciones estructurales, la invarianza configuracional presentó un ajuste moderado. El modelo sueco presentó un mayor ajuste que el modelo español. Sin embargo, las cargas factoriales para cada grupo no fueron significativas.

Conclusions

Conclusions

Study 1

Specific objective 1

To transculturally adapt to Spanish the QPC questionnaire: "Quality in Psychiatric Care - Inpatients (QPC-IP)"

1. The Spanish QPC-IP was adapted and translated into Spanish by means of a consensual process, obtaining adequate results. Three items in the Spanish QPC-IP questionnaire were modified to improve their understanding. All items were clear, coherent and relevant.

Specific objective 2

To analyse the reliability of the Spanish version of the questionnaire in terms of internal consistency and temporal stability

2. The QPC-IP showed good psychometric properties in terms of internal consistency and acceptable properties with regard to temporal stability.

Specific objective 3

To analyse the validity of the Spanish version of the questionnaire in terms of convergent, discriminant and construct validity

3. The convergent and discriminant validity showed adequate results between the different dimensions of the Spanish QPC-IP questionnaire, as well as between the results of each of the sub-questionnaires and the total.

4. The confirmatory factor analysis for the Spanish QPC-IP questionnaire revealed that the six factors are identical to those of the original Swedish questionnaire and showed a good model fit.

Study 2

Specific objective 1

To transculturally adapt to Spanish the QPC questionnaire: "Quality in Psychiatric Care - Inpatient Staff (QPC-IPS)"

1. The Spanish QPC-IPS was adapted and translated into Spanish by means of a consensual process. It was also necessary to modify three items in the Spanish QPC-IPS questionnaire in order to improve their clarity, coherence and relevance.

Specific objective 2

To analyse the reliability of the Spanish version of the questionnaire in terms of internal consistency and temporal stability

2. The QPC-IPS showed good psychometric properties in terms of internal consistency and temporal stability.

Specific objective 3

To analyse the validity of the Spanish version of the questionnaire in terms of convergent and construct validity

3. The results of the correlation of the NTP 394 questionnaire and the Spanish QPC-IPS questionnaire revealed a moderate association. This indicated that adequate results were obtained for convergent validity.

4. The confirmatory factor analysis for the Spanish QPC-IPS questionnaire presented the same six factors as the original Swedish questionnaire. It showed a good model fit.

Study 3

Specific objective 1

To analyse the configuration invariance of the three samples with model 1 (three groups together) and model 2 (adjusted for each group separately) by the confirmatory factor analysis

1. In the first phase, neither model 1 nor model 2 had an adequate fit. The original Swedish QPC-IP questionnaire presented a good model fit when estimated in each group separately.

Specific objective 2

To analyse the configuration invariance of the three samples by the exploratory structural equation model

2. In phase 2, the exploratory structural equation model found the configuration invariance to have a moderate fit. The Swedish model showed a better fit than the Spanish model. Nonetheless, the factor loadings for each group were not significant.

Referencias Bibliográficas

Referencias bibliográficas

- Aguado-Blázquez, H., Cerdà-Calafat, I., Argimon-Pallàs, J. M., Murillo-Fort, C., & Canela-Soler, J. (2011). Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut-PLAENSA©. Estrategias para incorporar la percepción de la calidad de servicio de los ciudadanos en las políticas de salud. *Medicina Clínica*, 137, 55-59. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(11\)70030-6](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(11)70030-6)
- Ahlfors, U. G., Lewander, T., Lindström, E., Malt, U. F., Lublin, H., & Malm, U. (2001). Assessment of patient satisfaction with psychiatric care. Development and clinical evaluation of a brief consumer satisfaction rating scale (UKU-ConSat). *Nordic journal of psychiatry*, 55 Suppl 4, 71-90. <https://doi.org/10.1080/080394801317084437>
- Ahlström, G., & Sjöden, P. O. (1996). Coping with illness-related problems and quality of life in adult individuals with muscular dystrophy. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(4), 365-376. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(96\)00191-2](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(96)00191-2)
- Andersson, I. S. (1995). *Developing Methods for Measuring Quality of Care – With Particular Emphasis on Nursing*. Faculty of Health Sciences Linköpings Universitet, Sweden.
- Argimón, J., & Jiménez, J. (2004). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica* (3ª, Vol. 9). Madrid: Elsevier.
- Arnetz, B. B. (1999). Staff perception of the impact of health care transformation on quality of care. *International Journal for Quality in Health Care*, 11(4), 345-351. <https://doi.org/10.1093/intqhc/11.4.345>
- Asparouhov, T., & Muthén, B. (2009). Exploratory Structural Equation Modeling. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 16(3), 397-438. <https://doi.org/10.1080/10705510903008204>
- Avis, M., Bond, M., & Arthur, A. (1997). Questioning patient satisfaction: An empirical investigation in two outpatient clinics. *Social Science and Medicine*, 44(1), 85-92. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00140-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00140-2)
- Awara, M., & Fasey, C. (2008). Patients' satisfaction and quality of care in psychiatric out-patient settings. *Journal of Mental Health*, 17(3), 327-335. <https://doi.org/10.1080/09638230701879219>
- Badía, X., Alonso, J., & Salamero, M. (2007). *La medida de la salud: guía de escalas de medición en español*. Madrid: Tecnología y Ediciones del Conocimiento.

- Barker, D. A., & Orrell, M. W. (1999). The psychiatric care satisfaction questionnaire: A reliability and validity study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(2), 111-116. <https://doi.org/10.1007/s001270050120>
- Barrett, P. (2006). Structural equation modelling: Adjudging model fit. *Personality and Individual Differences*, 42(2007), 815-824. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.018>
- Batista-Foguet, J. M., Coenders, G., & Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica*, 122(Supl.1), 21-27. <https://doi.org/10.1157/13057542>
- Beattie, M., Lauder, W., Atherton, I., & Murphy, D. J. (2014). Instruments to measure patient experience of health care quality in hospitals: a systematic review protocol. *Systematic reviews*, 3(1), 4. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-3-4>
- Beattie, M., Murphy, D. J., Atherton, I., & Lauder, W. (2015). Instruments to measure patient experience of healthcare quality in hospitals: a systematic review. *Systematic reviews*, 4(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0089-0>
- Beattie, M., Shepherd, A., & Howieson, B. (2012). Do the Institute of Medicine's (IOM's) dimensions of quality capture the current meaning of quality in health care? An integrative review. *Journal of Research in Nursing*, 18(4), 288-304. <https://doi.org/10.1177/1744987112440568>
- Bjertnaes, O. A., Garratt, A., & Nessa, J. (2007). The GPs' Experiences Questionnaire (GPEQ): reliability and validity following a national survey to assess GPs' views of district psychiatric services. *Family Practice*, 24(4), 336-342. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmm025>
- Bjertnaes, O. A., Garratt, A., & Ruud, T. (2008). Family physicians' experiences with community mental health centers: a multilevel analysis. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 59(8), 864-870. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.8.864>
- Bjertnaes, O. A., Garratt, A., Ruud, T., & Hunskar, S. (2010). The general practitioner experiences questionnaire (GPEQ): Validity and reliability following the inclusion of new accessibility items. *Family Practice*, 27(5), 513-519. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm042>
- Bjertnaes, O. A., Nieland, A., Damerell, E., & Garratt, A. (2010). General practitioners' evaluation of community psychiatric services: Responsiveness to change of the General Practitioner Experiences Questionnaire (GPEQ). *BMC Health Services Research*, 10, 108. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-108>

- Björkman, T., Hansson, L., Svensson, B., & Berglund, I. (1995). What is important in psychiatric outpatient care? Quality of care from the patient's perspective. *International Journal for Quality in Health Care*, 7(4). <https://doi.org/10.1093/intqhc/7.4.355>
- Bjorngaard, J. H., Ruud, T., Garratt, A., & Hatling, T. (2007). Patients' experiences and clinicians' ratings of the quality of outpatient teams in psychiatric care units in Norway. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 58(8), 1102-1107. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.58.8.1102>
- Bland, J. M., & Altman, D. G. (1997). Cronbach's alpha. *BMJ (Clinical research ed.)*, 314(7080), 572. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7080.572>
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equation modeling with latent variables. Structural Equation Modeling*. New York: Wiley.
- Boluarte, A. (2014). Propiedades psicométricas de la Escala de satisfacción laboral de Warr, Cook y Wall, versión en español. *Revista Médica Herediana*, 25(2).
- Bond, S., & Thomas, L. H. (1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of advanced nursing*, 17(1), 52-63.
- Boorse, C. (1977). *Health as a Theoretical Concept. Philosophy of Science* (Vol. 61). <https://doi.org/10.1086/288913>
- Bowersox, N. W., Bohnert, A. S. B., Ganoczy, D., & Pfeiffer, P. N. (2013). Inpatient psychiatric care experience and its relationship to posthospitalization treatment participation. *Psychiatric Services*, 64(6), 554-562. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.002342012>
- Boyer, L., Baumstarck-Barrau, K., Cano, N., Zendjidjian, X., Belzeaux, R., Limousin, S., ... Auquier, P. (2009). Assessment of psychiatric inpatient satisfaction: A systematic review of self-reported instruments. *European Psychiatry*, 24(8), 540-549. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.05.011>
- Boyer, L., Baumstarck, K., Boucekine, M., Blanc, J., Lançon, C., & Auquier, P. (2013). Measuring quality of life in patients with schizophrenia: an overview. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 13(3), 343-349. <https://doi.org/10.1586/erp.13.15>
- Brook, R. H., McGlynn, E. A., & Shekelle, P. G. (2000). Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(4), 281-295. <https://doi.org/10.1093/intqhc/12.4.281>
- Brown, T. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.

- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1989). Single Sample Cross-Validation Indices for Covariance Structures. *Multivariate Behavioral Research*, (24), 445-455. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2404_4
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit in Bollen, K.A. & Long, J.S. En *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Newbury Park, CA: Sage.
- Buil, J. J., & Mira, J. J. (1996). Las Características del sector sanitario. Tendencias del sistema sanitario español en el marco de la Unión Europea. *Revista de Psicología de la Salud*, 8, 3-22.
- Burduli, E., Barbosa-Leiker, C., Fleming, S., Hollins Martin, C. J., & Martin, C. R. (2017). Cross-cultural invariance of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R): comparing UK and US samples. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(3), 248-260. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1310374>
- Byrne, B. M. (2013). *Structural equation modeling with AMOS: basic concepts, applications, and programming* (2ª). Routledge.
- Cadotte, E. R., Woodruff, R. B., & Jenkins, R. L. (1987). Expectations and Norms in Models of Consumer Satisfaction. *Journal of Marketing Research*, 24(3), 305. <https://doi.org/10.2307/3151641>
- Campbell, S. ., Roland, M. ., & Buetow, S. . (2000). Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, 51(11), 1611-1625. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00057-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00057-5)
- Cardoso, C., Gómez-Conesa, A., & Hidalgo, M. D. (2010). Metodología para la adaptación de instrumentos de evaluación. *Fisioterapia*. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2010.05.001>
- Cardoso, G., Papoila, A., Tomé, G., Killaspy, H., King, M., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2016). Living conditions and quality of care in residential units for people with long-term mental illness in Portugal - a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0743-7>
- Cardozo, R. N. (1965). An Experimental Study of Customer Effort, Expectation, and Satisfaction. *Journal of Marketing Research*, 2(3), 244. <https://doi.org/10.2307/3150182>
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Rubiales, A. (2011). How is an instrument for measuring health to be validated? *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 34(1), 63-72.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104(2), 107-123.

