



Revista de la Asociación Española de

Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Sartorius, Natalia; Sanz, Javier; Pérez, Roberto

Cuestionarios de satisfacción en psiquiatría. Ventajas y controversias

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXVI, núm. 98, 2006, pp. 107-119

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019655009>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Natalia Sartorius, Javier Sanz y Roberto Pérez

Cuestionarios de satisfacción en psiquiatría. Ventajas y controversias

RESUMEN: Se discute la heterogeneidad de los instrumentos utilizados, las dificultades metodológicas y los resultados obtenidos en los diferentes estudios de satisfacción en pacientes psiquiátricos.

PALABRAS CLAVE: satisfacción en pacientes psiquiátricos, cuestionarios en psiquiatría.

SUMMARY: The heterogeneous assessment instruments, the methodological problems and the different studies about patient satisfaction with psychiatric care services results are discussed.

KEY WORDS: psychiatric patients satisfaction, questionnaires in psychiatry.

Introducción

La satisfacción de los pacientes se ha convertido en los últimos años en un aspecto de creciente importancia como indicador de la calidad de los servicios de salud y como medida del resultado del proceso de cuidados, desarrollándose numerosos marcos conceptuales y encuestas específicas. La mayoría de los autores que las han propuesto parecen estar de acuerdo en considerarlas más útiles como instrumentos de mejora de calidad que como medida de resultados concretos. Definir lo que significa la calidad de los servicios sanitarios entraña una gran complejidad y, como señala Donabedian (1) (2), el tema que ha preocupado a numerosos investigadores, parece derivar hacia un cierto consenso en cuanto a que la opinión de los usuarios sobre la calidad de la atención recibida en términos de satisfacción/insatisfacción, proporciona información básicamente respecto de la cobertura de las expectativas de los pacientes. A pesar de estas limitaciones el tema va despertando un interés creciente entre los responsables directos de la atención, además de entre los organismos encargados de evaluar los servicios de salud en general y de salud mental en particular, proliferando los trabajos al respecto.

Orígenes

El arduo proyecto de búsqueda de la satisfacción de los pacientes y el intento de conocerla y medirla ha ido ligado históricamente a las transformaciones sociales y al cambio de papel de los usuarios de los servicios de salud, que tiene su inicio más claro en los países anglosajones (3). Desde el conocido trabajo de Peters y Waterman («In Search of Excellence: Lessons from American best Run Companies») la excelencia se basa en el concepto de «estar cerca del cliente»; y, esta filosofía, extendida al sector público, contribuye al espíritu del *National Health Service* inglés. En este sentido los pacientes rechazarían de forma progre-

siva el rol pasivo que se les asignó tradicionalmente y se convertirían en sujetos informados, responsables sobre su salud y, por tanto, más activos en la elección y la planificación de su tratamiento. La consecuencia es un acortamiento progresivo de la distancia entre «ellos», «los usuarios» y «nosotros», los profesionales (4). A esto se añade, en Estados Unidos, la presión ejercida sobre los profesionales desde el Managed Care, las compañías de seguros y las asociaciones de familiares. De hecho, la Joint Commission on the Accreditation of Health Care (agrupación de agencias de certificación de calidad americanas) estipula que se recojan datos de la satisfacción de los pacientes (5) como una medida más de la calidad de los cuidados sanitarios.

Esto ha influido en la transformación en un sistema con mayor consideración hacia la valoración por parte de los pacientes de los servicios sanitarios que reciben, y se ha traducido en la aparición en la última década de un goteo de artículos en la literatura médica sobre esta cuestión.

En nuestro país existen dos sistemas de acreditación en gestión de calidad (AENOR y EFQM). En ambos se valora la satisfacción de los pacientes como parte de la evaluación de resultados. En los hospitales, desde las gerencias, las direcciones médicas y los sistemas de gestión de calidad comienzan también a interesar las respuestas de los pacientes a los servicios ofrecidos.

Instrumentos de medida de satisfacción en psiquiatría

Existe una amplia controversia acerca del método utilizado para medir la satisfacción de los pacientes y aún más sobre el significado y la importancia de la misma en relación con los servicios de Salud Mental, ya que cualquier medida de la satisfacción del usuario es multidimensional. No existe, por tanto, un método universal para medirla (6).