- Castle, N. G., Brown, J., Hepner, K. A., & Hays, R. D. (2005). Review of the literature on survey instruments used to collect data on hospital patients' perceptions of care. *Health Services Research*. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00475.x>
- Chong, C. A., Chen, I., Naglie, G., & Krahn, M. D. (2009). How well do guidelines incorporate evidence on patient preferences? *Journal of general internal medicine*, *24*(8), 977-982. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-0987-8>
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.309>
- Cleary, M., & Edwards, C. (1999). «Something always comes up»: Nurse-patient interaction in an acute psychiatric setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *6*(6), 469-477. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.1999.00248.x>
- Cohen, J. (1960). A Coefficient of Agreement for Nominal Scales. *Educational and Psychological Measurement*, *20*(1), 37-46. <https://doi.org/10.1177/001316446002000104>
- Cohen, J. (1968). Weighted kappa: Nominal scale agreement provision for scaled disagreement or partial credit. *Psychological Bulletin*, *70*(4), 213-220. <https://doi.org/10.1037/h0026256>
- Cook, J. D., Hepworth, S. J., Wall, T. D., & Warr, P. B. (1981). *The experience of work. Employee Relations* (Vol. 25). <https://doi.org/10.1108/01425450310456451>
- Cortès-Franch, I., & González López-Valcárcel, B. (2014). Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, *28*, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.011>
- Cortina, J. M. (1993). What Is Coefficient alpha? An Examination of Theory and Applications. *Journal of Applied Psychology*, *78*, 98-104.
- Council of Europe. (1998). *Recommendation on development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care and explanatory memorandum*.
- Crawford, P., & Brown, B. (2002). «Like a friend going round»: Reducing the stigma attached to mental healthcare in rural communities. *Health and Social Care in the Community*. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2002.00362.x>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*, *16*, 297-334.

- Cullberg, J. (1991). Om den psykiska ohälsans orsaker och hur den psykiska hälsan kan främjas (On the causes of mental ill-health and how mental health can be promoted). En In: *Folkhälsosjukdomar och deras orsaker. (National diseases and their causes)*.SOU 1991:10. Standing Committee on Health and Welfare report (In Swedish) Stockholm: Folkhälsgruppen:).
- Danielson, C. K., Borckardt, J. J., Grubaugh, A. L., Pelic, C. G., Hardesty, S. J., & Frueh, B. C. (2008). Quantifying Staff and Patient Perceptions of Quality of Care Improvement in the Psychiatric Inpatient Setting: Preliminary Psychometrics of a New Measure. *Psychological Services*, 5(1), 1-10. <https://doi.org/10.1037/1541-1559.5.1.1>
- Dean, R., Proudfoot, R., & Lindsay, J. (1993). Quality of interactions schedule (QUIS). . *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8(January), 819-826.
- de Ruyter, K., Bloemer, J., & Peeters, P. (1997). Merging service quality and service satisfaction. An empirical test of an integrative model. *Journal of Economic Psychology*, 18(4), 387-406. [https://doi.org/10.1016/S0167-4870\(97\)00014-7](https://doi.org/10.1016/S0167-4870(97)00014-7)
- Delaney, K. R., Johnson, M. E., & Fogg, L. (2015). Development and Testing of the Combined Assessment of Psychiatric Environments: A Patient-Centered Quality Measure for Inpatient Psychiatric Treatment. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 21(2), 134-147. <https://doi.org/10.1177/1078390315581338>
- DeMarco, R., Flaherty, L., Glod, C., Merrill, N., Terk, K., & Plasse, M. (2004). Staff & client perceptions of unit quality: a pilot study. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 42(5), 36.
- Donabedian, A. (1969). Part II- Some issues in evaluating the quality of nursing care. *American journal of public health*, 59(10), 1833-1836. <https://doi.org/10.2105/AJPH.59.10.1833>
- Donabedian, A. (1979). The quality of medical care: a concept in search of a definition. *The Journal of family practice*, 9(2), 277-284.
- Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Donabedian, A. (1996). The Effectiveness of Quality Assurance. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(4), 401-407.

- Druss, B. G. (2018). Mental health quality improvement goes global. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 17(1), 44-45. <https://doi.org/10.1002/wps.20487>
- Edlund, M. J., Belin, T. R., Tang, L., Liao, D., & Unützer, J. (2005). Comparison of psychiatrists' and other physicians' assessments of their ability to deliver high-quality care. *Psychiatric Services*, 56(3), 308-314. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.3.308>
- Elbeck, M., & Fecteau, G. (1990). Improving the validity of measures of patient satisfaction with psychiatric care and treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 998-1001.
- Ellis, R., & Whittington, D. (1998). *Quality assurance in social care: an introductory workbook*. Arnold.
- Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez De Contenido Y Juicio De Expertos: Una Aproximación a Su Utilización. *Avances en Medicina*, 6, 27-36.
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2000). *Quality of Life: Assessment, Analysis and Interpretation*. *Quality of Life*.
- Fleiss, J. L., Levin, B., & Cho Paik, M. (2003). *Statistical Methods for Rates and Proportions*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1198/tech.2004.s812>
- Garratt, A., Børngaard, J. H., Dahle, K. A., Bjertnæs, Ø. A., Saunes, I. S., & Ruud, T. (2006). The Psychiatric Out-Patient Experiences Questionnaire (POPEQ): Data quality, reliability and validity in patients attending 90 Norwegian clinics. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(2), 89-96. <https://doi.org/10.1080/08039480600583464>
- Gigantesco, A., Morosini, P., & Bazzoni, A. (2003). Quality of psychiatric care: Validation of an instrument for measuring inpatient opinion. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(1), 73-78. <https://doi.org/10.1093/intqhc/15.1.73>
- Gigantesco, A., Picardi, A., Chiaia, E., Balbi, A., & Morosini, P. (2002). Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services in a large catchment area in Rome. *European Psychiatry*, 17(3), 139-147. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(02\)00643-0](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(02)00643-0)
- Gili, M., García, J., & Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 104-108. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.005>
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: Evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 23(1), 103-108. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks035>

- Gjerden, P. (1997). A survey of patient satisfaction as a means of evaluating quality of care in an open psychiatric ward. *Nordic Journal of Psychiatry*.
- Glasby, J., & Lester, H. (2004). Cases for change in mental health: Partnership working in mental health services. *Journal of Interprofessional Care*.
<https://doi.org/10.1080/13561820410001639316>
- Goffman, E. (1990). *Stigma : notes on the management of spoiled identity*. Penguin.
- Groene, O., Botje, D., Suñol, R., Lopez, M. A., & Wagner, C. (2013). A systematic review of instruments that assess the implementation of hospital quality management systems. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(5), 525-541.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt058>
- Grol, R. (1996). Research and development in quality of care: establishing the research agenda. *Quality in health care : QHC*, 5(4), 235-242.
- Guàrdia Olmos, J. (2008). *Análisis de datos en psicología (2ª)*. Delta.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1995). *Multivariate data analysis: with readings. Statistics* (Vol. 151). <https://doi.org/10.2307/2983017>
- Hambleton, R. K., Merenda, P. F., & Spielberger, C. D. (2005). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*. L. Erlbaum Associates.
- Hambleton, R. K., & Zenisky, A. L. (2011). Translating and adapting tests for cross-cultural assessments. *Cross-cultural research methods in psychology*.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511779381.004>
- Hansson, L. (1989). The Quality of Outpatient Psychiatric Care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 3(2), 71-82. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1989.tb00375.x>
- Hansson, L., Bjorkman, T., & Berglund, I. (1993). What is important in psychiatric inpatient care? Quality of care from the patient's perspective. *Quality assurance in health care : the official journal of the International Society for Quality Assurance in Health Care / ISQA*.
- Hansson, L., & Höglund, E. (1995). Patient satisfaction with psychiatric services: The development, reliability, and validity of two patient-satisfaction questionnaires for use in inpatient and outpatient setting. *Nordic Journal of Psychiatry*, 49(4), 257-262.
<https://doi.org/10.3109/08039489509011915>

- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... Grupo ESEMeD-España. (2006). [Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study]. *Medicina clínica*, 126(12), 445-451. <https://doi.org/10.1157/13086324>
- Hertzog, M. A. (2008). Considerations in determining sample size for pilot studies. *Research in nursing & health*, 31(2), 180-191. <https://doi.org/10.1002/nur.20247>
- Hester, L., O'Doherty, L. J., Schnittger, R., Skelly, N., O'Donnell, M., Butterly, L., ... Fearon, P. (2015). SEQUenCE: A service user-centred quality of care instrument for mental health services. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(4), 284-290. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv043>
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2008). Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. Methods. *Electronic Journal of Business Research*, 6(1), 53-60.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3(4), 424-453. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.3.4.424>
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1995). Evaluating model fit. En Sage (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (pp. 76-79). CA: Thousand Oaks.
- Hurley, R. F., & Estelami, H. (1998). Alternative Indexes for Monitoring Customer Perceptions of Service Quality: A Comparative Evaluation in a Retail Context. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 26(3), 209-221. <https://doi.org/10.1177/0092070398263003>
- Ialongo, N., Werthamer, L., Brown, H. B., Kellam, S., & Wang, S. B. (1999). The proximal impact of two firstgrade preventive interventions on the early risk behaviors for later substance abuse, depression, and antisocial behavior. *American Journal of Community Psychology*, 27, 599-642.
- Ibáñez, N., Vilaregut, A., & Abio, A. (2004). Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enfermería Clínica*, 14(3), 142-151. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(04\)73873-5](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(04)73873-5)
- IBM Corporation. (2013). IBM SPSS Advanced Statistics 22. *Ibm*. Armonk, New York. <https://doi.org/10.1080/02331889108802322>
- Information Resources Management Association. (2017). *Healthcare ethics and training: concepts, methodologies, tools, and applications*. IGI Global.

- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A new Health System for the 21st Century*.
- International Test Commission. (2010). International Test Commission Guidelines for Translating and Adapting Tests. *Gefunden am*, 1-5. <https://doi.org/10.1027/1901-2276.61.2.29>
- Ivarsson, B., & Malm, U. (2007). Self-reported consumer satisfaction in mental health services: Validation of a self-rating version of the UKU-Consumer Satisfaction Rating Scale. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(3), 194-200. <https://doi.org/10.1080/08039480701352488>
- Jaju, A., & Crasck, M. R. (1999). «The perfect design: Optimization between reliability, validity, redundancy in scale items and response rates». *American Market Association*, 10, 127-131.
- Jerrell, J. M. (2006). Psychometrics of the MHSIP Adult Consumer Survey. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 33(4), 483-488. <https://doi.org/10.1007/s11414-006-9033-3>
- Johansson, I. M., & Lundman, B. (2002). Patients' experience of involuntary psychiatric care: Good opportunities and great losses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(6), 639-647. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00547.x>
- Kane, C. F. (2015). The 2014 Scope and Standards of Practice for Psychiatric Mental Health Nursing: Key Updates. *Online journal of issues in nursing*, 20(1), 1.
- Killaspy, H., Cardoso, G., White, S., Wright, C., de Almeida, J. M., Turton, P., ... King, M. (2016). Quality of care and its determinants in longer term mental health facilities across Europe; a cross-sectional analysis. *BMC Psychiatry*, 16(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0737-5>
- Killaspy, H., White, S., Wright, C., Taylor, T. L., Turton, P., Kallert, T., ... King, M. (2012). Quality of longer term mental health facilities in Europe: Validation of the quality indicator for rehabilitative care against service users' views. *Plos One*, 7(6), e38070. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0038070>
- Killaspy, H., White, S., Wright, C., Taylor, T. L., Turton, P., Schützwohl, M., ... King, M. B. (2011). The development of the Quality Indicator for Rehabilitative Care (QulRC): A measure of best practice for facilities for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry*, 11, 35. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-35>
- Kinnersley, P., Stott, N., Peters, T., Harvey, I., & Hackett, P. (1996). A comparison of methods for measuring patient satisfaction with consultations in primary care. *Family practice*, 13(1), 41-51.