A lo largo de estos últimos años se han diseñado múltiples y variados instrumentos de medida. Su heterogeneidad dificulta la comparación de los mismos (7). Los problemas metodológicos en la elaboración (muestras y representatividad de las mismas, sesgos, dificultades de validación, dudosa fiabilidad y validez, etc.) han contribuido a un relativo desánimo en su utilización, condicionando una tendencia a no considerarlos como medida del resultado de los cuidados recibidos.

En los servicios psiquiátricos hospitalarios y ambulatorios se ha ido valorando necesario incluir la perspectiva del paciente como medida de la calidad de los mismos (7). Con los pacientes psiquiátricos el concepto de satisfacción es aún más complejo ya que incluye, según Längle (8), la satisfacción vital y la satisfacción con los cuidados psiquiátricos.

En nuestro país, la transformación del paciente como sujeto pasivo que recibe los soportes-cuidados externos decididos por un profesional en usuario activo, que responsablemente se informa-decide-elige y eventualmente evalúa y critica, está lejos de haberse producido. En el caso específico de los pacientes psiquiátricos la distancia es aún mayor. Un paso imprescindible previo al de realizar cuestionarios de satisfacción, como medida de la calidad de un servicio sería, como explicábamos antes, conceder valor a la palabra del paciente, a su experiencia subjetiva (más allá del cese o reducción sintomática), a su opinión y capacidad de crítica. Esto es especialmente difícil en las Unidades de Agudos, donde la mayoría de los profesionales probablemente nunca se ha preguntado por estos aspectos, abrumados por la necesidad urgente de frenar las graves manifestaciones psicopatológicas, a la vez que presionados por las exigencias de los encargados de la gestión de optimizar los indicadores sanitarios, especialmente la estancia media. Pero, sobre todo, los profesionales tendemos a ver a los pacientes ingresados como demasiado enfermos y trastornados para ser fiables como informadores apropiados (9).

En esta línea Sheppard (1993) señala seis factores que constituyen discrepancias relevantes en los cuestionarios de satisfacción de los pacientes como medida de evaluación de los cuidados psiquiátricos: son demasiados generales (no reflejan en profundidad lo que los pacientes piensan), reflejan el modo en que se presta el servicio más que los resultados, los pacientes son «ciegos» a otras alternativas; sólo el hecho de preguntar puede resultar una visión engañosamente favorable, puede variar mucho de un momento a otro y puede estar condicionado por las expectativas del paciente y su origen sociocultural (5). A todo esto se añade, para dificultar aún más el proceso, que los pacientes tienen un complejo sistema de creencias sobre la satisfacción que no se traduce fácilmente en estadística descriptiva (4). Sin embargo, Ruggeri (1994) concluye que aunque no son suficientes para evaluar los cuidados psiquiátricos sí son necesarios como parte de la práctica habitual (10).

El confuso panorama conceptual sugerido y las dificultades operativas (especialmente desde la perspectiva clínica de evaluación del resultado de los cuidados recibidos) resultan una notable proliferación de instrumentos que nos proponemos revisar en este trabajo.

Metodología

Hemos realizado una revisión cualitativa sistemática de la literatura científica. A este efecto se practicó una búsqueda electrónica en las bases de datos: MED-

LINE (enero 1966 a diciembre 2005), EMBASE (enero 1980 a diciembre 2005), Biblioteca Cochrane Plus (primer trimestre 2006) e IME (1971 a diciembre 2005). Usamos las palabras clave: «Satisfaction», «Psychiatry», «Psychiatric Inpatients Satisfaction» y sus traducciones en castellano («satisfacción», «pacientes psiquiátricos», «satisfacción usuarios»). Una vez que un estudio era seleccionado, inspeccionamos todas sus referencias para obtener ensayos adicionales.

Seleccionamos 27 artículos, desde el año 1976 hasta 2004, que se ajustaban a los criterios restrictivos que nos interesaban: valoración de la satisfacción por cuestionarios o entrevistas para pacientes psiquiátricos, especialmente para aquellos ingresados en unidades de hospitalización, y que tuvieran resultados cuantitativos y un análisis estadístico con una metodología adecuada de relación de los mismos con diferentes variables.

Resultados

Los estudios (Tabla adjunta) se caracterizan por la heterogeneidad en los tamaños muestrales, instrumento de valoración utilizado, momento en que se entrega a los pacientes, variables estudiadas y, por tanto, resultados y conclusiones. Son por ello difícilmente comparables aunque tienen algunos puntos llamativos de coincidencia.

Se han desarrollado diversas herramientas de evaluación. Algunos autores diseñan cuestionarios más breves y de fácil aplicación como el «Patient Evaluation of Care» (PEC-5) (11), el «Penn State Inpatient Psychiatric Satisfaction» (PSIPS) (12), y otros más extensos y complejos como «Give your Opinion on Department of Psychiatry» (13), Cuestionario Autoaplicado de Remnik (14), Cuestionario de Satisfacción de Längle (8), y la Entrevista Semiestructurada de Satisfacción de Greenwood (15).

Se utilizan muestras de distinto tamaño, desde 60 (7) (16) hasta 673 pacientes (12). Contestan entre un 39 y un 94% de los pacientes encuestados. Los cuestionarios se pasan en distintos momentos evolutivos (durante el ingreso, en el momento del alta, unos días después, etc.) y se comparan las distintas variables de los pacientes (variables sociodemográficas, diagnóstico, tratamientos utilizados, duración del ingreso, ingresos previos, etc.) con los resultados de las escalas de satisfacción.

En general los pacientes manifiestan un alto grado de satisfacción global (17) (18) (19) (11). En el estudio de Eytan (16) se manifestaban como muy satisfechos el 90% de los pacientes. Un resultado llamativo en el estudio de Svensson (7) es que los pacientes valoraban como poco satisfactorio la falta de información y la escasa influencia de los mismos en las decisiones terapéuticas. Remnik y

Melamed (14) concluyen que los mejores predictores de satisfacción general con la hospitalización están relacionados en primer lugar con los médicos, en segundo lugar con las enfermeras y, en tercer lugar, con el entorno.

Las variables sociodemográficas no suelen explicar las diferencias (8) (13) (17); en cuanto a las variables clínicas los pacientes involuntarios suelen estar menos satisfechos (10) (11) (12) (21); en algunos estudios aparecen como menos satisfechos los pacientes esquizofrénicos que los afectivos (4) (7) (13). Los pacientes con Trastorno de Personalidad están en general menos satisfechos (7) (11) (13) (20).

Los resultados en cuanto a edad parecen coincidir en que los pacientes mayores están más satisfechos que los más jóvenes, en general más exigentes. Boerghofer (6) concluye en su estudio que los pacientes crónicos se manifiestan más satisfechos. Sin embargo un meta-análisis de la literatura aparecida entre 1955 y 1983 acerca de la satisfacción con los servicios de Salud Mental (Lehman y Zastowny, 1983) (20), encontró que los pacientes crónicos estaban menos satisfechos a diferencia del estudio de Berghofer (6).

Discusión

Se han desarrollado en los últimos años diversas herramientas de evaluación de satisfacción. Todas incluyen aspectos relacionados con el factor humano (relación con los profesionales, disponibilidad de los mismos, etc.), con las técnicas utilizadas (tratamientos, pruebas, información) y con el entorno. Así Längle y Baum (8) utilizan en su estudio el «Psychiatric Care Satisfaction Questionnaire», pero además estudian las áreas que los pacientes valoran como más importantes y destacan en los primeros lugares la relación terapéutica, la relación con enfermero/a y la relación con el trabajador social, que coinciden también con los aspectos valorados como más satisfactorios.

Por su heterogeneidad los resultados que arrojan son difícilmente comparables. La mayoría de los estudios revisados coinciden en determinadas asociaciones con la satisfacción: en general, los pacientes manifiestan un alto grado de satisfacción global; las variables sociodemográficas no suelen explicar las diferencias; los pacientes involuntarios suelen estar menos satisfechos (10) (11) (12) (21). En cuanto a las diferencias por diagnósticos, en algunos estudios aparecen como menos satisfechos los pacientes esquizofrénicos que los afectivos (4) (7) (13). Los pacientes con Trastorno de Personalidad están en general menos satisfechos (7) (11) (13) (20). Los pacientes mayores están más satisfechos que los más jóvenes, en general más exigentes.