- Koivisto, K., Janhonen, S., & Vaisanen, L. (2004). Patients' experiences of being helped in an inpatient setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(3), 268-275. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2003.00705.x>
- Kunze, H., & Priebe, S. (1998). Assessing the quality of psychiatric hospital care: a German approach. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 49(6), 794-796.
- Laker, C., Rose, D., Flach, C., Csipke, E., McCrone, P., Craig, T., ... Wykes, T. (2012). Views of the Therapeutic Environment (VOTE): Stakeholder involvement in measuring staff perceptions of acute in-patient care. *International Journal of Nursing Studies*, 49(11), 1403-1410. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.06.001>
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 33(1), 159. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Längle, G., Baum, W., Wollinger, A., Renner, G., U'Ren, R., Schwärzler, F., & Eschweiler, G. W. (2003). Indicators of quality of in-patient psychiatric treatment: the patients' view. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 15(3), 213-221.
- Lebow, J. L. (1983). Similarities and differences between mental health and health care evaluation studies assessing consumer satisfaction. *Evaluation and program planning*, 6(3-4), 237-245.
- Lee, H., Delene, L. M., Bunda, M. A., & Kim, C. (2000). Methods of Measuring Health-Care Service Quality. *Journal of Business Research*, 48(3), 233-246. [https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(98\)00089-7](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(98)00089-7)
- Lévy Mangin, J.-P., Varela Mallou, J., & Abad González, J. (2006). *Modelización con estructuras de covarianzas en ciencias sociales: temas esenciales, avanzados y aportaciones especiales*. Netbiblo.
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., ... Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *PLoS Medicine*. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
- Linder-Pelz, S. (1982). Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypothesis. *Social science & medicine*, 16(5), 583-589. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90312-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(82)90312-4)
- Ljungren, B. (1998). *Quality of health care: Patient and staff perspectives. A Study of changes 1992-1996 with special reference to diagnosis related groups*. Upsala University, Sweden.

- Locock, L., Robert, G., Boaz, A., Vougioukalou, S., Shuldham, C., Fielden, J., ... Pearcey, J. (2014). Using a national archive of patient experience narratives to promote local patient-centered quality improvement: An ethnographic process evaluation of 'accelerated' experience-based co-design. *Journal of Health Services Research and Policy*, 19(4), 200-207. <https://doi.org/10.1177/1355819614531565>
- Lundqvist, L.-O., Ahlstrom, G., Wilde-Larsson, B., & Schröder, A. (2012). The patient's view of quality in psychiatric outpatient care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(7), 629-637. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01899.x>
- Lundqvist, L.-O., Lorentzen, K., Riiskjaer, E., & Schröder, A. (2014a). A Danish Adaptation of the Quality in Psychiatric Care – Forensic In-Patient Questionnaire: Psychometric Properties and Factor Structure. *Journal of Forensic Nursing*, 10(3), 168-174. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000036>
- Lundqvist, L.-O., Raskl, M., Brunt, D., Ivarsson, A.-B., & Schröder, A. (2016). Measuring quality in community based housing support – the QPC-H instrument. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 29(3), 267-275. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-05-2015-0067>
- Lundqvist, L.-O., Riiskjaer, E., Lorentzen, K., & Schröder, A. (2014b). Factor Structure and Psychometric Properties of the Danish Adaptation of the Instrument Quality in Psychiatric Care-Forensic In-Patient Staff (QPC-FIPS). *Open Journal of Nursing*, (November), 878-885.
- Lundqvist, L.-O., Suryani, Anna, N., Rafiyah, I., & Schröder, A. (2018). Indonesian adaptation of the Quality in Psychiatric Care—Inpatient (QPC-IP) instrument: Psychometric properties and factor structure. *Asian Journal of Psychiatry*, 34, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.03.006>
- MacCallum, R. C., Browne, M. W., & Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods*, 1, 130-149. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.2.130>
- Madan, A., Fowler, J. C., Allen, J. G., Ellis, T. E., Hardesty, S., Groat, M., ... Oldham, J. (2014). Assessing and addressing patient satisfaction in a longer-term inpatient psychiatric hospital: preliminary findings on the Menninger Quality of Care measure and methodology. *Quality management in health care*, 23(3), 178-187. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000034>
- Maldonado, J. (2015). *Desarrollo de un Marco de Análisis para la Selección de Metodologías de Diseño de Objetos de Aprendizaje (OA) basado en criterios de calidad para contextos educativos específicos*. Universidad Nacional de la Plata. Buenos Aires. Argentina.

- Manary, M. P., Boulding, W., Staelin, R., & Glickman, S. W. (2013). The patient experience and health outcomes. *N. Engl. J. Med.*, 368(3), 201-203. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1211775>
- Mark, B. A., & Wan, T. T. H. (2005). Testing Measurement Equivalence in a Patient Satisfaction Instrument. *Western Journal of Nursing Research*, 27(6), 772-787.
- Marsh, H. W., Hau, K.-T., & Grayson, D. (2005). Goodness of Fit in Structural Equation Models. En *In A. Maydeu-Olivares & J. J. McArdle (Eds.), Multivariate applications book series. Contemporary psychometrics: A festschrift for Roderick P. McDonald* (pp. 275-340). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Martín, M. C. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*, 5(17), 23-29.
- Martínez González, M. A., Sánchez Villegas, A., Toledo Atucha, E. A., & Faulin-Fajardo, J. (2014). *Bioestadística Amigable*. Elsevier.
- Mason, T., Lovell, A., & Coyle, D. (2008). Forensic psychiatric nursing: skills and competencies: I role dimensions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(2), 118-130. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01191.x>
- Mason, T., Williams, R., & Vivian-Byrne, S. (2002). Multi-disciplinary working in a forensic mental health setting: Ethical codes of reference. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(5), 563-572. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00501.x>
- Meehan, T., Bergen, H., & Stedman, T. (2002). Monitoring consumer satisfaction with inpatient service delivery: the Inpatient Evaluation of Service Questionnaire. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 36(6), 807-811.
- Meleis, A. (2011). *Theoretical nursing: development and progress*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Meredith, W. (1993). Measurement invariance, factor analysis and factorial invariance. *Psychometrika*, 58(4), 525-543. <https://doi.org/10.1007/BF02294825>
- Meredith, W., & Teresi, J. A. (2006). An Essay on Measurement and Factorial Invariance. *Medical Care*, 44(Suppl 3), S69-S77. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000245438.73837.89>
- Merino, M. J. (2012). *La seguridad del paciente: un reto para la asistencia sanitaria*. RC Libros, Valencia.
- Ministerio de Ciencia e Innovación. (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. Madrid.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. (2010). *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010*. Madrid.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2015). *Estrategia en Salud Menal del Sistema Nacional de Salud*.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España. (2009). *Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010. Balance de actividades y acciones previstas*.
- Mira, J. J., Galdón, M., & García, E. I. (1999). ¿ Qué hace que los pacientes estén satisfechos?. Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. *Revista Calidad*.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. (2009). The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Ann Intern Med*, 151(4), 264-269. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., ... Shekelle, P. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4(1), 1. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Knol, D. L., Stratford, P. W., Alonso, J., Patrick, D. L., ... de Vet, H. C. W. (2010). The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: a clarification of its content. *BMC medical research methodology*, 10, 22. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-22>
- Multivariate Software Inc. (2006). EQS 6.2. Encino:CA.
- Muñiz, J. (1996). *Psicometria* (1ª e. d.). Madrid: Universitas.
- Muñiz, J. (2003). *Teoría clásica de los test* (2ª ed., 5ª). Madrid: Ediciones Pirámides S.A.
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25(Número 2), 151-157.
- Muthén, & Muthén. (2017). Mplus Version 8.1. Los Angeles, CA.
- Nancy, O. G. (1995). *Quality in Health Care: Theory, Application, and Evolution*. Aspen Publishers.

- National Collaborating Centre for Mental Health. (2006). *Management of Bipolar Disorder in Adults, Children and Adolescents, in Primary and Secondary Care*. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2010). *The NICE guidelines on Core Interventions in the treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care (Updated Edition)*. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrist.
- National Health Service. (1997). *A First Class Service-Quality in the new NHS*. London.
- Nightingale, F. (1959). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. (A facsimile). Lippincott (1946).
- Norman, G. R., & Streiner, D. L. (1996). *Bioestadística*. Madrid: Mosby Doyma.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (Third edit). McGraw – Hill: R. R. Donnelly & Son Company.
- Oades, L. G., Law, J., & Marshall, S. L. (2011). Development of a consumer constructed scale to evaluate mental health service provision. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(6), 1102-1107. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01474.x>
- Ochoa, S., & Lopez-Carrilero, R. (2015). Early psychological interventions for psychosis. *World Journal of Psychiatry*, 5(4), 362-365.
- Oliver, R. L. (1980). A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. *Journal of Marketing Research*, 17(4), 460. <https://doi.org/10.2307/3150499>
- Olsen, R. V, Garratt, A. M., Iversen, H. H., & Bjertnaes, O. A. (2010). Rasch analysis of the Psychiatric Out-Patient Experiences Questionnaire (POPEQ). *BMC Health Services Research*, 10, 282. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-282>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *The world health report 2001 -- Mental health: new understanding, new hope*. Geneva.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Mejora de la Calidad de la Salud Mental*. Editores Médicos, S.A. EDIMSA.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Mental health atlas 2014*. Ginebra, Suiza.

- Ortiz, G. (2014). Examining patients' perceptions of care to identify opportunities for quality improvement in psychiatric inpatient hospitals. *Patient*, 7(3), 301-312. <https://doi.org/10.1007/s40271-014-0052-5>
- Ortiz, G., & Schacht, L. (2012). Psychometric evaluation of an inpatient consumer survey measuring satisfaction with psychiatric care. *Patient*, 5(3), 163-173. <https://doi.org/10.2165/11630940>
- Östman, M. (2004). Family burden and participation in care: Differences between relatives of patients admitted to psychiatric care for the first time and relatives of re-admitted patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00771.x>
- Östman, M., & Kjellin, L. (2002). Stigma by association. Psychological factors in relatives of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 181(DEC.), 494-498. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.6.494>
- Oviedo Celina, H., & Campo-Arias, a. (2005). Aproximación al uso Coeficiente Alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 572-580. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272002000200001>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L., & Alonso, J. (2014). Cost of Disorders of the Brain in Spain. *PLoS ONE*, 9(8), e105471. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105471>
- Pedersen, K. M., Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1981). Advances in Factor Analysis and Structural Models. *The Scandinavian Journal of Economics*, 83(1), 136. <https://doi.org/10.2307/3439816>
- Pérez, J., & Fidalgo, M. (1994). NTP 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción. *INSHT*.
- Prado, L., González, M., Paz, N., & Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 6(36), 835-845.
- R Core Team. (2013). A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria.
- Real Academia Española. (2016). *Diccionario de la lengua española* (Vigesimote). Madrid.