Algunos autores señalan limitaciones en los estudios. Polowzyc y cols. (17), hacen un experimento interesante y original. Comparan la diferencia en las respuestas a un cuestionario de satisfacción según quien supervise la realización del mismo, los profesionales o los propios pacientes. Concluyen que la validez de los estudios aumentaría si se involucrara a los pacientes en la realización de los mismos.

Greenwood y Key (15) señalan que existe una limitación importante si se evalúa la satisfacción dentro del hospital ya que los pacientes se muestran menos críticos. Consideran más útil que medir la satisfacción, mantener entrevistas a fondo con los pacientes insatisfechos para conocer cuáles son los aspectos menos valorados.

La satisfacción ha demostrado ser un concepto multidimensional y difícilmente aprehensible (22). La medida de la satisfacción de los pacientes pretende acercarse a una información que no puede obtenerse de forma objetiva mediante la observación externa. Es difícil definir el concepto de satisfacción en la vida cotidiana, ya que hace referencia a una visión global de la propia experiencia. El problema aún se complica más si se refiere a la atención recibida por un servicio de salud ya que los elementos que condicionan la misma parecen innumerables: deseos, expectativas, nivel de exigencia, relación con la situación de dependencia, capacidad de crítica, asimetría de la información entre paciente y profesional, etc. ¿Qué se valoraría? ¿Se trataría de la valoración subjetiva, el punto de vista, la descripción de la experiencia, de la atención recibida? ¿O más bien la oportunidad de agradecer un servicio recibido que uno no tiene claro en qué medida merece? ¿O finalmente la gran oportunidad de criticar y exigir a aquellos agentes poco definidos de los que depende su salud?

La propia concreción de la pregunta como «satisfacción» encierra una pequeña trampa ya que hace referencia a algo de entrada con un sesgo positivo, ya que invitaría más a mostrarse satisfecho que una «hoja de reclamaciones» de cualquier otro servicio.

Probablemente fuera más útil para los servicios sanitarios conocer lo que no funciona bien que lo contrario (17). Precisamente una de las características de los instrumentos de medida de satisfacción de los pacientes es que los resultados tienden a estar sesgados positivamente, probablemente en relación con el efecto de «deseabilidad social» por el que éstos tendrían dificultad en criticar la asistencia sanitaria (17).

Sin embargo, en nuestra opinión, el mismo hecho de preguntar por la satisfacción nos coloca a priori en una relación con el paciente que presenta nuevos matices; nos interesa saber si se ha sentido bien durante la experiencia de haber enfermado, con la ayuda recibida por nuestra parte, y no sólo con el resultado final; estamos dispuestos a escuchar sus quejas, valoramos su opinión y, en definitiva, nos hacemos cargo de algo más que de su persona como objeto de nuestro trabajo. Es en este punto en el que consideramos la «subjetividad», tan criticada

metodológicamente en la literatura, como aliada en el vínculo que establece el paciente con el sistema sanitario, que de forma novedosa comienza a preguntarse por el «cómo se ha sentido».

La interpretación de los resultados de las encuestas de satisfacción depende del lugar desde el que asumimos que los pacientes contestan ¿Opinan como consumidores o como receptores pasivos de cuidados? En el segundo caso su respuesta se interpretaría como la confianza depositada en los profesionales. De hecho parece que los pacientes menos jóvenes y, por tanto, más proclives a asumir el modelo pasivo tradicional puntúan generalmente más alto en las escalas de satisfacción (23) (24).

En nuestra opinión la ausencia de una herramienta universal definida y que fuera capaz de valorar la satisfacción de los pacientes de un modo comparable en las distintas unidades psiquiátricas, en los diferentes países, no es motivo para tirar la toalla.