- Rial, A., Varela, J., Abalo, J., & Lévy, J. P. (2006). El análisis factorial confirmatorio. En *Modelización con estructuras de covarianzas en ciencias sociales: temas esenciales, avanzados y aportaciones especiales* (pp. 119-154).
- Richmond, I., & Roberson, E. (1995). The customer is always right: patients' perceptions of psychiatric nursing actions. *Journal of nursing care quality*, 9(2), 36-43.
- Rosseel, Y. (2012). Lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1-36.
- Ruggeri, M., & Dall'Agnola, R. (1993). The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals. *Psychological medicine*, 23(2), 511-523.
- Ruggeri, M., Lasalvia, A., Dall'agnola, R., van Wijngaarden, B., Knudsen, H. C., Leese, M., ... Tansella, M. (2000). Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale—European Version: EPSILON Study 7. *The British Journal of Psychiatry*, 177(Suppl39), s41-s48. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.39.s41>
- Sanchez-Balcells, S., Callarisa Roca, M., Rodriguez-Zunino, N., Puig-Llobet, M., Lluich-Canut, M.-T., & Roldan-Merino, J. F. (2018). Psychometric properties of instruments measuring quality and satisfaction in mental health: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.13813>
- Sánchez, R., & Echeverry, J. (2004). Validación de escalas de medición en salud. *Revista de Salud Pública*, 6(3), 302-318. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642004000300006>
- Saturno, P. J. (1999). Quality in health care: Models, labels and terminology. *International Journal for Quality in Health Care*, 11(5), 373-374. <https://doi.org/10.1093/intqhc/11.5.373>
- Schaufeli, W. B., & Janczur, B. (1994). Burnout among Nurses: A Polish-Dutch Comparison. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 25(1), 95-113. <https://doi.org/10.1177/0022022194251006>
- Schröder, A., Ågrim, J., & Lundqvist, L.-O. (2013). The quality in psychiatric care-forensic inpatient instrument: Psychometric properties and patient views of the quality of forensic psychiatric services in sweden. *Journal of Forensic Nursing*, 9(4), 225-234. <https://doi.org/10.1097/JFN.0b013e31827f5d2f>
- Schröder, A., Ahlström, G., Larsson, B. W., & Lundqvist, L.-O. (2011). Psychometric properties of the Quality in Psychiatric Care - Outpatient (QPC-OP) instrument. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 445-453. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00741.x>

- Schröder, A., Larsson, B. W., & Ahlström, G. (2007). Quality in psychiatric care: an instrument evaluating patients' expectations and experiences. *International journal of health care quality assurance*, 20(2-3), 141-160. <https://doi.org/10.1108/09526860710731834>
- Schröder, A., Larsson, B. W., Ahlström, G., & Lundqvist, L.-O. (2010). Psychometric properties of the instrument quality in psychiatric care and descriptions of quality of care among inpatients. *International journal of health care quality assurance*, 23(6), 554-570. <https://doi.org/10.1108/09526861011060924>
- Schröder, A., & Lundqvist, L.-O. (2013). The Quality in Psychiatric Care-Forensic In-Patient Staff (QPC-FIPS) instrument: Psychometric properties and staff views of the quality of forensic psychiatric services in Sweden. *Open Journal of Nursing*, 3(3), 330-341. <https://doi.org/10.4236/ojn.2013.33045>
- Shaneyfelt, T. M., & Centor, R. M. (2009). Reassessment of clinical practice guidelines: Go gently into that good night. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 301(8), 868-869. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.225>
- Shaw, C., & Kalo, I. (2003). *A Background for National Quality Policies in Health Systems*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Shaw, I. (1997). Assessing quality in health care services: lessons from mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 26(4), 758-764. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.00396.x>
- Shiva, A., Haden, S. C., & Brooks, J. (2009a). Forensic and civil psychiatric inpatients: development of the inpatient satisfaction questionnaire. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 37(2), 201-213. <https://doi.org/978-0-309-13135-3>
- Shiva, A., Haden, S. C., & Brooks, J. (2009b). Psychiatric civil and forensic inpatient satisfaction with care: The impact of provider and recipient characteristics. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(11), 979-987. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0019-3>
- Simmons, S. (1994). Social networks: their relevance to mental health nursing. *Journal of advanced nursing*, 19(2), 281-289.
- Sixma, H. J., Kerssens, J. J., Campen, C. V., & Peters, L. (1998). Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 1(2), 82-95. <https://doi.org/10.1046/j.1369-6513.1998.00004.x>

- Sixma, H. J., Spreeuwenberg, P. M., & van der Pasch, M. A. (1998). Patient satisfaction with the general practitioner: a two-level analysis. *Medical Care*, 36(2), 212-229. <https://doi.org/10.1097/00005650-199802000-00010>
- Skärsäter, I., Dencker, K., & Ågren, H. (1999). The experience of social support in patients suffering from treatment-refractory depression—A pilot study. *Archives of psychiatric nursing*, 13(2), 89-96.
- Skjong, R., & Wentworth, B. (2000). Expert Judgement and Risk Perception. *Det Norske Veritas*, 1-8.
- Stewart, M. (1993). *Integrating social support in nursing*. Sage Publications.
- Streiner, D. L. (2003). Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. *Journal of personality assessment*, 80(3), 217-222. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8003_01
- Streiner, D. L., & Kottner, J. (2014). Recommendations for reporting the results of studies of instrument and scale development and testing. *Journal of Advanced Nursing*, 70(9), 1970-1979. <https://doi.org/10.1111/jan.12402>
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2003). *Health Measurement Scales. A practical guide to their development and use* (Second edi). Oxford: Oxford University Press.
- Stump, T. E., Dexter, P. R., Tierney, W. M., & Wolinsky, F. D. (1995). Measuring patient satisfaction with physicians among older and diseased adults in a primary care municipal outpatient setting: An examination of three instruments. *Medical Care*, 33(9), 958-972. <https://doi.org/10.1097/00005650-199509000-00007>
- Szklo, M., & Nieto, J. (2003). *Epidemiología intermedia. concepto y aplicaciones*. España: Ediciones Diaz de Santos.
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. Guilford Press.
- Terwee, C. B., Bot, S. D. M., de Boer, M. R., van der Windt, D. A. W. M., Knol, D. L., Dekker, J., ... de Vet, H. C. W. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34-42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>
- Terwee, C. B., Jansma, E. P., Riphagen, I. I., & De Vet, H. C. W. (2009). Development of a methodological PubMed search filter for finding studies on measurement properties of measurement instruments. *Quality of Life Research*, 18(8), 1115-1123. <https://doi.org/10.1007/s11136-009-9528-5>

- Terwee, C. B., Mokkink, L. B., Knol, D. L., Ostelo, R. W. J. G., Bouter, L. M., & De Vet, H. C. W. (2012). Rating the methodological quality in systematic reviews of studies on measurement properties: A scoring system for the COSMIN checklist. *Quality of Life Research*. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9960-1>
- Thapinta, D., Anders, R. L., Wiwatkunupakan, S., Kitsumban, V., & Vadtanapong, S. (2004). Assessment of patient satisfaction of mentally ill patients hospitalized in Thailand. *Nursing & health sciences*, 6(4), 271-277.
- Tomkins, S. S. (1987). Shame. En D. Nathanson (Ed.), *The Many Faces of Shame* (pp. 133-161). New York: The Guilford Press.
- Tsang, H. W. H., Tam, P. K. C., Chan, F., & Cheung, W. M. (2003). Sources of burdens on families of individuals with mental illness. *International journal of rehabilitation research. Internationale Zeitschrift fur Rehabilitationsforschung. Revue internationale de recherches de readaptation*, 26(2), 123-130. <https://doi.org/10.1097/00004356-200306000-00007>
- Tucker, S., Baldwin, R., Hughes, J., Benbow, S., Barker, A., Burns, A., & Challis, D. (2007). Old age mental health services in England: implementing the National Service Framework for Older People. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(3), 211-217.
- Valenstein, M., Mitchinson, A., Ronis, D. L., Alexander, J. A., Duffy, S. A., Craig, T. J., & Barry, K. L. (2004). Quality Indicators and Monitoring of Mental Health Services: What Do Frontline Providers Think? *American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.1.146>
- van Campen, C., Sixma, H., Friele, R. D., Kerssens, J. J., & Peters, L. (1995). Quality of Care and Patient Satisfaction: A Review of Measuring Instruments. *Medical Care Research and Review*, 52(1), 109-133. <https://doi.org/10.1177/107755879505200107>
- van Campen, C., Sixma, H. J., Kerssens, J. J., Peters, L., & Rasker, J. J. (1998). Assessing patients' priorities and perceptions of the quality of health care: the development of the QUOTE-Rheumatic-Patients instrument. *Rheumatology*, 37(4), 362-368. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/37.4.362>
- van Weeghel, J., van de Lindt, S., Slooff, C., van de Kar, F., van Vugt, M., & Wiersma, D. (2011). A regional assessment of the quality of care for people with schizophrenia in The Netherlands. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 62(7), 789-792. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.62.7.789>
- Vuokila-Oikkonen, P., Janhonen, S., & Nikkonen, M. (2002). Patient initiatives in psychiatric care concerning shame in the discussion in co-operative team meetings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(1), 23-32. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00406.x>

- Vuori, H. (1989). Research needs in quality assurance. *Quality assurance in health care : the official journal of the International Society for Quality Assurance in Health Care / ISQA*, 1(2-3), 147-159.
- Warr, P. B., Cook, J. D., & Wall, T. D. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*, 131(2), 241-259. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.2.241>
- Wiklander, M., Samuelsson, M., & Åsberg, M. (2003). Shame reactions after suicide attempt. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(3), 293-300. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00227.x>
- Wilde, B., Larsson, G., Larsson, M., & Starrin, B. (1994). Quality of care. Development of a patient-centred questionnaire based on a grounded theory model. *Scandinavian journal of caring sciences*, 8(1), 39-48.
- Wilde, B., Starrin, B., Larsson, G., & Larsson, M. (1993). Quality of care from a patient perspective--a grounded theory study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 7(2), 113-120.
- Williams, B. (1994). Patient satisfaction: A valid concept? *Social Science and Medicine*, 38(4), 509-516. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90247-X](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90247-X)
- Williams, B., & Wilkinson, G. (1995). Patient satisfaction in mental health care. Evaluating an evaluative method. *British Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/bjp.166.5.559>
- Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe - A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012>
- Woodring, S., Polomano, R. C., Haagen, B. F., Haack, M. M., Nunn, R. R., Miller, G. L., ... Tan, T. L. (2004). Development and testing of patient satisfaction measure for inpatient psychiatry care. *Journal of nursing care quality*, 19(2), 137-148. <https://doi.org/10.1097/00001786-200404000-00011>
- Zastowny, T. R., Stratmann, W. C., Adams, E. H., & Fox, M. L. (1995). Patient satisfaction and experience with health services and quality of care. *Quality management in health care*.
- Zendjidjian, X. Y., Auquier, P., Lançon, C., Loundou, A., Parola, N., Faugère, M., & Boyer, L. (2015). The SATISPSY-22: Development and validation of a French hospitalized patients' satisfaction questionnaire in psychiatry. *European Psychiatry*, 30(1), 172-178. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.04.002>

Anexos

Anexo 1. Escala Quality in Psychiatric Care- Inpatients QPC-IP

Anexo 1. Escala Quality in Psychiatric Care- Inpatients QPC-IP

Calidad de los Cuidados en Salud Mental

Su experiencia como **PACIENTE** sobre
los cuidados en la unidad de
hospitalización de Salud Mental



QPC-SPANISH

Instrumento de medida de la Calidad
de los Cuidados en Salud Mental



Spanish project

Cuestionario – su experiencia en los cuidados recibidos como paciente

Con este cuestionario deseamos saber cuál ha sido su experiencia en relación a los cuidados y el tratamiento que acaba de recibir. El cuestionario se inicia con una serie de preguntas generales seguidas de afirmaciones sobre su experiencia en los cuidados recibidos.

Cada pregunta y afirmación se contesta poniendo una cruz (x) junto a la respuesta que mejor describa su situación. Debajo de algunas preguntas, hay una línea en la cual usted podrá escribir su respuesta.

En el cuestionario se usa la palabra **profesional**. Esto significa que en su respuesta usted debe incluir a **todas las categorías profesionales**, es decir, médico psiquiatra, psicólogo, trabajadores sociales, enfermería, auxiliar de salud mental, terapeuta ocupacional, monitores y educadores sociales.

A. Edad _____ años

B. Género Masculino

Femenino

C. Nacionalidad Española

Resto de
europa

No europea

D. Estado civil Soltero

Casado o con pareja

Viudo o divorciado

-
- NS/NC
- E. ¿Qué estudios tiene?
(Indicar la educación más alta)**
- Educación Primaria incompleta
- Educación Primaria (o equivalente)
- Educación secundaria (ESO o equivalente)
- Formación Profesional/Bachillerato (equivalente)
- Estudios Superiores/Universidad (equivalente)
- F. ¿Cuál es su principal ocupación?**
- Trabajo
- En busca de empleo/paro
- Baja por enfermedad
- Pensión por enfermedad
- Jubilación
- Estudios
- Otro.....
- NS/NC
- G. ¿Cuántos días hace que mantiene contacto con los servicios de salud mental?** -----
- H. ¿Alguna vez antes había estado ingresado en una unidad de salud mental?**
- Sí
- ¿Cuántas?.....

	No	<input type="checkbox"/>
I. ¿Qué opina del tiempo de espera?	Muy corto	<input type="checkbox"/>
	Corto	<input type="checkbox"/>
	Ni corto ni largo	<input type="checkbox"/>
	Largo	<input type="checkbox"/>
	Demasiado largo	<input type="checkbox"/>
J. ¿Considera que el tratamiento ha hecho que usted se sienta....	Mucho peor	<input type="checkbox"/>
	Peor	<input type="checkbox"/>
	Mejor	<input type="checkbox"/>
	Mucho mejor	<input type="checkbox"/>
	Igual	<input type="checkbox"/>
K. ¿Participó en la planificación de sus cuidados?	No	<input type="checkbox"/>
	Sí	<input type="checkbox"/>
L. ¿Cuánto tiempo estuvo ingresado en la unidad?	Desde unos días hasta una semana	<input type="checkbox"/>
	Más de una y hasta dos semanas	<input type="checkbox"/>
	Más de dos y hasta cuatro semanas	<input type="checkbox"/>
	Entre cuatro semanas y dos meses	<input type="checkbox"/>

- | | | | |
|--|--|--|--------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> |
| M. ¿Qué le parece la duración del ingreso? | Más de dos meses | | <input type="checkbox"/> |
| | Demasiado corta | | <input type="checkbox"/> |
| | Corta | | <input type="checkbox"/> |
| | Ni corta ni larga | | <input type="checkbox"/> |
| | Larga | | <input type="checkbox"/> |
| | Demasiado larga | | <input type="checkbox"/> |
| N. ¿Sabe cuál fue su diagnóstico? | No | | <input type="checkbox"/> |
| | Sí | | <input type="checkbox"/> |
| | No me dieron diagnóstico | | <input type="checkbox"/> |
| O. ¿Considera que el diagnóstico es correcto? | Sí | | <input type="checkbox"/> |
| | No | | <input type="checkbox"/> |
| | NS/NC | | <input type="checkbox"/> |
| P. ¿Qué tipo de ingreso requirió? | Ingreso Voluntario | | <input type="checkbox"/> |
| | Ingreso Involuntario-Autorización judicial | | <input type="checkbox"/> |
| | Ingreso Involuntario-Orden Judicial | | <input type="checkbox"/> |
| | NS/NC | | <input type="checkbox"/> |
| Q. ¿Hubo un cambio en el periodo de ingreso en el que usted estuvo ingresado? | Ingreso Voluntario a Ingreso Involuntario | | <input type="checkbox"/> |
| | Ingreso Involuntario a Ingreso | | <input type="checkbox"/> |

	Voluntario	<input type="checkbox"/>
	No hubo cambio	<input type="checkbox"/>
	NS/NC	<input type="checkbox"/>
R. ¿Está informado sobre quién es el médico responsable de su atención y tratamiento?	No	<input type="checkbox"/>
	Sí	<input type="checkbox"/>
S. ¿Está informado sobre qué recursos existen en salud mental?	No	<input type="checkbox"/>
	Sí	<input type="checkbox"/>
T. ¿Considera que es momento de darle el alta próximamente?	Positivo	<input type="checkbox"/>
	Negativo	<input type="checkbox"/>
V. Si no estuviese conforme con su tratamiento: ¿conoce usted la forma de hacer una reclamación?	No	<input type="checkbox"/>
	Sí	<input type="checkbox"/>
W. ¿Si necesitase nuevamente un ingreso en una unidad de salud mental, le gustaría volver a la misma unidad?	De ninguna manera	<input type="checkbox"/>
	Preferiría que no	<input type="checkbox"/>
	Quizás	<input type="checkbox"/>
	Con gusto	<input type="checkbox"/>
	Absolutamente sí	<input type="checkbox"/>

-
- X. ¿Cómo valora su salud mental en este momento?**
- Muy mala
- Mala
- Ni buena ni mala
- Buena
- Muy buena
-
- Y. ¿Cómo valora su salud física en este momento?**
- Muy mala
- Mala
- Ni buena ni mala
- Buena
- Muy buena

Las siguientes afirmaciones se refieren a cómo Usted considera los cuidados y el tratamiento que está recibiendo. Frente a cada afirmación, coloque una cruz (x) en la casilla que usted considera que mejor describe su experiencia.

	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo	No corresponde
Considero que ...					
1. Puedo decidir en la toma de decisiones de mis cuidados y mi tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me siento seguro en esta unidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tengo acceso a un lugar privado al que puedo ir cuando quiero estar tranquilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me siento seguro con los demás pacientes de la unidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se respeta mi opinión sobre lo que para mí es correcto en relación a la atención y tratamiento que recibo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Participo en las decisiones sobre mis cuidados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Recibo apoyo y escucha por parte de los profesionales cuando lo necesito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Participo en las decisiones de mi tratamiento y plan de actividades al alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Los demás usuarios/as no me molestan durante la estancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo	No corresponde
10. Los profesionales se implican y están en los espacios comunes con los demás pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considero que ...					
11. Los profesionales me tratan con consideración y proximidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Los profesionales se interesan si estoy enfadado o irritado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mi experiencia anterior se tiene en cuenta a la hora de establecer el tratamiento médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Soy capaz de reconocer cuando mi salud mental empeora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Los profesionales me tratan con respeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Se me ofrece seguimiento al alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Recibo ayuda para buscar trabajo u otras ocupaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Siento que los profesionales comprenden mis sentimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Los profesionales me ayudan a no hacer daño a los demás si tengo ese tipo de ideas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Los profesionales dedican tiempo a escucharme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo	No corresponde
21. Recibo información sobre dónde puedo dirigirme si necesito ayuda una vez finalizado el ingreso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considero que ...					
22. Los profesionales me ayudan a no hacerme daño si tengo este tipo de ideas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Los profesionales me ayudan a entender que no es vergonzoso tener una enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Los profesionales me ayudan a entender que el sentimiento de culpa y vergüenza no debe impedir que solicite ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Los profesionales se preocupan por mis cuidados y tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Tengo opción de disponer de una habitación individual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Recibo información de forma comprensible sobre la enfermedad/el diagnóstico que padezco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Hay un sitio íntimo en donde puedo recibir la visita de mis familiares y amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Adquiero conocimientos sobre mi enfermedad mental de tal forma que puedo participar en mi tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Recibo información de diferentes opciones de tratamiento para decidir cuál es la más adecuada para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 2. Escala Quality in Psychiatric Care- Inpatients Staff QPC-IPS

Anexo 2. Escala Quality in Psychiatric Care- Inpatients Staff (QPC-IPS)

Calidad de los Cuidados en Salud Mental

Su experiencia como **PROFESIONAL**
sobre los cuidados en la unidad de
hospitalización de Salud Mental



QPC-SPANISH

Instrumento de medida de la Calidad
de los Cuidados en Salud Mental



Spanish project

Cuestionario – sus experiencias de los cuidados al usuario/a

Con este cuestionario deseamos saber cuáles son sus experiencias en relación a los cuidados y los tratamientos que reciben los pacientes. El cuestionario empieza con una serie de preguntas generales las cuáles van seguidas de una serie de afirmaciones sobre su experiencia en los cuidados al usuario/a.

Cada pregunta y afirmación se contesta poniendo una cruz (x) junto a la respuesta que mejor describe la situación. Hay otras preguntas que tiene una línea debajo para poder escribir la respuesta.

En el cuestionario se usa la palabra **profesional**. Esto significa que en su respuesta usted debe incluir a **todas las categorías profesionales**, es decir, médico psiquiatra, psicólogo, trabajadores sociales, enfermería, auxiliar de psiquiatría, terapeuta ocupacional, monitores y educadores sociales.