Pensamos que, aunque metodológicamente frágil, el hecho en sí mismo de evaluar la satisfacción con una escala propia en cada unidad puede convertirse en un instrumento útil de autoevaluación de la calidad de ese servicio, en concreto a lo largo del tiempo y en relación con medidas específicas que pudieran tomarse con la intención de mejorarla. Por ejemplo, en nuestra unidad hemos introducido cambios recientemente, en relación con las medidas de seguridad. Si confirmáramos una mejoría en la valoración por parte de los pacientes en este sentido, podríamos juzgarlas, junto con otros datos objetivos, como eficaces.

De lo que no hay duda es que un paciente globalmente satisfecho con la experiencia de internamiento en una unidad de psiquiatría tiene probablemente más posibilidades de establecer una relación de confianza con los dispositivos de salud mental y, por tanto, de mejorar la continuidad de cuidados así como de tender a utilizar el recurso de la hospitalización si éste se mostrara necesario.

Es muy posible, tal y como apuntan Remnik y otros (14), que todavía falte mucho tiempo para que los pacientes psiquiátricos internalicen sus derechos y responsabilidades para realizar una crítica constructiva hacia su tratamiento y sus cuidados. La mayoría de los pacientes se sienten dependientes de los servicios psiquiátricos y pueden tener todavía cierta aprehensión a expresar sus críticas por miedo a la retaliación.

Conclusiones

El concepto de satisfacción en psiquiatría es multidimensional y complejo. En los últimos años han aparecido diversas herramientas de evaluación de la satis-

facción que se han aplicado a distintas poblaciones psiquiátricas (ambulatorios, ingresados) en diferentes momentos evolutivos. Los cuestionarios breves son fáciles de aplicar y contestados por un mayor número de pacientes, pero se pierde información. Los más elaborados (como las entrevistas semiestructuradas) son costosos, complejos y difícilmente aplicables a un número grande de pacientes. En general los pacientes manifiestan un alto grado de satisfacción global. Se han recogido numerosas variables para intentar concluir cuáles son las que más influyen en el grado de satisfacción.

Las encuestas de satisfacción en psiquiatría son una herramienta de evaluación de la calidad asistencial de indudable valor. Existen numerosos estudios que lo confirman, a pesar de las dificultades metodológicas y la tendencia a que cada servicio individualmente fabrique sus propias escalas *ad hoc*.

Se pone en evidencia la necesidad de desarrollar un cuestionario de satisfacción para pacientes psiquiátricos que fuera validado para un uso más universal, que permitiera comparar niveles de satisfacción entre los distintos centros e, incluso, en diferentes países. Asimismo una homogenización de las variables comparadas permitiría realizar meta-análisis y sacar conclusiones de mayor magnitud para la planificación de los servicios.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) DONABEDIAN, A., *La calidad de la atención médica*, México, La Prensa Médica Mexicana, 1984.
- (2) MORÉ HERRERO, M. A., «Satisfacción de los usuarios de servicios de Salud Mental: una revisión acerca de su definición, factores asociados y dimensiones», *Archivos de Psiquiatría*, 2000, 63 (1), pp. 43-55.
- (3) PEIRÓ, S., *Medición y comparación de los resultados en la práctica asistencial*, Máster en dirección médica y gestión clínica, Fund. UNED, pp. 128-136.
- (4) WILLIAMS, B.; WILKINSON, G., «Patient Satisfaction in Mental Health Care», *British Journal of Psychiatry*, 1995, 166, pp. 559-562.
- (5) SHEPPARD, M., «Client Satisfaction, Extended Intervention and Interpersonal Skills in Community Mental Health», *Journal of Advanced Nursing*, 1993, 18, pp. 246-259.
- (6) BERGHOFER, G., y otros, «Satisfaction of Inpatients and Outpatients with Staff, Environment, and other Patients», *Psychiatr. Serv.*, 2001, 52 (1) pp. 104-106.
- (7) SVENSSON, B.; HANSSON, L., «Patient Satisfaction with Inpatient Psychiatric Care. The Influence of Personality Traits, Diagnosis and Perceived Coercion», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1994, 90 (5), pp. 379-84.
- (8) LÄNGLE, G., y otros, «Indicators of Quality of In-patients Psychiatric Treatment: the Patients' View», *International Journal for Quality in Health Care*, 2003, 15 (3), pp. 213-221.
- (9) WEISTEIN, R. M., «Attitudes Toward Psychiatric Treatment among Hospitalized Patients: a Review of Quantitative Research», *Social Science and Medicine*, 1981, 15, pp. 301-314.
- (10) RUGGERI, M.; DALL'AGNOLA, R., «The Development and Use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for Measuring

COLABORACIONES

Expectations and Satisfaction with Community-based Psychiatric Services in Patients, Relatives and Professionals», *Psychol. Med.*, 1993, 23, pp. 511-523.