A. Edad _____ años

B. Género

Masculino	<input type="checkbox"/>
Femenino	<input type="checkbox"/>

C. Nacionalidad

Española	<input type="checkbox"/>
Resto de europa	<input type="checkbox"/>
No europea	<input type="checkbox"/>

D. Categoría profesional

Terapeuta ocupacional	<input type="checkbox"/>
Trabajador social	<input type="checkbox"/>
Psiquiatra	<input type="checkbox"/>
Psicólogo	<input type="checkbox"/>
Enfermera	<input type="checkbox"/>

Auxiliar de enfermería

Educadores sociales

Monitores

Médico internista

E. He trabajado en esta unidad durante _____ años

F. Trabajo Solamente de día

Solamente de noche

De día y de noche

G. ¿Tiene tiempo suficiente para realizar sus funciones laborales? Nunca

Rara vez

Algunas veces

A menudo

Siempre

H. ¿Puede evolucionar en su trabajo? Nunca

Rara vez

Algunas veces

A menudo

Siempre

I. ¿Está abierto a promover la mejora de la calidad en la unidad? Nunca

Rara vez

Algunas veces

A menudo

Siempre

J. ¿Tiene oportunidad de parti- Nunca

- | | | |
|--|-------------------|--------------------------|
| ¿Cómo se percibe el trabajo de calidad de la unidad? | Rara vez | <input type="checkbox"/> |
| | Algunas veces | <input type="checkbox"/> |
| | A menudo | <input type="checkbox"/> |
| | Siempre | <input type="checkbox"/> |
| K. ¿Cómo definiría el ambiente laboral en su unidad? | Muy malo | <input type="checkbox"/> |
| | Malo | <input type="checkbox"/> |
| | Ni bueno ni malo | <input type="checkbox"/> |
| | Bueno | <input type="checkbox"/> |
| | Muy bueno | <input type="checkbox"/> |
| L. ¿Si usted tuviera un familiar o conocido que necesita atención en salud mental querría que fuese atendido en esta unidad? (Aunque usted no trabajase allí) | De ninguna manera | <input type="checkbox"/> |
| | Preferiría que no | <input type="checkbox"/> |
| | Quizás | <input type="checkbox"/> |
| | Con gusto | <input type="checkbox"/> |
| | Absolutamente | <input type="checkbox"/> |
| M. ¿Cómo valora su salud mental en este momento? | Muy mala | <input type="checkbox"/> |
| | Mala | <input type="checkbox"/> |
| | Ni buena ni mala | <input type="checkbox"/> |
| | Buena | <input type="checkbox"/> |
| | Muy buena | <input type="checkbox"/> |
| N. ¿Cómo valora su salud física en este momento? | Muy mala | <input type="checkbox"/> |
| | Mala | <input type="checkbox"/> |
| | Ni buena ni mala | <input type="checkbox"/> |
| | Buena | <input type="checkbox"/> |
| | Muy buena | <input type="checkbox"/> |

Las siguientes afirmaciones se refieren a cómo Usted considera los cuidados y el tratamiento que reciben los pacientes. Frente a cada afirmación, coloque una cruz (x) en la casilla que usted considere que mejor describe su experiencia.

	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo	No corresponde
Considero que ...					
1. Los pacientes deciden sobre sus cuidados y tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La seguridad de la unidad es elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Los pacientes tienen acceso a un lugar privado, al que pueden ir cuando quieran estar tranquilos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Los pacientes pueden sentirse seguros junto con los demás pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La opinión de los pacientes se respeta a la hora de establecer sus cuidados y tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Los pacientes participan en las decisiones de sus cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Los pacientes reciben apoyo y escucha cuando lo necesitan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Los pacientes participan en el tratamiento de forma continuada y de las actividades diarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Los pacientes no se sienten molestados por otros pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Los profesionales se implican y se encuentran en la unidad junto a los pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo	No corresponde
Considero que ...					
11. Los profesionales tratan a los pacientes con consideración y proximidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Los profesionales se preocupan por conocer el motivo por el cual el paciente está enfadado o irritado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. La experiencia del paciente se tiene en cuenta a la hora de establecer el tratamiento médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.	Se ofrece a los pacientes educación sanitaria para aprender a identificar los síntomas de empeoramiento de la enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Los profesionales tratan con respeto al paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Se ofrecen seguimiento a los pacientes después del alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Los pacientes reciben ayuda para buscar trabajo u otras ocupaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Los profesionales comprenden los sentimientos de los pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Los profesionales ofrecen estrategias a los pacientes para evitar que hagan daño a los demás, si tienen estas ideas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Los profesionales dedican tiempo a escuchar a los pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo	No corresponde
	Considero que ...					
21.	Los pacientes reciben información sobre dónde pueden dirigirse si necesitan ayuda una vez finalizado el ingreso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Los profesionales ofrecen estrategias a los pacientes para evitar que se hagan daño a sí mismos, si tuviesen ese tipo de ideas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Los profesionales ayudan a entender que no es vergonzoso tener una enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Los profesionales ayudan a entender que los sentimientos de culpa y de vergüenza no debe impedir que pida ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Los profesionales se preocupan por los cuidados y tratamiento de los pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Hay posibilidades de tener habitación individual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Se informa al paciente de forma clara sobre su enfermedad mental y su diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Hay un sitio íntimo donde los pacientes pueden recibir visitas de sus familiares y amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Se ofrece información a los pacientes sobre su enfermedad mental para que puedan participar en su tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo	No corresponde
Considero que ...					
30. Los pacientes reciben información sobre diferentes opciones de tratamiento para poder decidir cuál les parece la más adecuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¡Gracias por su participación!

© 2011-05-13 Versión original. Agneta Schröder y Lars-Olov Lundqvist. Persona de contacto: Agneta Schröder, Universitetssjukvårdens forskningscentrum, Region Örebro län, Box 1613, 701 16 Örebro.
e-post: agneta.schroder@regionorebrolan.se

Anexo 3. Escala NTP 394
Escala General de Satisfacción

Anexo 3. Escala NTP 394. Escala General de Satisfacción

<i>Satisfacción en relación a:</i>	<i>Muy insatisfecho</i>	<i>Insatisfecho</i>	<i>Moderadamente insatisfecho</i>	<i>Insatisfecho/insatisfecho</i>	<i>Moderadamente satisfecho</i>	<i>Satisfecho</i>	<i>Muy satisfecho</i>
<i>1. Condiciones físicas del trabajo.</i>							
<i>2. Libertad para elegir tu propio método de trabajo.</i>							
<i>3. Tus compañeros de trabajo.</i>							
<i>4. Reconocimiento que obtienes por el trabajo bien hecho.</i>							
<i>5. Tu superior inmediato.</i>							
<i>6. Responsabilidad que se te ha asignado.</i>							
<i>7. Tu salario.</i>							
<i>8. La posibilidad de utilizar tus capacidades.</i>							
<i>9. Relaciones entre dirección y trabajadores en tu empresa.</i>							
<i>10. Tus posibilidades de promocionar.</i>							
<i>11. El modo en que tu empresa está gestionada.</i>							
<i>12. La atención que se presta a las sugerencias que haces.</i>							
<i>13. Tu horario de trabajo.</i>							
<i>14. La variedad de tareas que realizas en tu trabajo.</i>							
<i>15. Tu estabilidad en el empleo.</i>							

Anexo 4. Tabla juicio de expertos

Anexo 4. Tabla juicio de expertos-Hospitalaria Profesionales

Nº	DIMENSION / ITEM	Coherencia				Relevancia				Claridad				Sugerencia
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1. RELACIÓN ENTRE PROFESIONALES Y PACIENTES														
7	Los pacientes reciben apoyo y escucha por parte de los profesionales cuando lo necesitan													
10	Los profesionales son cercanos y están en los espacios comunes con los demás pacientes													
11	Los profesionales son acogedores y amables													
12	Si el paciente se muestra enfadado o nervioso los profesionales se preocupan cómo para saber porque está así													
15	Los profesionales tratan con respeto el paciente													
18	Los profesionales comprenden los sentimientos de los pacientes													
20	Los profesionales dedican tiempo a escuchar													
25	Los profesionales se preocupan por los cuidados y tratamiento de los pacientes													
2. PARTICIPACIÓN														
1	Los pacientes deciden en la toma de decisiones en lo que respeta a sus cuidados y tratamiento													
5	Se respeta la opinión de los pacientes sobre lo que para él es correcto en relación a la atención y tratamiento recibido.													
6	Los pacientes participan en las decisiones de sus cuidados.													
13	La experiencia del paciente se tiene en cuenta de cara a establecer el tratamiento médico													
14	Los pacientes tienen la posibilidad de aprender a identificar los síntomas de empeoramiento de la enfermedad													
27	Los pacientes reciben información de forma comprensible sobre el trastorno/diagnóstico que padecen													
29	Los pacientes adquieren conocimientos sobre su enfermedad mental de tal forma que pueden participar en su tratamiento													
30	Los pacientes reciben información sobre diferentes opciones de tratamiento para poder decidir cuál les parece la más adecuada													
3. ALTA														
8	Los pacientes participan en la toma de decisiones sobre su tratamiento y cuidados al alta													
16	Se les ofrecen el seguimiento al alta													
17	Los pacientes reciben ayuda para buscar trabajo u otras ocupaciones													
21	Los pacientes reciben información sobre dónde pueden dirigirse si necesitan ayuda una vez finalizado el ingreso													
4. SOPORTE														
19	Los profesionales ayudan a los pacientes a no agredir a otros pacientes o al entorno físico si tienen este tipo de ideas													
22	Los profesionales ayudan a los pacientes a no exponerse a malestar/daños a sí mismos, si tuviesen ese tipo de ideas													
23	Los profesionales ayudan a entender que no es vergonzoso tener una enfermedad mental													
24	Los profesionales ayudan a entender que los sentimientos de culpa y de vergüenza nunca deben impedir que se pida ayuda													
6. ENTORNO														
3	Los pacientes tienen acceso a un lugar privado, al que puedan ir cuando quieran estar tranquilos													
26	Hay posibilidades de tener habitación individual													
28	Hay un sitio íntimo donde los pacientes pueden recibir visitas de sus familiares y amigos													
7. SEGURIDAD														
2	La seguridad de la unidad es elevada													
4	Los pacientes pueden sentirse seguros junto con los demás pacientes en la unidad													
9	Los pacientes no se sienten incomodados por otros pacientes													

Anexo 4. Tabla juicio de expertos-Hospitalaria Pacientes

Nº	DIMENSION / ITEM	Coherencia				Relevancia				Claridad				Sugerencia
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	8. RELACIÓN ENTRE PROFESIONALES Y PACIENTES													
7	Recibo apoyo y escucha por parte de los profesionales cuando lo necesito													
10	Los profesionales son cercanos y están en los espacios comunes con los demás pacientes													
11	Los profesionales son acogedores y amables													
12	Si estoy enfadado o nervioso los profesionales se preocupan cómo para saber porque estoy así													
15	Los profesionales me tratan con respeto													
18	Siento que los profesionales comprenden mis sentimientos													
20	Los profesionales dedican tiempo a escucharme													
25	Los profesionales se preocupan por mis cuidados y tratamiento													
	9. PARTICIPACION													
1	Puedo decidir en la toma de decisiones de mis cuidados y mi tratamiento													
5	Se respeta mi opinión sobre lo que para mí es correcto en relación a la atención y tratamiento que recibo													
6	Participo en las decisiones de mis cuidados													
13	Mi experiencia se tiene en cuenta de cara a establecer el tratamiento médico													
14	Tengo la posibilidad de aprender a identificar los síntomas de empeoramiento de mi enfermedad													
27	Recibo información de forma comprensible sobre la enfermedad/el diagnóstico que padezco													
29	Adquiero conocimientos sobre mi enfermedad mental de tal forma que puedo participar en mi tratamiento													
30	Recibo información de diferentes opciones de tratamiento para decidir cuál es la más adecuada para mí													
	10. ALTA													
8	Participo en la toma de decisiones de mi tratamiento al alta													
16	Se me ha ofrecido seguimiento al alta													
17	Recibo ayuda para buscar trabajo u otras ocupaciones													
21	Recibo información sobre dónde puedo dirigirme si necesito ayuda una vez finalizado el ingreso													
	11. SOPORTE													
19	Los profesionales me ayudan a no hacer daño a otros pacientes si tengo ese tipo de ideas													
22	Los profesionales me ayudan a no hacerme daño si tengo este tipo de ideas													
23	Los profesionales me ayudan a entender que no es vergonzoso tener una enfermedad													
24	Los profesionales me ayudan a entender que los sentimientos de culpa y de vergüenza nunca deben impedir que pida ayuda													
	12. ENTORNO													
3	Tengo acceso a un lugar privado al que puedo ir cuando quiero estar tranquilo													
26	Tengo opción de disponer de una habitación individual													
28	Hay un sitio íntimo en donde puedo recibir la visita de mis familiares y amigos													
	13. SEGURIDAD													
2	Me siento seguro en esta unidad													
4	Me siento seguro con los demás pacientes de la unidad													
9	Los demás usuarios no me molestan durante la estancia													