(11) BLAIS, M. A., y otros, «Development and Application of a Brief Multi-faceted Tool for Evaluating Inpatient Psychiatric Care», *Adm. Policy Ment. Health*, 2002, 30 (2), pp. 159-72.

(12) WOODRING, S., y otros, «Development and Testing of Patient Satisfaction Measure for Inpatient Psychiatry Care», *J. Nurs. Care Qual.*, 2004, 19 (2), pp. 137-48.

(13) KELSTRUP, A., y otros, «Satisfaction with Care Reported by Psychiatric Inpatients», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1993, 87, pp. 374-379.

(14) REMNIK, Y., y otros, «Patients' Satisfaction with Psychiatric Inpatient Care», *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.*, 2004, 41 (3), pp. 208-12.

(15) GREENWOOD, N., y otros, «Satisfaction with In-patient Psychiatric Services. Relationship to Patient and Treatment Factors», *Br. J. Psychiatry*, 1999, 174, pp. 159-163.

(16) EYTAN, A., y otros, «Patients' Satisfaction with Hospitalization in a Mixed Psychiatric and Somatic Care Unit», *Eur. Psychiatry*, 2004, 19 (8), pp. 499-501.

(17) POLOWCZYK, y otros, «Comparison of Patients and Staff Surveys of Consumer Satisfaction», *Hospital and Community Psychiatry*, 1993, 44 (6), pp. 589-591.

(18) KALMAN, T. P., «An Overview of Patient Satisfaction with Psychiatric Treatment», *Hosp. and Community Psychiatry*, 1983, 34, pp. 48-54.

(19) SHANNON, P. J., «Coercion and Compulsory Hospitalisation: some Patients Attitudes», *Med. J. Aust.*, 1976, 2, pp. 798-800.

(20) BAKER, D. A., y otros, «Patients' View towards care Received from Psychiatrists», *Br. J. Psychiatry*, 1996, 168, pp. 641-646.

(21) HANSSON, L., «Patient Satisfaction with In-hospital Psychiatric Care», *Eur. Arch. Psychiatry Neurol. Sci.*, 1989, 239, pp. 93-100.

(22) WARE, J. E.; DAVIES, A., «The Measurement and Meaning of Patient Satisfaction: a Review of the Recent Literature», *Health and Medical Care Services Review*, 1978, 1, pp. 1-15.

(23) PASCOE, G. C., «Patient Satisfaction in Primary Health Care: a Literature Review and Analysis», *Evaluation and Program Planning*, 1983, 6, pp. 185-210.

(24) HOLCOMB, W. R., y otros, «Customer Satisfaction and Self-reported Treatment Outcomes among Psychiatric Inpatients», *Psychiatr. Serv.*, 1998, 49 (7), pp. 929-34.

(25) GOVE, W. R., «A Comparison of Voluntary and Committed Psychiatric Patients», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1977, 34, pp. 669-676.

(26) PENDELTON, D., «Doctor Patient Communication: a Review», *Doctor Patient Communication*, 1983, Londres, Pendleton and J. Hasler, Academic Press, pp. 5-33.

(27) MCINTYRE, K.; FARRELL, M.; DAVID, S. D., «What Do Psychiatric Inpatients Really Want?», *Br. Med. J.*, 1989, 298, pp. 159-160.