Anexo 5. Convenio de colaboración en investigación clínica

Anexo 5. Convenio de colaboración en investigación clínica

289 (351)



RESEARCH COLLABORATION AGREEMENT

This Research Collaboration Agreement, is made between

**University Health Care Research Center, hereinafter UFC,
University Health Care Research Center, P.O. 1613, SE-701 16 Örebro**

and

**Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD), Dr. Antoni Pujadas Street, 42, 08830
Sant Boi de Llobregat, Barcelona
Campus Docent Sant Joan de Déu (CDSJD), Santa Rosa Street, 39-57, 08950 Es-
plugues de Llobregat, Barcelona**

under the following terms and conditions.

1. Research Project. The UFC and the PSSJD & CDSJD desire to undertake collaborative research activities for the purpose of investigating quality of psychiatric in-patient, out-patient and forensic in-patient care in Spain and Suecia (the “Research Project”). The Principal Investigator will be Agneta Schröder, PhD, researcher at the UFC.

The project will be undertaken in Spain with the following representatives: Mr Enric Mangas Monge, director and legal representative of the PSSJD, will serve as project manager for PSSJD. Ms Amelia Guilera Roche, director and the highest representative of the CDSJD, will serve as project manager for the CDSJD. Dr. Juan Roldan Merino, professor at CDSJD, will be the principal investigator and interlocutor in the entire process. The legal representatives of both PSSJD and CDSJD centres, and the principal investigator are legal signatories of this Research Collaboration Agreement.

In addition the Spanish QPC group will assign a person who has regular contact with the Swedish Quality in Psychiatric Care (QPC) research assistant during the project period.

2. Compliance with Laws and Regulations.

All research done in connection with the Research Project will be done in compliance with current legislation. Before data collection, each party makes the ethical applications needed according to existing laws. The Swedish QPC group will assist the Spanish QPC group with the information necessary to carry out ethical application. A copy of the approval will be sent to the Swedish QPC research assistant.

3. Data collection.

The Spanish QPC group will undertake the data collection in Spain. Data collection includes:

- a) Printing, coding and distribution of the questionnaires, registrations of dropouts.

- b) To enter data in a computer file provided by the Swedish QPC group and when completed send it to the Swedish QPC group for further analysis.

In this research project the Spanish QPC group have designated a doctoral student, Miss Sara Sanchez, to conduct the research for her doctoral thesis. Under Spanish law of PhD studies, there is limited time for completion of the thesis period (2014-2017). Therefore, it is considered necessary to set a time limit for data analysis. In this regard, the Swedish QPC group agrees that after receiving the database, the Swedish QPC group will make appropriate statistical analysis within a period of six months.

4. Data storage and retention.

Data need to be retained for further scientific inquiries and in case there is any misconduct allegations pending based on the data. The Principal Investigator is responsible to abide by the rules. Therefore, the Spanish QPC group will keep all completed questionnaires for ten years beyond the end of the data collection and to store them in such a way that unauthorised access is prevented. During this period the Spanish QPC group will assist any requests from the Principal Investigator regarding the raw data. After this period and after reconciliation with the Principal Investigator at the Spanish QPC group may destroy the questionnaires. Destruction should be done in a way that prevents patient, unit or department disclosure.

5. Complementary information.

Psychiatric care and forensic psychiatric care differs across countries and such circumstances have to be considered in any comparisons on quality of care. The Spanish QPC group will therefore be of assistance in answering questions from the Swedish QPC group regarding how the psychiatry care is organized in the specific country/region.

6. Data distribution.

The data material may not be distributed to other parties or used for any commercial purpose without the prior written approval of both the principal investigator at the Swedish QPC group and the main representative of the Spanish QPC group.

7. Scientific publications.

It is contemplated that the results of the Research Project will be jointly published in scientific journals and presented on scientific conferences. None of the parts may solely publish the results. The Spanish QPC group will assign a researcher/graduate student to be a co-author of the main studies of the Research Project. Authorship of results of the Research Project will be determined in accordance with ICMJE's Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. The first or the last authorship will normally be reserved for the Swedish QPC research group. Planned scientific publications are given in Appendix. Miss Sara Sanchez will be the doctoral candidate and will be part of the Spanish QPC group. Within the framework of the PhD, Miss Sanchez must sign as the first author on the first paper and as a second author on the second paper. The order of authors in the appendices is established.

8. Non-scientific publications.

Descriptive national data obtained in the Research Project for organizational developmental or quality assurance purposes are freely used and published by Spanish QPC

group after reconciliation with the Principal Investigator in non-scientific form, such as public presentations or reports and summaries on regional, department or unit levels as well as on non-scientific conferences and meetings. A copy of the publication/presentation will be sent to the Principal Investigator.

9. Economy.

Each party will bear all of its own costs and expenses in connection with the Research Project and each party is responsible for accounting and keeping materials in compliance with current legislation. Costs related to scientific publication, such as language editing, open access fees etc. will be paid by the Swedish QPC research group.

10. Responsibilities of the Parties.

Each party is an independent contractor and has no authority to bind or act on behalf of another party. Each party is responsible and liable to the other parties only for its own acts and omissions, and the acts and omissions of its trustees, directors, officers, employees, and agents, relating to the Research Project. However, each Party undertakes to notify promptly, in accordance with the governance structure of the Research Project, any significant information, fact, problem or delay likely to affect the Research Project.

11. Term of Agreement; Duration of Research Project.

This Agreement shall go into effect on the August 2015. It is expected that the Research Project will be completed within approximately four years. However, the parts covered by point 4 “Data storage and retention” shall continue in effect until at least ten years after completion of the data collection.

12. Addendums and amendments

Addendums and amendments to this Agreement shall be in writing and signed by both parties to be binding.

13. Confidentiality

Confidential information means;

- all kind of information that has been clearly labelled confidential from a party or has been stated as confidential in another way,
- a project result which has not been published or in other way made public in accordance with the provisions in this Agreement.

Notwithstanding what is stated in section above shall not include information which:

- at the time of receipt by the receiving party is, or thereafter becomes, publicly known or available to the public in way other than through breach of this Agreement.
- at the time of receipt by the receiving party is already known to the receiving party or otherwise already in its possession,
- the receiving party has received from a third party, which is not bound by a duty of confidentiality or other restrictions for disclosure, or
- the receiving party itself has produced independently of the transferring party's confidential information.

A party which claims that any of the exceptions above apply, has the burden of proof therefore.

During the term of the project and for a time of five years thereafter, a party undertakes not to disclose, confidential information without the transferring party's prior written consent.

Confidential information which the party is obliged to disclose under applicable law, applicable agreements or court orders, whereupon the party in question however, before the disclosure shall notify the transferring party of the situation and consult with this party regarding the way if disclosing.

14. Breach of contract

A party which breaches this Agreement is obliged, at the request of the injured party to remedy the breach and fulfil its obligations if fulfilment can reasonably be required. Remedy of the breach shall be made without undue delay. A party which intentionally or negligently causes another party loss, by breaching this Agreement, shall compensate for such loss. Claim must be given in reasonable time from it being discovered.

15. Applicable law

Swedish law is applicable to this Agreement.

This Agreement has been drawn up in two (2) original copies, of which the parties have each taken one.

Agreed

Date and place

Date and place

--
Mats G. Karlsson, PhD, Professor
Dean, University Health Care Research Center,
Faculty of Medicine and Health, Orebro Uni-
versity, Suecia

--
Sr. Enric Mangas Monges
Director of Parc Sanitari Sant Joan de Déu,
Sant Boi de Llobregat, España.

Date and place

Date and place

--
Sra. Amelia Guilera Roche
Director of Campus Sant Joan de Déu,
Esplugues de Llobregat, España

--
Juan Francisco Roldán Merino, PhD,
Professor
Campus Sant Joan de Déu, Esplugues de
Llobregat, España.

Appendix

Planned scientific publications

The quality of psychiatric in-patient care in Spain and Suecia project is part of a larger research program aiming at adapting the instruments Quality in Psychiatric Care –In-Patient (QPC-IP), Out-Patient (QPC-OP), Forensic In-Patient and Quality in Psychiatric Care –In-Patient Staff (QPC-IPS), Out-Patient Staff and Forensic In-Patient Staff to different international settings. To test the psychometric properties and equivalence of dimensionality of the different language versions, and to describe and compare the quality of in-patient, out-patient and forensic in-patient psychiatric care across different countries.

The quality of psychiatric in-patient care in Spain and Suecia project is planned to result in the following studies:

In-patients version:

QPC-IP:

Study 1: The psychometric properties and dimensionality of the Spanish version of the QPC-IP.

Authors: Sara Sanchez (PhD student), Spanish Authors, Swedish Authors

Study 2: Description and comparison of the perceived quality of psychiatric care among in-patients in Spain and Suecia.

Authors: Spanish director, Sara Sanchez (PhD student), Spanish Authors, Swedish Authors.

QPC-IPS:

Study 3: The psychometric properties and dimensionality of the Spanish version of the QPC- IPS.

Authors: Sara Sanchez (PhD student), Spanish Authors, Swedish Authors

Study 4: Description and comparison of the perceived quality of psychiatric care among in-patient staff in Spain and Suecia.

Authors: Spanish director, Sara Sanchez (PhD student), Spanish Authors, Swedish Authors

QPC-IP & QPC-IPS:

Study 5: Description and comparison of the perceived quality of psychiatric care among in-patients and in-patient staff in Spain and Suecia.

Authors: Swedish Author, Spanish Authors, Swedish Author

Study 6: Description and comparison of the perceived quality of psychiatric care among in-patients and in-patient staff across different countries.

Authors: Swedish Author, Spanish Authors, Swedish Author

Anexo 6. Resolución favorable del Comité de Recerca del PSSJD

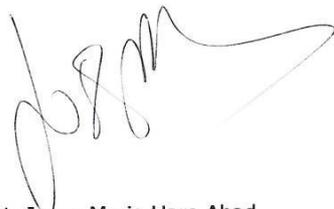
Anexo 6. Certificado favorable de la comisión de Recerca



La Comissió de Recerca del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, ha revisat i aprovat el projecte titulat "Adaptació transcultural i validació de l'escala: qualitat de l'atenció en cures psiquiàtriques" Sra. Sánchez.