Tabla
Esquema de resultados

AUTOR Y AÑO	MARCO DE APLICACIÓN	TAMAÑO DE MUESTRA	CUESTIONARIO Y APLICACIÓN	VARIABLES ESTUDIADAS	RESULTADOS MÁS RESEÑABLES
Mc Intyre y otros (1989) (15)	Londres (GB) Siete unidades de Hospitalización.	117 (84,6%)*	Entrevista simple estructurada sobre distintos aspectos de los cuidados (10 preguntas).	Global Assessment scale (G.A.S). Voluntariedad. Número de ingresos. Duración del ingreso.	Los más sanos por el GAS y con mayor edad valoran más hablar con el médico. No correlación con el diagnóstico, la duración o el número de ingresos previos.
Ruggeri y otros (1993)	Verona (Italia) Ambulatorio.	75 pacientes y 75 familiares	VECS (Verona Expectations for Care Scale) y VESS (Verona Service Satisfaction Scale). En pacientes y familiares con más de 18 contactos con servicios psiquiátricos en los 3 años previos.	Características de familiares. Duración del tratamiento. Parentesco con el paciente.	Alta satisfacción en ambos grupos (4/5). Satisfacción con la información recibida 3,77 / 5. Satisfacción con las habilidades y actitud de los profesionales 4/5.
Polowczyc y otros (1993)	Nueva York (USA). Ambulatorio.	530	C.S.Q. (Larsen y asoc.) ⁵ Aplicado por personal o por otros pacientes.	Sociodemográficas. Duración del tratamiento. Quién aplica el cuestionario.	Alta satisfacción en ambos grupos. No correlación con variables demográficas. Menos satisfechos si se lleva a cabo por profesionales. La validez de los instrumentos de medida de satisfacción aumenta si se ven involucrados los propios pacientes.

COLABORACIONES

AUTOR Y AÑO	MARCO DE APLICACIÓN	TAMAÑO DE MUESTRA	CUESTIONARIO Y APLICACIÓN	VARIABLES ESTUDIADAS	RESULTADOS MÁS RESEÑABLES
Kelstrup A. y otros (1993)	Copenhague (Dinamarca). Una unidad de hospitalización.	274 (52%)*	Cuestionario autoaplicado (35 preguntas). Un mes después del alta (por correo).	Sociodemográficas. Diagnóstico (Eje I/eje II).	Contestan más si están laboralmente activos y toman antidepresivos. No correlación con variables demográficas. Más satisfechos a mayor edad, si tr. afectivos o psicosis reactivas. Menos satisfechos si esquizofrenia o tr. límite o antisocial de personalidad.
Svensson B. y otros (1994)	Suecia. Siete unidades de Hospitalización.	68 (78%)*	Cuestionario autoaplicado S.P.R.I. (48 items). A las cuatro semanas del ingreso.	Sociodemográficas. Diagnóstico. Personalidad.	Más satisfechos los más sociables, y los tr. afectivos que los tr. esquizofrénicos. Menos satisfechos si tenían rasgos agresivos y los ingresos involuntarios.
Barker D. A. y otros (1996)	Londres (Gran Bretaña) Dos unidades de Hospitalización.	170 (79,2%)*	Cuestionario elaborado tras reuniones con pacientes, psiquiatras y enfermería. (8 afirmaciones positivas y 10 afirmaciones negativas).	Edad y etnia. Diagnóstico. Conciencia de enfermedad. Primer ingreso/ sucesivos	Globalmente satisfechos el 61,2%. Menos satisfechos si dx. de psicosis no afectiva, si no «insight» y si viven solos.
Holcomb y otros (1998)	USA. Una unidad de hospitalización.	87 (81.93%)*	«Treatment outcome profile» Cuatro escalas, la última sobre satisfacción. Al ingreso y al alta.	Número y tipo de medicaciones al alta. Enfermedades médicas. Consulta médica fuera de la unidad. Aplicación o no de terapia individual.	Mayor satisfacción a mayor TOC (mejores resultados del tto.). Menos satisfechos si tr. de personalidad o tr. estrés postraumático. Cuanto más corto el ingreso más se valoran los profesionales