El projecte té el recolzament de la Comissió de Recerca. El tema es pertinent dintre de les línies de recerca de la Institució i el protocol es pot realitzar als termes proposats. El nivell de formació, experiència i dedicació dels investigadors garanteixen a la nostra opinió el desenvolupament del projecte.

Sant Boi de Llobregat, 7 de juliol de 2015



Signat: Josep Maria Haro Abad
President Comissió Recerca

Anexo 7. Resolución favorable del CEIC

Anexo 7. Certificación Favorable CEIC

Fundació
Sant
Joan de Déu
CEIC Fundació Sant Joan de Déu

Informe Dictamen Favorable
Proyecto Investigación Biomédica
C.P. C.I. PIC-128-15
30 de julio de 2015

Dr. Jesús Pineda Sánchez
Presidente del CEIC Fundació Sant Joan de Déu

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Fundació Sant Joan de Déu en su reunión del día 23/07/2015, ha evaluado la propuesta del promotor referida al estudio:

Título: "Adaptación transcultural y validación de la escala: Calidad de la Atención en Cuidados Psiquiátricos"

Código Interno: PIC-128-

15

IP: Sara Sánchez Balcells (PSSJD- Psiquiatría)

2º. Considera que:

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente,
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

3º. Por lo que este CEIC emite un DICTAMEN FAVORABLE.

4º. Este CEIC acepta que dicho estudio sea realizado en los siguientes CEIC/Centros por los Investigadores:

CEIC Fundació Sant Joan de Déu

Sara Sanchez Balcells
Hospital de Sant Joan de Déu

Lo que firmo en Esplugues de Llobregat, a 30 de julio de 2015

Fdo: Dr. Jesús Pineda Sánchez
Presidente del CEIC Fundació Sant Joan de Déu



Anexo 8. Hoja Informativa del paciente

Anexo 8. Hoja Informativa del paciente



HOJA INFORMATIVA

Adaptación transcultural y validación de la escala:

Spanish QPC-IP



Apreciado/a Sr./Sra.,

Le proponemos participar en el estudio: ***Adaptación transcultural y validación de la escala: Spanish QPC-IP***

Antes de confirmar su participación en el estudio, es importante que entienda en qué consiste. Por favor, lea con atención este documento y haga todas las preguntas que considere oportunas.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El objetivo es valorar el grado de calidad en la atención de los cuidados psiquiátricos desde su visión como paciente/usuario. Se trata de completar una escala sobre la percepción que tiene usted sobre la calidad de la atención de los cuidados psiquiátricos en la unidad que actualmente está ingresado. Este estudio servirá para poder evidenciar las fortalezas y carencias en los servicios de salud mental con el fin de ayudar a mejorar el servicio.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Su participación es totalmente voluntaria. La negativa a participar en la investigación no tendrá ninguna repercusión en su tratamiento. En cualquier caso, participe o no en el estudio, seguirá recibiendo las visitas habituales.

PROCEDIMIENTOS Y DURACIÓN

El equipo asistencial le informará en referencia al estudio y le pedirá su consentimiento informado por escrito. Si usted accede a colaborar en este estudio, debe saber que serán utilizados algunos datos sobre su salud.

El estudio implica rellenar una escala que dura entre 20 minutos. Cualquier duda que surja puede remitirse al equipo de investigación o al equipo asistencial. Ninguna de



ninguna de las preguntas son dolorosas ni molestas (a corregir si puede haber efectos adversos, riesgos o
Antoni Pujadas, 42 - 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona) - Tel. 936615208 - Fax. 936306175

www.pssjd.org/pssjd@pssjd.org

Mod. 1741 - Unitat de Comunicació- Actualitzat 05/2013



BENEFICIOS Y RIESGOS

Puede ser que en su caso, no reciba ningún beneficio directo por el hecho de participar en el estudio. En el caso de que los datos pudieran proporcionarle un potencial beneficio le será comunicado siempre que antes no haya manifestado su deseo de no recibir este tipo de información. Debe saber que del estudio se obtendrá información de gran interés científico para mejorar la calidad de los servicios de salud mental.

Usted no corre ningún riesgo esperado derivado de la participación en el estudio.

CONFIDENCIALIDAD

Se garantiza la confidencialidad de los datos personales. Los resultados del estudio se almacenarán en archivos específicos creados específicamente para este fin y estarán protegidos con las medidas de seguridad exigidas en la legislación vigente. Ningún dato médico personal que permita su identificación será accesible a ninguna persona que no sea su médico, ni podrán ser divulgados por ningún medio, conservando en todo momento la confidencialidad médico-paciente. Los resultados obtenidos podrán ser consultados por los investigadores del estudio y ser presentados en congresos nacionales e internacionales, así como publicados en revistas científicas, sin que consten los datos personales de los participantes. Si usted desea, y una vez finalizado el estudio, le informaremos sobre los resultados obtenidos y el significado científico.

En cualquier momento podrá ejercer sus derechos, solicitar sus datos personales, rectificarlos si fuera necesario, así como revocar la autorización de inclusión en el estudio. Su petición será atendida de forma inmediata.

PREGUNTAS / INFORMACIÓN

Si desea hacer una pregunta o aclarar algún tema relacionado con el estudio, o si precisa ayuda por cualquier problema de salud relacionado con el estudio, por favor, no dude en ponerse en contacto con el investigador/a principal del estudio:

Dr. / Dra. Sara Sánchez Balcells Teléfono: _____

El/La investigador/a le agradece su inestimable colaboración.

Anexo 9. Hoja Informativa del profesional

Anexo 9. Hoja Informativa del profesional



HOJA INFORMATIVA Adaptación transcultural y validación de la escala: Spanish QPC-IPS



Apreciado/a Sr./Sra.,

Le proponemos participar en el estudio: ***Adaptación transcultural y validación de la escala: Spanish QPC-IPS***

Antes de confirmar su participación en el estudio, es importante que entienda en qué consiste. Por favor, lea con atención este documento y haga todas las preguntas que considere oportunas.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El objetivo es valorar el grado de calidad en la atención de los cuidados psiquiátricos desde su visión como profesional. Se trata de completar una escala sobre la percepción que tiene usted sobre la calidad en la atención de los cuidados psiquiátricos en la unidad donde habitualmente desarrolla su ejercicio profesional. Este estudio servirá para poder evidenciar las carencias y fortalezas de los servicios de salud mental con el fin de ayudar a mejorar el servicio.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Su participación es totalmente voluntaria. La negativa a participar en la investigación no tendrá ninguna repercusión en su ámbito de trabajo.

PROCEDIMIENTOS Y DURACIÓN

El equipo de investigación le informará en referencia al estudio y le pedirá su consentimiento informado por escrito. Si usted accede a colaborar en este estudio, debe saber que serán utilizados algunos datos sobre su salud.

El estudio implica rellenar tres evaluaciones, dos en el primer momento del estudio y la tercera a los 7-14 días. Cualquier duda que surja puede remitirse al equipo de investigación.

Ninguna de estas exploraciones son dolorosas ni molestas (a corregir si puede haber efectos adversos, tolerancias).



Antoni Pujadas, 42 - 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona) - Tel. 936615208 - Fax. 936306175
www.pssjd.org/pssjd@pssjd.org

Mod. 1741 - Unitat de Comunicació- Actualitzat 05/2013



BENEFICIOS Y RIESGOS

Puede ser que, en su caso, no reciba ningún beneficio directo por el hecho de participar en el estudio. En el caso de que los datos pudieran proporcionarle un potencial beneficio le será comunicado siempre que antes no haya manifestado su deseo de no recibir este tipo de información. Debe saber que del estudio se obtendrá información de gran interés científico para mejorar la calidad de los servicios de salud mental.

Usted no corre ningún riesgo esperado derivado de la participación en el estudio.

CONFIDENCIALIDAD

Se garantiza la confidencialidad de los datos personales. Los resultados del estudio se almacenarán en archivos específicos creados específicamente para este fin y estarán protegidos con las medidas de seguridad exigidas en la legislación vigente. Ningún dato personal que permita su identificación será accesible a ninguna persona, ni podrán ser divulgados por ningún medio, conservando en todo momento la confidencialidad. Los resultados obtenidos podrán ser consultados por los investigadores del estudio y ser presentados en congresos nacionales e internacionales, así como publicados en revistas científicas, sin que consten los datos personales de los participantes. Si usted desea, y una vez finalizado el estudio, le informaremos sobre los resultados obtenidos y el significado científico.

En cualquier momento podrá ejercer sus derechos, solicitar sus datos personales, rectificarlos si fuera necesario, así como revocar la autorización de inclusión en el estudio. Su petición será atendida de forma inmediata.

PREGUNTAS / INFORMACIÓN

Si desea hacer una pregunta o aclarar algún tema relacionado con el estudio, o si precisa ayuda por cualquier problema de salud relacionado con el estudio, por favor, no dude en ponerse en contacto con el investigador/a principal del estudio:

Sra. Sara Sánchez. Teléfono: 649949221

El/La investigador/a le agradece su inestimable colaboración.

Anexo 10. Consentimiento informado

Anexo 10. Consentimiento Informado

Unidad de Recerca

Consentimiento informado para estudio científico de investigación

Adaptación transcultural y validación de la escala: Spanish QPC-IP

Nombre *Clic aquí para escribir el nombre* Apellidos *Clic aquí para escribir apellidos*Núm. HC *número historia clínica* Edad años DNI *número DNI*Nombre *Clic aquí para escribir el nombre* Apellidos *Clic aquí para escribir apellidos*Edad años DNI *número DNI*en calidad de * *escribir pariente del paciente o representante legal***Pariente/a del/ de la paciente, representante legal. *El orden de relación para la autorización es el siguiente: paciente, cónyuge, padres, hijos/as, hermanos/as, parientes más cercanos o tutores/as.**

Declaro: Sara Sanchez como investigadora colegiado/da número 08/047086 **Adaptación transcultural y validación de la escala: Spanish QOC-IP**, me ha propuesto participar en el estudio de investigación y después de recibir la información correspondiente, manifiesto que:

- 1.He recibido la hoja informativa y he comprendido la información sobre el estudio en el que participaré.
- 2.He sido informado/a de las implicaciones derivadas de la participación.
- 3.Soy consciente que mi participación es voluntaria y me puedo retirar en el momento que decida sin tener que dar explicaciones y sin que repercuta en mi atención.
- 4.De acuerdo con la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y el artículo 3, punto 6 del Real Decreto 223/2004, declaro haber sido informado/a de que mis datos formarán parte de un fichero de titularidad del Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD) y de que su finalidad es la utilización para investigación clínica. Parc Sanitari le informa que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la LOPD, por ejemplo: solicitar sus datos personales, rectificarlos si fuera necesario, así como revocar la autorización de inclusión en el estudio. Su petición será atendida de forma inmediata.

He entendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el profesional que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que he planteado.

Y en tales condiciones,

SI NO

DOY MI CONSENTIMIENTO para participar en el estudio de investigación **Adaptación transcultural y validación de la escala: Calidad de la Atención en Cuidados Psiquiátricos**

Sant Boi de Llobregat, a 2016.