AUTOR Y AÑO	MARCO DE APLICACIÓN	TAMAÑO DE MUESTRA	CUESTIONARIO Y APLICACIÓN	VARIABLES ESTUDIADAS	RESULTADOS MÁS RESEÑABLES
Greewood N. y otros (1999)	Gran Bretaña. Seis unidades de hospitalización.	464 (93.3%)*	Entrevista semiestructurada (113 preguntas), una pregunta global y el C.S.Q. (Attkinson y Zwick, 1982). Al alta y al mes del alta	Género y etnia. Diagnóstico.	Muy o bastante satisfechos tres cuartos de los pacientes. Menos satisfechos a menor edad, sexo femenino y en ingresos involuntarios.
Berghofer y otros (2001)	Viena (Austria). Dos unidades de hospitalización y cuatro ambulatorios.	448 (94%)*	Entrevistas centradas en la satisfacción con el personal, con el entorno y con los otros pacientes. En seis días randomizados.	Diagnóstico. Funcionamiento social. Calidad de vida. Expectativas de tratamiento.	Satisfechos el 60%. Más satisfechos con el personal que con el resto de pacientes. Más satisfechos los pacientes crónicos, a mejor calidad de vida y con mejor funcionamiento social.
Blais y otros (2002)	Massachussets-Boston (USA) Una unidad de hospitalización.	159 (39%)*	Cuestionario autoaplicado (P.E.C.-5) «Patient Evaluation of Care». Al ingreso y al alta.	Funcionamiento psicológico, bienestar (SOS-10) y HWS «Help Wanted Scales».	Alta satisfacción global (26,5 sobre 30). No correlaciona a la duración del ingreso, y poco relacionada con la mejoría. La evaluación empírica inicial de esta herramienta sugiere que tiene propiedades psicométricas adecuadas para evaluar la efectividad de los programas.
Längle G. y otros (2003)	Alemania. Seis unidades de hospitalización.	194 (52%)*	Cuestionario autoaplicado (92 preguntas). A las dos semanas y antes del alta.	Sociodemográficas. Diagnóstico. Calidad de vida. Momento de la encuesta.	La satisfacción no se correlaciona con ninguna variable estudiada. Los pacientes valoran como más satisfactorio la relación con los distintos profesionales y la cooperación entre ellos.

COLABORACIONES

AUTOR Y AÑO	MARCO DE APLICACIÓN	TAMAÑO DE MUESTRA	CUESTIONARIO Y APLICACIÓN	VARIABLES ESTUDIADAS	RESULTADOS MÁS RESEÑABLES
Eytan y otros (2004)	Suiza. Unidad médico psiquiátrica.	60 (80%)*	Cuestionario autoaplicado (14 preguntas sobre tratamiento, médico y psiquiátrico, y el entorno).	Edad y género. Diagnóstico. Tipo de tratamiento (ambulatorio/ hospitalizaciones previas).	Alta satisfacción en el 90%. Más satisfechos si tenían ingresos previos y menos si diagnóstico de tr. de personalidad.
Remnic y otros (2004)	Jerusalén (Israel). Tres unidades de hospitalización (dos abiertas y una psicogeriátrica cerrada).	100	Cuestionario autoaplicado (28 preguntas sobre el personal, tratamiento y condiciones físicas).	Edad y status económico. Diagnóstico. Situación física. Condiciones de vida. Apoyo familiar. Duración ingreso. Tipo de tratamiento.	Satisfacción global regular. No correlación con ninguna de las variables estudiadas. El mejor pronosticador de la satisfacción general es la satisfacción con los médicos, seguida por los enfermeros y el entorno.
Woodring S. y otros (2004)	Pensilvania (USA) Una unidad de hospitalización.	673 (70%)*	Cuestionario autoaplicado P.S.I.P.S. «Penn State Inpatient Psychiatric Satisfaction» (15 preguntas). Al alta.	Género. Grupos de edad.	Menor satisfacción en pacientes jóvenes.

* Porcentaje de pacientes que contestan a los cuestionarios.

** Natalia Sartorius, psiquiatra. Hospital 12 de Octubre. Madrid; Javier Sanz. Psiquiatra. Hospital 12 de Octubre. Madrid; Roberto Pérez. MIR psiquiatría. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Correspondencia: Natalia Sartorius. Hospital 12 de Octubre. Servicio de Psiquiatría. Avda de Andalucía, Km 5,4. 28041 Madrid. nsartoriusc@yahoo.com